

INSTITUCIONALIDAD Y RECTORIA DE LOS SISTEMAS DE SALUD: El caso Venezolano

Jorge Díaz Polanco
Sayndra Borges Guitián

RESUMEN

Este artículo, con base en la experiencia de varios países, caracteriza las funciones básicas de un sistema de salud y las relaciones que se establecen entre ellas como garantía de buen funcionamiento. Destaca el papel del proceso de financiamiento como determinante de la organización del sistema y enfatiza en el ejercicio de la función rectora de los Ministerios de Salud, analizando el caso de Venezuela país en el cual no se dan las condiciones para que dicha función rectora pueda ejercerse en razón de la desprofesionalización y desinstitucionalización que históricamente ha venido sufriendo el despacho de Salud, así como del fracaso de las políticas del Estado caracterizadas por la puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro.

ABSTRACT

Within the context of the experience of several countries, this paper analyzes the basic functions of the health systems and their relationships as a warranty for a smooth functioning. The role of financing as the main determinant of the health system organization is considered in especial reference to the case of Venezuela where the lack of professional criteria, deinstitutionalization and fragmentation –especially referred to the failure of the Misión Barrio Adentro- have seriously blocked the designing of health policies, as well as the exercise of the stewardship as the main function of any health system.

1. La naturaleza de los Sistemas de Salud: Sus funciones y su dinámica

Los sistemas de Salud (SS) están destinados –de acuerdo a su entorno específico, a la escala de valores sociales y a la disponibilidad financiera- a cumplir cuatro funciones básicas: financiamiento, prestación de servicios, organización de los procesos y rectoría. La organización del SS la entendemos como la forma específica en que prestadores de servicios, proveedores de insumos y usuarios, se articulan entre sí (Díaz Polanco y otros, 2002). Esta estructura de relaciones expresa la vigencia y fortaleza de la normativa que rige el SS y, al mismo tiempo, descubre sus deficiencias y permite su corrección. Tales relaciones están o deberían estar claramente definidas por parte de los participantes, en el sentido de adecuar la oferta de servicios a la cantidad y calidad de la demanda de los mismos, disponer de insumos adecuados y suficientes y, por parte de los usuarios, desarrollar un patrón de demanda que exprese realmente la necesidad de servicios. Como puede sospecharse, tal concepción requiere un alto grado de desarrollo cultural y educativo que permita

a las partes entenderse entre sí. Dado que la organización no siempre responde a tales expectativas, debe deducirse que tal concepción obedece a reglas generales de funcionamiento y, en cierto modo, representa una suerte de “tipo ideal” que se expresa con diferencias importantes en contextos específicos.

Por otra parte, se parte de la base que el financiamiento, entendido como proceso político, es el que determina la organización del sistema al proporcionar a los actores involucrados (usuarios, prestadores y proveedores), los recursos que permitan establecer las reglas de asociación. Por una parte permite a los usuarios el acceso al SS, a los proveedores el suministro de insumos y a los prestadores las condiciones de trabajo y remuneración de sus actividades (Díaz Polanco, 2000; Díaz Polanco, 2002). Se entiende al financiamiento como proceso, es decir, como un asunto que atraviesa por varias etapas en las cuales los componentes técnicos y políticos se entremezclan en forma muy variada y también con variada predominancia. En todo caso, como prerrequisito del funcionamiento del SS, se entiende que los “momentos” por los cuales atraviesa el proceso de financiamiento, deben guardar cierta coherencia entre sí. De hecho la naturaleza y características del SS se encuentran fuertemente ligadas a la manera en que origen, administración y destino de los fondos asignados, se relacionan entre sí. En la medida en que entre estas fases existe coherencia, la organización del sistema tiende a ser más estable y eficiente, rasgos que podrían contribuir en forma decisiva a garantizar su efectividad (Díaz Polanco 2000; Díaz Polanco, 2002).

Se les denomina prerrequisitos porque son condiciones necesarias, lo cual no significa que dadas tales condiciones el SS funcione adecuadamente. El desempeño del SS está ligado a muchos otros factores externos, sobre todo en los SS descentralizados, tal y como lo ha demostrado Bossert (1993, 1996, 1998, 1999, 2000^a, 2000^b). Al igual que en el caso de la descentralización, la coherencia en el financiamiento crea las condiciones para que el desempeño pueda ser eficiente, eficaz y efectivo, pero no lo garantiza porque simplemente determina prescriptivamente lo que debe hacerse que no es necesariamente lo que se hace. El desempeño del sistema, en condiciones adecuadas como las descritas, depende de la forma en que los actores asumen los “espacios de decisión” que se generan a partir de la coyuntura específica. En otras palabras, el hecho de que mejore el desempeño del SS no necesariamente implica cambios positivos en los indicadores de salud. De esta forma, el financiamiento, con su mayor o menor coherencia, determina la organización del sistema, es decir, crea las condiciones dentro de las cuales los SS pueden actuar eficientemente y eficazmente. Sin embargo, la complejidad que han adquirido los SS en el mundo, obligan a ubicar estas determinaciones generales, en un contexto en el cual se hace necesario revisar frecuentemente las relaciones entre las etapas o momentos del financiamiento sobre todo porque los aumentos de costos y los intereses de los actores involucrados (el Estado incluido) imponen la necesidad de redefinir dichos esquemas. Tal situación es particularmente importante en países cuya estructura demográfica ha envejecido y la demanda de servicios se incrementa con énfasis en la tecnología de punta. Estudios recientes muestran este proceso en países de la OECD y llevaron a una revisión de la organización de los SS en función de los múltiples arreglos institucionales existentes. Del total de países comprendidos en la OECD, sólo trece de ellos garantizan cobertura universal con base en financiamiento de origen fiscal y tributario, es decir, constituyen sistemas na-

cionales de salud (Paris, Devaux y Wei, 2009). La tabla 1 muestra esa situación en la cual se puede observar la existencia de cuatro países en los cuales existe población no asegurada o cubierta por estos servicios, entre los cuales, Turquía presenta las peores cifras, casi duplicando a México. La *cobertura automática* designa a los sistemas nacionales de salud con cobertura universal y cuyo financiamiento proviene de fuentes tributarias o fiscales. La *cobertura obligatoria* está referida a los SS que se estructuran entorno a la relación laboral –seguridad social clásica- y en algunos países la extensión de este tipo de cobertura a familiares de afiliados a sistemas de seguridad social pasa a depender de otras fuentes de financiamiento distintas a la contributiva de origen obrero-patronal. Por último, *la cobertura voluntaria* se refiere a la que es dependiente de la oferta privada en el mercado.

Una corroboración de la relación entre el esquema organizacional resultante del financiamiento y aseguramiento de la población nos deja ver cómo en aquellos países en los cuales el SS presenta modalidades variadas de financiamiento aseguramiento, los indicadores de mortalidad infantil son mayores que en los países que disponen de una sola fuente de financiamiento. La tabla 2 muestra esos resultados en una muestra de la lista de países identificados en la tabla 1.

TABLA 2: PAGADORES Y TMI EN
PAISES SELECCIONADOS DE LA OECD, 2006

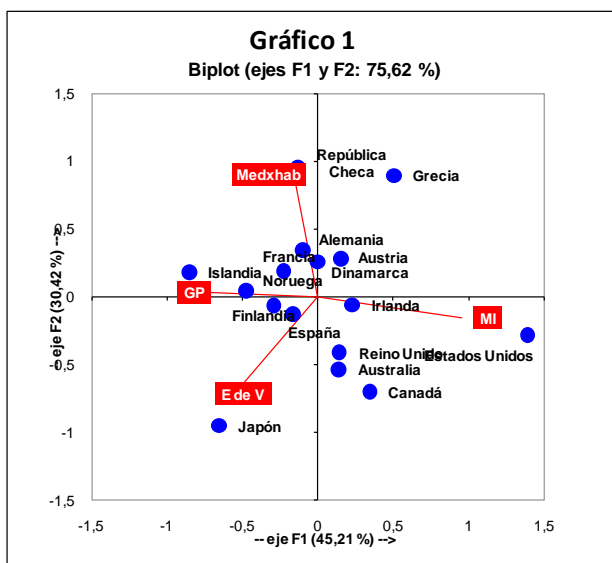
Países	Pagadores	TMI 06
Australia	1	5,0
Canadá	1	4,8
Dinamarca	1	4,4
España	1	4,1
Finlandia	1	3,0
Finlandia	1	3,0
Reino Unido	1	5,1
Alemania	4	3,9
Eslovenia	2	7,2
Francia	2	3,6
Luxemburgo	3	2,6
México	4	18,8
Turquía	3	23,6

Fuente: OECD, 2009

Vale la pena destacar que el coeficiente R de ambas variables (Pagadores y Tasa de Mortalidad Infantil) es de 0,526. Igualmente debe quedar claro que estas relaciones están influidas por otros factores que no dependen de la modalidad del financiamiento, sino de características específicas de la administración pública de cada país. Así, aún cuando Alemania es uno de los países con mayor número de pagadores/aseguradores, su TMI es inferior a Eslovenia y Luxemburgo es aún menor.

TABLA 1: Características de la cobertura de servicios de atención primaria de salud en países de la OECD (Porcentajes de población)					
País	Cob. Autom.	Cob. Oblig.	Cob. Vol.	Otros	No asegurado
Alemania	0,5	83,3	15,2	1,0	0,0
Australia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Austria	0,0	98,7	0,0	0,0	1,3
Bélgica	0,0	99,0	0,0	0,0	1,0
Canadá	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dinamarca	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eslovenia	55,7	44,3	0,0	0,0	0,0
España	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finlandia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Francia	2,5	97,5	0,0	0,0	0,0
Grecia	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Holanda	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Hungría	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Irlanda	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Islandia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Italia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Japón	0,0	98,8	0,0	1,2	0,0
Korea	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Luxemburgo	0,0	96,8	1,1	0,0	2,1
México	0,0	59,0	22,5	1,0	17,5
Noruega	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nueva Zelanda	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polonia	0,0	99,0	0,0	0,0	1,0
Portugal	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Reino Unido	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rep. Checa	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Suecia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Suiza	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Turquía	0,0	58,6	8,6	0,0	32,8

Fuente: OECD Working Papers N° 50



Otra evidencia en la misma dirección se muestra en el gráfico 1 que representa el análisis de componentes principales entre otros grupo de países de la OECD, en relación con cuatro variables que tienen que ver con la naturaleza y el financiamiento del SS: Médicos por habitantes (Medx Hab), Gasto Público en Salud (GP), Mortalidad Infantil (MI) y Esperanza de Vida al nacer (EdeV). En este gráfico, se pone de manifiesto que puede haber otras variables que explican por qué países con financiamiento público importante para salud pero disperso, como es el caso de Alemania y Francia se encuentran en posiciones dife-

rentes con relación al centroide. Los criterios utilizados para medir esas variaciones son la capacidad de control por parte de los prestadores bien sea que se trate de la canasta básica de servicios o el nivel de cobertura; el rol del Estado en esas esferas y la igualdad o no de los grupos de alto riesgo. A su vez, los países en los cuales las fuentes de financiamiento o aseguramiento de la población son múltiples, disponen de mecanismos para compensar el peso de este factor en la demanda de servicios (Paris, Devaux y Wei, 2009), asunto que, desde nuestra perspectiva, introduce complicaciones burocráticas adicionales en la gestión de los SS pero que, en todo caso, denota la preocupación por tratar de disminuir las iniquidades. Entre los principales criterios para establecer tales mecanismos compensatorios, están la edad, el género y las desigualdades regionales, como ocurre en México (Díaz Polanco, 2010). En todo caso, los sistemas nacionales de salud, caracterizados en la tabla 1 como de “cobertura automática”, tienen la posibilidad de gestionar más eficientemente los servicios. En palabras de los citados autores, “...la competencia entre financiadores cuando se compara con el enfoque de pagador único, está ligada con costos más altos de administración (traducción nuestra)”¹ y ello ocurre independientemente de la libertad –y en algunos casos la obligación- de cambiar periódicamente de asegurador, cambios que pueden ser en lapsos predeterminados o no (Paris, Devaux y Wei, 2009:12).

Por otra parte las relaciones que se establecen entre los aseguradores y los proveedores también varía en dos dimensiones básicas, referidas a si los primeros pueden negociar con los segundos o no pueden hacerlo, de manera que estos arreglos institucionales y la forma en que ellos se concretan en contratos de cierta duración, aunque puedan conceder una cierta estabilidad temporal, están sometidos a determinaciones externas, tales como los mercados internacionales y locales, que pueden introducir fuertes desviaciones en costos y cobertura efectiva.

Estos procesos, aquí teóricamente descritos, explican la institucionalidad de un SS, es decir, su fortaleza, su buen desempeño y su capacidad de liderazgo rasgos que, como se puede apreciar,

¹ “...competition in comparison with a single payer approach is linked to higher search and administration costs.”

están sometidos a dinámicas muy variadas y a logros muy diferentes. La coherencia del financiamiento no es, pues, una característica de todos los países sino que, muy al contrario, la necesidad de respuesta a las demandas, puede –y de hecho así ocurre- trastornar los elementos esenciales de los procesos de financiamiento, tema que es atribuible, no sólo a la disponibilidad efectiva de recursos financieros, a su volumen o distribución, sino a la naturaleza de las negociaciones entre los actores dominantes del SS, es decir, prestadores y proveedores.

2. Prestación de servicios

Hipotética y teóricamente hablando, a menos que se trate de control de personas sanas la atención a la salud representa el último recurso el ciudadano. Idealmente el hospital representa el fracaso de la salud, si se tiene en cuenta que ésta depende más de los estilos y calidad de vida que de la atención de los establecimientos sanitarios. Por eso la prestación de servicios de salud, tomada a manera de indicador de desempeño del SS, es a veces paradójica, sin que ello signifique que carezca de importancia, sobre todo en países con estructuras demográficas envejecidas o con tendencia a serlo. En cualquier caso, la función de prestar servicios está ligada tanto a factores sectoriales, como a variables extra sectoriales. Entre éstos últimos debemos tener en cuenta la reducción de la natalidad producto de la urbanización acelerada y del acceso a mejores niveles educativos y que en muchos países ha inducido un relativo predominio de los grupos mayores de edad sobre la juventud. La tendencia a valorar la atención a la salud, específicamente la atención médica, parece estar en relación con estas tendencias demográficas. Los primeros factores de orden sectorial, tiene que ver con lo que aquí hemos definido como organización y, a su vez, con el financiamiento por lo anteriormente expuesto al respecto.

El indicador más importante para evaluar los SS en cuanto a la prestación de servicios –aparte de sofisticados y muy específicos indicadores relacionados con la eficiencia de los servicios- es la cobertura de la población y esta noción presenta variadas connotaciones según se trata de servicios personales o de salud pública. Sin embargo, siguen siendo indicadores que nos hablan de eficiencia del sistema, de la naturaleza de la oferta. Sólo es posible encontrar sus efectos reales cuando incorporamos en esta interpretación, los cambios en la demanda, es decir, lo que le ocurre a la gente como producto de la acción específica de la cobertura de servicios.

Usualmente, la prestación de servicios supone la existencia de una red de establecimientos que se caracterizan por la complejidad y, además, un sistema de interconexiones entre los diferentes niveles de la red, lo que se conoce como sistemas de referencia y contrarreferencia. Estos elementos constituyen la estructura básica que permite una prestación de servicios oportuna en el tiempo y adecuada en términos de la demanda. A su vez, tal estructura de servicios supone que exista una coordinación entre los diferentes niveles de la red y, en términos de su mayor efectividad, requiere estar organizada en torno a una normativa común que permita la fluidez entre los niveles. Como es de suponer requiere el uso de servicios conexos que permitan su operatividad.

La prestación de servicios de salud operaría en esas condiciones como un orquesta bien dirigida, armónicamente y en respuesta a las demandas efectivas. Sin embargo, tal y como hemos mostrado anteriormente, el SS requiere funcionar como tal, con políticas claramente definidas, y con una

organización que proporcione personal e insumos de manera eficiente y oportuna. Cuando los SS no cumplen con estas condiciones, la prestación de servicios puede llegar a convertirse en una pesadilla para los usuarios, como es el caso en Venezuela donde la fragmentación, la carencia de recursos y de personal, produce lo que se conoce como el “peloteo” de pacientes y, en no pocas oportunidades, el fallecimiento de personas que requerían atención oportuna porque ningún centro de salud supone de las facilidades requeridas para el caso.

3. Función rectora de los sistemas de salud

De entre las funciones del SS, una de las más relevantes es la del ejercicio de la rectoría del sistema que tiene, además, la virtud de fortalecer a los Ministerios partiendo del supuesto de que la salud es un derecho social inalienable cuyo cumplimiento es deber ineludible del Estado. Este aspecto es de singular importancia porque no en todos los países se considera la salud como un hecho colectivo; muchos lo definen como una responsabilidad individual y en unos y otros sistemas, estas definiciones tienen consecuencias organizacionales y prestacionales.

Incluso en los sistemas altamente descentralizados, se hace indispensable el ejercicio de esa rectoría porque, paradójicamente, la descentralización de las competencias desde el gobierno central hacia las entidades federales, pasa por la existencia de un consenso acerca de la naturaleza y funcionamiento del sistema de salud, consenso que implica el reconocimiento y la legitimación de la capacidad técnica y política del Ministerio de Salud para diseñar, poner en marcha y dar seguimiento, a las normas básicas que rigen el SS, normas que han sido creadas en virtud de acuerdos entre actores clave del sector. Este consenso debe tomar en cuenta que los actores no son siempre los mismos, aún cuando haya algunos que siempre están en escena. La dinámica política y cultural del contexto de que se trate, hace variar la composición del consenso que no concluye con el logro de los acuerdos, sino que está sujeto a su renovación periódica en función de nuevas realidades y nuevos problemas. Sin embargo, el ejercicio de la rectoría del sistema de salud, supone el cumplimiento de ciertos requisitos previos relacionados con la naturaleza y estructura de tal sistema lo que, a su vez, está vinculado a las capacidades desarrolladas por los Ministerios para crear, mantener y reforzar alianzas estratégicas que les permitan el reconocimiento de tal liderazgo por sus partes componentes. La gobernanza supone así, el alineamiento de múltiples y variados actores sociales y políticas para actuar en conjunto hacia una meta común (Omaswa, F y Boufford, Jo, 2010).

Según un estudio reciente, el ejercicio de la función rectora pasa por la necesidad de prestar atención, al menos, a los siguientes tres aspectos: prestación de servicios de salud personales, prestación de servicios de salud colectiva, investigación en salud e intersectorialidad de las políticas de salud (Omaswa, F. y Boufford, Jo, 2010). En nuestro país, la separación entre servicios personales y colectivos –lo que comúnmente se denomina salud pública- es puramente formal porque se supone que la prestación de servicios se debería hacer de forma integral. Tal disociación obedece a la necesidad de separar administrativamente ambos renglones y se entiende por salud pública, todas aquellas medidas destinadas a la preservación y promoción de la salud, tales como educación sani-

taria, vacunación y cuidado del medio ambiente, entre otras, diferenciándolas así de las prestaciones individuales identificadas, en su mayoría, por ser intervenciones clínicas.

Las alianzas que garantizan la gobernanza se fundamentan en el carácter integrado de las actividades de salud, bien sea que ellas se refieran a los asuntos médicos, bien sea que están relacionados con las condiciones y calidad de vida de la población a la que tal sistema sirve, es decir, a la salud individual y colectiva.

El carácter integrado de los servicios de salud requiere de una sólida base informacional que permita y auspicie la investigación de las condiciones de salud y de vida, así como de las acciones que les sirven de fundamento, como es el caso de las ciencias básicas. El desarrollo de la actividad investigativa está así, vinculado a las formas en que se prestan los servicios, a su calidad y cobertura. Se supone que en los sistemas públicos tales actividades están financiadas fundamentalmente por el Estado, entre cuyas prioridades, la salud de la población constituye una de las primeras.

En una situación como la descrita, tanto la inversión en salud como el gasto, deberían expresar la relativa importancia concedida a este aspecto. Por ello, el estudio de los gastos y presupuestos de salud y de ciencia y tecnología, tiene sentido: identifican cuál es el lugar de la salud como prioridad política en las agendas de los gobiernos. Los Ministerios logran de esta manera una institucionalidad sólida, socialmente legítima y reconocida, características fundamentales para ejercer sus funciones, especialmente la rectoría de los sistemas de salud. Esa legitimidad, la abre el camino a la intersectorialidad, es decir, a la *autoritas* del Ministerio en el sector social, para requerir de otros Ministerios y actores sociales y políticos, la inclusión de la salud como parte fundamental de sus estrategias.

Como se ve, a pesar de los grandes esfuerzos hechos en torno a la necesidad de cobertura universal de la Atención Primaria de Salud (APS), todavía existen arreglos institucionales que no son capaces de lograr esa meta. Adicionalmente, las combinaciones de formas diferentes de controlar la oferta y la demanda de servicios varían ampliamente entre los países aquí considerados. Por otra parte las relaciones que se establecen entre los aseguradores y los proveedores también varía en dos dimensiones básicas, referidas a si los primeros pueden negociar con los segundos o no pueden hacerlo, de manera que estos arreglos institucionales y la forma en que ellos se concretan en contratos de cierta duración, aunque puedan conceder una cierta estabilidad temporal, están sometidos a determinaciones externas, tales como los mercados internacionales y locales, que pueden introducir fuertes desviaciones en costos y cobertura efectiva.

Estos procesos, aquí teóricamente descritos, explican la institucionalidad de un SS, es decir, su fortaleza, su buen desempeño y su capacidad de liderazgo rasgos que, como se puede apreciar, están sometidos a dinámicas muy variadas y a logros muy diferentes. La coherencia del financiamiento no es, pues, una característica de todos los países sino que, muy al contrario, la necesidad de respuesta a las demandas, puede –y de hecho así ocurre– desbalancear los elementos esenciales de los procesos de financiamiento, tema que es atribuible, no sólo a la disponibilidad efectiva de recursos financieros, a su volumen o distribución, sino a la naturaleza de las negociaciones entre los actores dominantes del SS, es decir, prestadores y proveedores.

4. **Financiamiento, organización y rectoría del Sistema de Salud en Venezuela**

Si se examina el financiamiento del SS de Venezuela desde su puesta en marcha hasta finales del siglo pasado, puede verse que su naturaleza es fundamentalmente privada. Es decir, al estudiar el origen de los fondos que lo financian podemos identificar que los mismos provienen principalmente, del bolsillo del usuario; es lo que en la jerga sanitaria se conoce como financiamiento “out of pocket”. Esta característica es atribuible al deterioro creciente del rol ministerial en el proceso de organización y prestación de servicios e, indudablemente, a su financiamiento público. Este se ha caracterizado por ser sumamente bajo, en relación el Producto Interno Bruto (PIB) e, incluso, como porcentaje del presupuesto nacional (Jaen, Salvato Daza, 2003).

Estudios recientes ponen de manifiesto que a partir de 2003 se experimenta un importante incremento de dicho gasto y en algunas publicaciones se llega a afirmar que en 2005 alcanzó el 9% del PIB (OPS, 2006). Sin embargo, los resultados obtenidos, medidos a través del impacto de dicho aumento sobre indicadores clave, no se corresponden a la inversión realizada y, en oportunidades, como es el caso de la mortalidad materna, llegan a ser negativos (Díaz Polanco y Borges, 2010; Díaz Polanco, 2008).

Las modalidades del gasto sanitario destinadas al financiamiento del SS establecidas a partir de 1999, son prácticamente desconocidas o difíciles de ser precisadas porque obedecen a directrices de política que enfatizan en problemas diferentes a la calidad y cobertura de la atención a la población, de manera que la organización que surge a partir del desorden introducido en el financiamiento, resulta ineficiente. Una de las manifestaciones más claras de dicha incoherencia, la constituye la puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro (MBA) que se instaura como una modalidad más de atención, con especial énfasis en la atención primaria. Las ineficiencias que se derivan del funcionamiento de esta estructura, expresadas en su deterioro progresivo y en la propia denuncia gubernamental de “emergencia sanitaria”, producen la caída definitiva de la posibilidad de que el Ministerio pueda ejercer su función rectora porque, entre otras cosas, las decisiones de política no están informadas por los datos provenientes de la situación epidemiológica, sino por otra diferente que obedece a la necesidad de consolidar un régimen político mediante la compra de votos y la sensación de que se está dando respuesta a las necesidades y demandas de salud de la población. Esta característica, aceptada y públicamente enunciada en el propósito inicial de la MBA, desdibujan el papel del Ministerio, sometiéndolo a las decisiones de cuerpos foráneos, básicamente del gobierno cubano, para el cual resulta prioritaria la sustitución de sus fuentes soviéticas de financiamiento mediante alianzas petroleras con el régimen venezolano, de manera que lo que realmente se prioriza es lo que en otro momento hemos llamado “el negocio de la salud” (Díaz Polanco y Borges, 2010). La MBA, al constituirse como red adicional y al no ser capaz de sustituir el rol desempeñado por los servicios públicos pre-existentes, introduce una fragmentación aún mayor del sector, dificultando que en el caso venezolano pueda hablarse con propiedad de un Sistema de Salud. A las características anteriormente señaladas acerca de las condiciones que cumplen los SS con mejor desempeño, se une el hecho de que esos sistemas son también únicos normativamente hablando. Es decir, su comportamiento resulta de los arreglos institucionales provenientes de los pactos políticos consensuados entre los actores participantes y, por tanto,

obedecen a una sola normatividad sanitaria siendo, al mismo tiempo, altamente descentralizados. Esta aparente paradoja entre la centralización normativa y la descentralización operativa es lo que explica que el gobierno central ejerza un rol clave en el funcionamiento del sistema. El Estado se convierte así, desde el punto de vista del sector salud, en el espacio de mayor capacidad técnica para asistir, apoyar y acompañar a las regiones que ejercen las competencias sanitarias que han sido descentralizadas y, además, es el lugar de encuentro de los actores, encuentro en el que el Estado es uno más.

En Venezuela la cantidad de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología que se negocian con la mediación del gobierno cubano, genera ingentes beneficios, cuyo cálculo resulta a veces difícil para los venezolanos, aunque otros autores hayan hecho estimaciones de dichos beneficios, los cuales llegan a superar los ingresos del gobierno cubano en materia de turismo a partir de 2005 (Feinsilver, J., 2006).

Se trata entonces, no sólo que la organización del sector ha hecho desaparecer las iniciativas tendientes a la creación de un Sistema Público nacional de Salud (SPNS), tal y como está planteado en la Constitución de 1999, sino de que ha impedido seriamente el desempeño de la función rectora por parte del Estado. Aquí existe una paradoja que es importante poner de relieve. Se trata de un régimen político caracterizado por una tendencia a la concentración del poder pero que genera espacios de descontrol, uno de los cuales es el Ministerio de Salud. La misma lógica que explica el fracaso de la MBA, es aplicable a la incapacidad del Ministerio, es decir, la desprofesionalización y los repetidos ataques a la información epidemiológica como fundamento de la toma de decisiones, han devenido en crecientes niveles de ineficiencia, generando situaciones superadas en el pasado cuyo ejemplo más notorio es el resurgimiento -a veces con carácter de epidémico- de viejas dolencias como malaria, chagas y dengue, frente a las cuales los controles sanitarios son inexistentes. Uno de los ejemplos más notorios es la evaluación rápida hecha por la red Defendamos la Epidemiología nacional en una parroquia populares de Caracas -Petare- en la cual, a pesar de los recursos invertidos para realizar un censo de población para vacunarla, sólo se logró una cobertura efectiva de 8% (Defendamos la Epidemiología Nacional, 2010).

El proceso de desinstitucionalización y desprofesionalización del que somos hoy testigos -y a veces víctimas- no nace con la MBA. Ella es sólo una de sus expresiones. Comienza a mediados de los años setenta, cuando se implanta en la administración pública venezolana el clientelismo político que habrá de caracterizarla, con variantes, hasta nuestros días. La diferencia estriba en que habiendo sido emitido un mandato constitucional legitimado por una Constituyente para enmendar tales males, disponiendo de los recursos para hacerlo y del ambiente político que hacía viable la propuesta de un SPNS, hoy día el caos reinante en el sector pone de manifiesto la incapacidad del régimen que se implantó a partir de las elecciones de 1998. Desde entonces hasta acá, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) ha cambiado tres veces de nombre obedeciendo dichos cambios, en el discurso oficial, a la necesidad de entender la salud como un problema que va más allá de la atención médica que involucra a todos los venezolanos con deberes y derechos específicos. Hoy día el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) es el producto de una historia muy especial en la cual el promedio de estadía del Ministro de Salud es de siete meses

(Provea, 2009) y dicha cartera ha sido ocupada en más de la mitad de las oportunidades, por militares desconocedores del campo de la salud pública, pero leales seguidores del régimen político. Por otra parte, la dirección real de las políticas de salud se encuentra en manos de la Misión Médica Cubana cuyos intereses, como se ha mostrado, obedecen a razones diferentes a las sanitarias. Los Ministros de Salud han llegado a ser “jarrones chinos” para expresar la inutilidad de su designación y de su función como líderes de la salud en el país (Walter, C., 2010).

De esta forma, estamos en presencia de un proceso de creciente deterioro de la salud, algunos de cuyos síntomas ya han sido mencionados. Pero lo más importante, es la imposibilidad del MPPS para cumplir con los requisitos que implica el desempeño de la función rectora, es decir, la prestación de servicios públicos y personales, la investigación y la intersectorialidad de las políticas.

En el caso de salud, la investigación requiere de insumos cuya obsolescencia es alta lo cual significa oportuna y relativamente frecuente reposición y renovación, sobre todo cuando nos referimos a la investigación biomédica. Ello implica acceso efectivo a divisas porque se trata de importar o de mantener en funcionamiento equipos que requieren especial atención. Las constantes definiciones y redefiniciones de las políticas cambiarias, así como repetidos intentos de evitar la fuga de capitales y controlar la adquisición de divisas del mercado paralelo, han generado un caos cambiario como nunca antes había existido en el país. La desconfianza creciente en los inversionistas, fundada en la inseguridad jurídica que significa la indefinición la propiedad, así como los abusos inconstitucionales de violación a la propiedad privada, lejos de crear una nueva forma de producir, han incentivado la creciente dependencia del petróleo y el decrecimiento del PIB en un 5,8 % para el primer trimestre del año 2010, con relación al mismo lapso del año 2009 (BCV, 2010).

Si a este manejo impreciso de la economía se suma el deterioro de las condiciones de trabajo, no sólo en términos salariales, sino de inseguridad personal e institucional, falta de incentivos profesionales, la carencia de recursos básicos para la investigación y la creciente tendencia al control burocrático ineficiente y centralizado de los procesos de adquisición de bienes y servicios destinados a la investigación, tenemos un panorama negativo para la producción de conocimientos. Uno de los ejemplos más notables es el acoso ideológico sufrido por el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), gran parte de cuya producción es en investigación básica relacionada con salud. Este acoso se ha manifestado en el vilipendio o despido de investigadores de larga trayectoria y en el desconocimiento planeado de la historia del Instituto, cuyos principales Directores y fundadores, han sido relegados a un segundo plano. Esta tendencia al rasero populista se expresa en otras esferas de lo cultural. El ejemplo más emblemático lo tenemos en lo ocurrido con el Museo de Arte Moderno de Caracas anteriormente Museo de Arte Contemporáneo de Caracas Sofía Imber (MACCSI), del cual han desaparecido sin explicación alguna, valiosas obras de arte que formaban parte de la colección de ese museo sin que nadie haya investigado al respecto. Los valores que se impulsan son los de la agresión indiscriminada y la violación constante de los derechos ciudadanos, asunto que afecta en gran medida a los investigadores científicos.

Pero lo más grave en relación con salud, es lo referido a las prohibiciones, tácitas o expresas, para que la información epidemiológica pueda circular libremente y ser accesible a todo mundo, como

derecho ciudadano fundamental. Esta información resulta básica para cualquier tomador de decisiones en el sector pero, además, constituye parte importante del derecho ciudadano a la información. Este “silencio epidemiológico” decretado expresamente por uno de los Ministros de Salud y sin enmienda por parte del Ejecutivo se produce, entre otras cosas, porque la información que se presenta, implica una enorme incomodidad para el régimen ya que refleja, una vez más y en un terreno humanamente muy sensible, el enorme fraude en que se ha convertido la salud en Venezuela. Sin embargo, las iniciativas para reconstruir y obtener la información oficial han venido desarrollándose al margen de las prohibiciones oficiales y ello ha hecho posible que grupos de investigadores y redes científicas en el campo de la salud puedan denunciar lo que ocurre y seguir produciendo conocimientos destinados a enfrentar los males agravados que hoy enfrenta nuestra población. Los grietas que plantan las contradicciones aquí señaladas, han permitido la proliferación de opciones investigativas que si bien no constituyen una novedad, hacen un importante aporte a la satisfacción del derecho a estar informados sobre lo que ocurre en salud en nuestro país.²

Uno de los casos más emblemáticos acerca de la situación de salud general es el constituido por el hallazgo de miles de toneladas de alimentos en descomposición, producto, en opinión de algunos comunicadores sociales (Bocaranda, 2010; Salazar, 2010) de ingentes negocios generados a partir del hecho de haber adquirido alimentos con fecha próxima de vencimiento, para lo cual sólo se empleó el 10 % de la divisas asignadas (Salazar, 2010) quedando el resto en destinos desconocidos. Pero lo más sorprendente con relación a esto es que se ordenó que se “reprocesaran” algunos de estos alimentos para ser distribuidos para el consumo, tema que, obviamente, resulta en casi una amenaza a la salud pública, además de un insulto a los consumidores que quedarían así reducidos a los niveles de pueblo africanos que consumen alimentos de desperdicio (Salazar, 2010). La agencia bolivariana de noticias (ABN) denuncia en fecha 11/06/2010: ***“En contacto telefónico con VTV, se conoció a través del coordinador de la Fundación Barrio Adentro del estado Lara, Luis Rodríguez sobre un nuevo hallazgo de medicamentos vencidos en los depósitos de la gobernación de la entidad. Rodríguez, señaló que en el procedimiento encontraron, al menos, 500 cajas con medicinas aparentemente descompuestas, luego de una denuncia realizada por Consejos Comunales de esta zona de la ciudad capital de Lara, localizada a 367 kilómetros de Caracas (énfasis nuestro).***

Como se ve, lo mismo ha ocurrido con los medicamentos, toneladas de los cuales ha sido adquirido según la misma lógica ahorrativa y que han sido encontrados en diferentes ubicaciones en el país.³ Los venezolanos hemos llegado a ser potenciales consumidores de desperdicios y eso, obviamente, no tiene que ver con la mejoría de las condiciones de vida, sino con un desprecio absoluto hacia el pueblo venezolano. Los investigadores tienen todo un campo abierto en estos casos,

² A pesar de las restricciones informativas y las agresiones contra los centros e institutos de investigación y Universidades Autónomas, han florecido y continúan floreciendo, organizaciones civiles que dan información y promueven la investigación en salud. Algunas de ellas, son: PROVEA, Observatorio Venezolano del Derecho a la Salud, Observatorio Venezolano de la Salud, entre otras.

³ Diario Tal Cual, sección Economía, 11/06/2010, Caracas. “La Guardia Nacional e INDEPABIS investigan caso de medicinas vencidas. Diario El Nacional, sección Ciudadanos, 11/06/2010. “Hallado lote de medicamentos descompuestos en el hospital de Maturín” Diario El Carabobeño, 11/06/2010.

no sólo para determinar el porqué no se pueden “reprocesar” los alimentos vencidos, sino además, para denunciar ante la opinión pública de manera científicamente sustentada, la barbaridad que se pretende cometer contra los consumidores a quienes intentan convertir en compradores de desperdicios nocivos –alimentarios y medicamentosos- y ello abre un importante campo de investigación que no sólo permite prevenir ciertos problemas futuros, sino informar a la población de la manera en que se violan sus derechos fundamentales, en el contexto de un discurso presidencial que enfatiza en la atención a la salud y en la seguridad alimentaria del país. La importancia de esta situación, desde el punto de vista de la producción de conocimientos, sobre todo en ciencias básicas y biomédicas, radica en que es un espacio en el cual el conocimiento se convierte en un elemento subversivo del “orden” establecido, caracterizado por el autoritarismo y la falta de información veraz y confiable disponible para toda la población.⁴ Es de destacar que una de las personas que denunció la existencia de este problema de los alimentos descompuestos, fue despedida de su trabajo en PDVAL por haberlo hecho. Nunca antes, no sólo para las ciencias sociales, sino para cualquier disciplina científica, se presentaron oportunidades para demostrar fehacientemente que no importa que tipo e conocimientos se produzcan, si existen ciertos parámetros generales que organicen el procedimiento de producción de conocimientos, toda la investigación es, no solamente válida, sino completa y totalmente pertinente. Tenemos la obligación ética de proteger a nuestro pueblo de los riesgos a los cuales está siendo expuesto.

A lo interno, esta ventana de oportunidades tiene la ventaja de desdibujar las diferencias conceptuales y teleológicas entre las mal llamadas *ciencias duras* y *ciencias blandas* y abre espacios para una colaboración más estrecha de la que hasta ahora ha existido lo cual debería redundar también en beneficio de la ciencia misma, de su organización y de su productividad, en la perspectiva más general de la edificación de una nueva sociedad.

Como puede verse, a pesar de las dificultades que el régimen ha impuesto a Universidades Autónomas e Institutos y Centros de Investigación que gozaron de tal condición, la investigación, no sólo es posible, sino que es comprometida, renovadora, fresca creativa y debe contribuir a la construcción de la coherencia perdida y a rencontrar la institucionalidad perdida por la ineficiencia, el sectarismo y la corrupción que han caracterizado la gestión de la salud desde 2003 en adelante.

El otro componente importante para el ejercicio de la rectoría, es el de la intersectorialidad de las políticas de salud. Por supuesto que cabe preguntarse como sería posible que un gobierno que ni siquiera puede mantener la integridad del sector pueda plantearse algo tan complejo. Para poder lograr esa meta, sería necesario que se entendiera a la salud como componente importante de la calidad de vida de la población. Los diferentes intentos de lograrlo han sido sólo nominales, expresados discursivamente y se enuncian, como lo señalamos anteriormente, en los cambios de denominación del Ministerio a partir del año 2000.

⁴ Como un ejemplo de esta situación nos permitimos recordar que para el año 2007 el Ejecutivo reportó una tasa de mortalidad infantil de 13,4: para el mismo lapso, UNICEF daba 18 y la página web del Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba ofrecía esta cifra en 17.

El desmantelamiento de la red primaria de la MBA y el énfasis colocado en la adquisición de tecnología de punta, no hacen sino poner de manifiesto que la prioridad expresada para desarrollar la APS, ha sido sólo un instrumento de manipulación para otros fines, especialmente político-electorales, como hemos expresado en otra oportunidad (Díaz Polanco, 2008). Volver sobre el tema de la MBA en relación con la intersectorialidad, tiene sentido cuando entendemos que la atención primaria diseñada para ser desarrollada desde los módulos de la MBA, no solo comprendía la prestación de servicios médicos de nivel elemental, sino, además de un conjunto de actividades comunitarias destinadas a la promoción de la salud. En cuanto al aspecto médico-sanitario, solo el evidente fracaso de los programas de vacunación en términos de cobertura poblacional de los últimos años, así como la casi nula atención de partos normales, pone en entredicho la calidad de las prestaciones. Si pasamos al otro plano, al referido a las actividades comunitarias y a las iniciativas tendentes a la organización de las comunidades, las denuncias acerca del carácter ideológico de las mismas y el propio abandono de los sitios de trabajo por parte del personal cubano y venezolano, hablan claramente de la falsa prioridad concedida a tales actividades. Por otra parte, no se conocen iniciativas en las cuales otros despachos ministeriales estén involucrados, como no se aquellas en las cuales aparecen como financiadores del sector.

5. Conclusiones

Las condiciones en que se están prestando servicios de salud en la Venezuela actual no permiten siquiera referirse al conjunto de establecimientos prestadores, como un sistema. Su fragmentación creciente, el fracaso evidente y públicamente reconocido de la red primaria conocidas como Misión Barrio Adentro y la ineficiencia y-probablemente-corrupción implicada en la remodelación de hospitales, así como el negocio de los insumos, tiene un impacto evidente en los indicadores de salud que ha sido mostrado en otras oportunidades (Díaz Polanco, 2002, 2005 y 2008; Díaz Polanco y Borges, 2010; PROVES, 2009). De esta manera, la atención que requiere el uso de tecnología de punta ha quedado circunscrita a ciertos establecimientos de Barrio Adentro III que son una suerte de “vitriñas” en las cuales, a veces ni siquiera se puede atender la demanda creciente. Lo propio ocurre con los hospitales y ambulatorios que son los preferidos por los usuarios en razón de la creciente ineficiencia y escasa capacidad resolutive de la MBA (Díaz Polanco, 2008). Frente a esta situación reconocida públicamente por el gobierno como “emergencia sanitaria”, las respuestas oficiales no han diferido de las anteriores. Más personal cubano, más dinero para compras intermediadas por Cuba, que han llevado a los servicios de salud existentes a una situación primitiva, restringiendo el acceso a la atención médica de calidad en los servicios privados y sólo para quienes puedan tener acceso a ella. Mientras la renta petrolera lo permita, ese acceso podría mantener dentro de márgenes razonables porque el Estado no tiene otro camino que transferir, mediante contratos de seguros colectivos, recursos financieros para la atención a aquellos centros privados que disponen de la tecnología apropiada. Pero esa adopción tiene límite: los establecidos por la obsolescencia de los equipos y la necesidad de mantenerlos en funcionamiento y la creciente escasez de recursos fiscales que permitan salvaguardar el esquema perverso de privatización del derecho al acceso a servicios de salud. No existe rectoría del MPPS porque si existiese un SS está

regido por normas que nadie conoce porque no han sido elaboradas en el país ni fundadas para sus ciudadanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bocaranda, Nelson: (2010) "Runrunes" El Universal, jueves 10 de mayo. Caracas

SALAZAR, Miguel (2010): "Las Verdades de Miguel", Caracas

BOSSERT, Thomas. (2000a), Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems in Latin America. Nº 30. *Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health.*

_____ (1998) "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance." *Social Science and Medicine* 47 (10): 1513-27.

_____ (1999) Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance.. Nº 17. *Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health, november 1999.*

_____ (2000b), Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia. Nº 29. *Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health, June 2000.*

Bossert (1998, 1999, 2000a

_____ (1993): "Lessons from the Chilean Model of Decentralization: Devolution of Primary Care to Municipal Authorities". Policy Report Nº 1, USAID, Washington, DC: LAC *Health and Nutrition Sustainability.*

_____ (1996): "*Decentralization.*" in Katja Janovsky, ed. *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research.* Geneva: World Health Organization, pp. 147-160.

Omaswa, Francis y Boufford, Jon Ivey (2010): *Strong Ministries for Strong Health Systems.* African Center for Global Health and Social Transformation & The New York Academy of Medicine. Rockefeller Foundation, New York.

Defendamos la Epidemiología nacional (2010): "Informe del monitoreo rápido de cobertura (MRC) del censo de hogares realizado por el MPPS en el marco del Plan de Reimpulso al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en la Parroquia Antímano, Distrito Capital" (mimeo) Caracas.

Díaz Polanco, Jorge (Coordinador) (2002): La Reforma de Salud de Venezuela: Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de los servicios de salud. Fundación Polar, Caracas.

Díaz Polanco, Jorge (2000): "El Papel del Financiamiento en la Reforma de la Salud de Venezuela", en: Cuadernos para la Reforma del Sector Salud, Vol I N° 3. MSDS-Proyecto Salud. Caracas.

Díaz Polanco, Jorge (2008): Salud y Hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera. CENDES. Caracas, Venezuela.

Díaz Polanco, Jorge y Borges Guitian, Sayndra (2010): "La década bolivariana de Salud: Un secreto mal guardado", en: Chávez: Una década en el poder. Observatorio de Venezuela. Universidad de Rosario. Bogotá, Colombia pp. 387-405

Feinsilver, Julie (2006): "La Diplomacia Médica Cubana", en: Foreign Affairs en español. Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). México, D.F. Vol. 6 N° 4: 81-94

JAEN, María H.; SALVATO, Silvia y DAZA, Abelardo (2003): Costo Fiscal y Sostenibilidad Financiera del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela. Versión preliminar. IESA. Caracas.

Paris, Valerie, Devaux, Marion y Wei, Lihan (2009): Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD Working Papers N° 50. París, Francia.

PROVEA (2009): La Situación del derecho a la salud en Venezuela. Caracas

Walter, Carlos (2010): "Otro Jarrón Chino para el Ministerio", en:

Banco Central de Venezuela (2010)