

Desfalcos que cuestan vidas: corrupción y sanidad pública en Venezuela*

Gustavo J. Villasmil-Prieto**

pp. 33-51

Resumen

El fenómeno de la corrupción a lo interno de la administración pública corre a la par del desarrollo de la institucionalidad venezolana, la sanitaria incluida. El efecto de la renta petrolera y la laxitud de los mecanismos de control fiscal contribuyeron a ello. Tales prácticas, inicialmente marginales y ocultas, evolucionaron a partir de 1998 con el desarrollo de complejas redes dedicadas a lucrarse de la gestión de los importantes recursos asignados a la sanidad pública. Los resultados de la gestión sanitaria bajo el signo de la corrupción son ostensibles a la luz de indicadores económicos y epidemiológicos, destacando junto a la importante pérdida patrimonial para la República un saldo marcadamente negativo en términos de salud poblacional que impacta incluso sobre indicadores demográficos.

Palabras clave

Sanidad pública / Corrupción / Renta petrolera / Control fiscal / Gestión

Abstract

The phenomenon of corruption within Venezuelan public administrations runs hand in hand with the development of its institutions, including the health sector. The effect of oil revenues and the laxity of fiscal control mechanisms contributed to this. Such practices, initially marginal and hidden, evolved from 1998 with the development of complex networks dedicated to profiting from the management of the important resources allocated to public health. The results of health management under the sign of corruption are evident in terms of economic and epidemiological indicators, highlighting, along with a significant loss of assets for the Republic, a markedly negative balance in terms of population health that impacts even on demographic indicators.

Key words

Public health / Corruption / Oil Income / Fiscal Control / Management

* Nombre del proyecto de investigación que dio origen al artículo: Políticas Públicas en Salud.

**Médico cirujano y especialista en Medicina Interna (UCV), Doctor en Ciencias Políticas y Profesor de las Facultades de Odontología, Medicina, Ciencias Jurídicas y Políticas, y Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela. Correo-e: villasmilucv@yahoo.com.ve

Introducción

De que el poder corrompe y el poder absoluto corrompe absolutamente, como le escribiera Lord Acton al arzobispo anglicano Mandell Creighton en 1887, ninguna duda cabe (Acton, 1907). De allí que el control del poder, a través de mecanismos que contrabilancen sus enormes fuerzas, haya estado en la mente de los gestores de los grandes diseños institucionales conocidos en el mundo occidental desde las constituciones de Roma. La corrupción, entendida esta como la obtención de rentas a través de la compra y venta de derechos, como nos lo proponen los chilenos Guzmán y López, supone la privatización de lo público y, más extendidamente, su subordinación a agendas particulares distintas cuando no opuestas al interés general (Guzmán y López, 1998). En Venezuela, la corrupción como problema ha estado presente desde los inicios de nuestra historia institucional. Desde de que Guzmán Blanco descubriera –como sostiene Díaz Sánchez– los mecanismos del crédito público, el manejo discrecional de los recursos del Estado nos ha caracterizado al punto de derivar en toda una cultura política según la cual este terminó convirtiéndose en botín (Díaz, 1975). Propensión esta que en 1998 se convierte en una política expresa cuyas consecuencias, más allá de indicadores macroeconómicos que resultan verdaderamente alarmantes, culminaron saldándose en vidas, como procuraremos demostrarlo seguidamente.

Lo público y lo privado. Su difusa línea divisoria en Venezuela

La frontera entre lo público y lo privado en Venezuela siempre fue difusa para el poder. Así, por ejemplo, es apenas en 1938 cuando el control fiscal se institucionaliza con la creación de la Contraloría General de la República (CGR). Ya para entonces, la cultura del expolio al tesoro público como rasgo inherente al ejercicio del poder estaba sólidamente instituida. Al respecto, Gumersindo Torres –médico de formación– escribió:

En Venezuela, los funcionarios públicos, de Presidente de la República a portero de oficina o simple agente de policía, han acostumbrado valerse de su posición política para hacer dinero con todo género de negocio...El General Gómez, hombre de negocios, usó del poder y de su gran autoridad para hacerlos y por eso murió millonario y tales abusos fueron en función del poder (Mayobre, 2007).

El venezolano fue desde su formación lo que Gunar Myrdal llamara un «Estado blando» (Myrdal, 1968). Fundado sobre las ruinas de una monarquía

decadente e institucionalmente débil, forjado al calor de la más devastadora guerra de independencia vivida en el continente y de las conflagraciones civiles que le sucedieron y ultimadamente cebado por la súbita riqueza petrolera, el estado venezolano sería en lo sucesivo un espacio privilegiado para la gestación y desarrollo de complejas redes de corrupción.

El fenómeno de la corrupción no es exclusivo de país alguno. Investigaciones de data reciente han desvelado que sus tupidas redes pasan lo mismo por el primero que por el llamado tercer mundo. Pero si en Venezuela dicho fenómeno ha alcanzado expresiones únicas, la explicación habría que procurarla en un clima social que le ha sido siempre extremadamente propicio. Moisés Naim, en su denso ensayo sobre la economía ilícita, señala la importancia de los «puntos brillantes» que las sociedades deben oponer al «agujero negro» de la corrupción; «puntos brillantes» expresivos de una «suficiente capacidad cívica como para contrarrestar las redes y, a veces, vencerlas» (Naim, 2006). La cultura forjada al amparo de la renta petrolera operó como un poderoso obstáculo para ello. Ya en 1948, Uslar Pietri, en abierta crítica al mensaje anual al Congreso en el que el presidente Gallegos, alertaba sobre el peligro de la erosión de los suelos de uso agrícola, llamaba la atención acerca de otra forma de erosión –la de la moral pública– que inadvertidamente se extendía en una Venezuela en la que «todas las formas de su existencia han sido afectadas y desajustadas por la riqueza petrolera. Todo se ha convertido en petróleo» (Uslar Pietri, 1948:23).

Más arriba, en el mismo texto, Uslar Pietri señala que:

Cambiamos petróleo por dinero y ese dinero...por burocracia, por festejos, por gastos de propaganda, por importaciones de lujo, por perfumes de París, radios de Norteamérica, pasajes y paseos al exterior, ornamentación, es decir, cosas de consumo que no se reproducen, lujo, placer, ruido, humo. Cambiamos petróleo por baratijas (Uslar Pietri, 1948:23).

Los datos disponibles hablan del potente efecto que en ello tuvo la *cuantía de la renta petrolera vertida en la elemental economía venezolana de principios del siglo veinte*. El consumo privado, que en 1925 era de 1939 millones de bolívares se había multiplicado por 25 en 1976, año emblemático en la narrativa de la para entonces llamada «Gran Venezuela» (Baptista, 1997).

Se entiende así que el fundamento de la erosión moral sobre la que alertaba Uslar Pietri, expresiva –en palabras de Fernando Coronil– de una

«enfermedad» en la que la sociedad había invertido «la relación entre la producción y el consumo» (Coronil, 1997). Terry Lynn Karl, en su ensayo sobre los petroestados, destaca el papel de estos como «centros de acumulación» en torno a los cuales opera lo más sustantivo de sus economías y desde los que se distribuyen sus utilidades. De ello resulta entonces la notable expansión del Estado venezolano como consecuencia del «boom» petrolero de 1973. A propósito de ello reflexiona la misma autora: «...la naturaleza de [la] reforma administrativa hizo del petroestado sujeto y objeto de la depredación» (Karl, 1997:139).

A la captura de la sanidad pública venezolana: el olvido de la misión

El 16 de febrero de 1959, Arnoldo Gabaldón, designado por el recién electo presidente Betancourt, recibía de manos de Espíritu Santo Mendoza, su titular durante la Junta de Gobierno presidida primero por Wolfgang Larrazábal y finalmente por Edgar Sanabria, la cartera de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). La naciente democracia venezolana estrenaba su programa sanitario en cabeza del más destacado sanitarista iberoamericano desde Abraham Horwitz. En su discurso de recepción, Gabaldón delinea la misión a cumplir por la sanidad pública en esta nueva etapa, señalando al incremento de la esperanza de vida al nacer como norte de la acción del estado en la salud pública:

...he considerado que Venezuela necesita actualmente un ataque más en extensión que en profundidad, es decir, un ataque horizontal de sus problemas sanitarios y sociales que abarque a la mayor parte de nuestra población...creo oportuno que se establezca un orden de prioridades para intensificar la lucha contra algunas enfermedades, seleccionando en primer lugar aquellas que más daño causan y [que] pueden ser controladas con medidas directas y específicas, para determinar así los campos en los que los medios disponibles pueden producir un beneficio mayor (Gabaldón, 1965a: 445-446).

Al conjuro de aquella misión la sanidad pública venezolana habría de materializar logros tenidos aún hoy como hitos sanitarios a nivel mundial, siendo el control de la malaria el más frecuentemente citado, pero ciertamente no el único. Así, por ejemplo, la institucionalización del parto, importante logro en una región signada por la muerte materna y la neonatal precoz, pasó del 55 por ciento en 1951 al 75 por ciento en 1962, período este durante el cual la esperanza de vida al nacer se incrementó en 10 meses por año pasando de 63 a 66 años (*idem*).

El Estado venezolano, gestor de acciones conducentes a un destino común más o menos consensuado se transforma progresivamente en un aparato al servicio de intereses de grupos de muy diversa índole, desde económicos hasta políticos y sindicales. Aquella institucionalidad sanitaria venezolana que tan airosa surgió de los años sesenta experimenta a partir de los setenta importantes y no siempre acertadas reestructuraciones y reasignaciones de recursos que terminaron desdibujándola al alejarla progresivamente de su misión original. Al respecto señalan Freije y Jaen:

Las instituciones de salud usualmente tienen una definición poco precisa de su misión, visión, objetivos y metas, lo cual puede generar que las agendas de los funcionarios no siempre estén alineadas con el objetivo de darle salud a la gente. De hecho, el personal médico y administrativo tiene sus propias motivaciones y preferencias, no siempre alineadas con la población (Freije y Jaen, 2003:157).

Las antiguas banderas de la lucha, contra las endemo-epidemias rurales y las enfermedades propias de la pobreza, terminaron siendo relegadas en favor de la creación de una oferta de programas y servicios ciertamente más sofisticada, pero no siempre en sintonía con las necesidades del país real. El análisis de los presupuestos públicos, instrumento por excelencia de toda política, resulta elocuente: en 1980, los recursos destinados a los programas bajo la administración de la otrora laureada Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental fueron seis veces inferiores a los que le asignaron bajo la gestión de Gabaldón veinte años antes, mientras que los de gastos administrativos casi se duplicaron en un presupuesto para el sector diez veces mayor al de 1960 (Galli y García, 1989). A manera de contraste, cabe destacar que, pese a la notable expansión del gasto sanitario en 1980, la oferta de servicios de atención médica no se incrementó de modo sustancial. Es así como el número de camas hospitalarias bajo la administración del MSAS y otras entidades públicas apenas creció en poco más de un 30 por ciento, en tanto que las del sector privado en casi 300 por ciento. Todo lo dicho contrasta con la construcción de una importante capacidad hospitalaria de camas privadas en el este y norte de Caracas en los años setenta y ochenta y apenas un hospital público en el oeste de la ciudad (el Hospital General del Oeste, en 1972) y otro en el municipio Sucre del estado Miranda quince años más tarde (el Hospital Domingo Luciani).

Es de destacar que si alguna política de Estado en Venezuela se ejecutó con relativa estabilidad y sentido del largo plazo desde sus orígenes fue la sanitaria. En 1936, con la creación del MSAS por López Contreras, los presupuestos orientados al gasto sanitario pasaron de cero a 17.5 millones de bolívares, lo que sumado a los de educación (19.7 millones) totalizó un gasto social superior al del Ministerio de Guerra y Marina. Desde entonces, las erogaciones hacia el gasto sanitario se mantendrían con más o menos ritmo sostenido, relativamente protegido de las variaciones del gasto público características de la volatilidad del ingreso petrolero (Puente, 2001). Incluso tras el desplome histórico del bolívar en 1983 y la ruptura en 1989 del pacto político surgido en 1958, los esfuerzos por mantener el gasto sanitario se mantuvieron firmes, totalizando aquel año el 6 por ciento de todo el gasto público.

Esa gran organización que viera la luz, en la epifanía sanitaria de 1936, al llamado del lema «educar, sanear y poblar» y que se tradujo en las poderosas líneas de política pública del Programa de Febrero –elevadas a rango constitucional en 1946 y universalizadas a partir de 1959 con el logro de indicadores sanitarios próximos a los del primer mundo– se transformó progresivamente en una caja que, como dicen Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo, hizo posible a las administraciones públicas venezolanas «el manejo discrecional de la renta que permite al gobierno emplearla de manera clientelar, favoreciendo a su base y castigando a los que disienten» (Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo, 2012:55).

La corrupción en el proceso de desinstitucionalización de la sanidad pública venezolana

La corrupción en la sanidad pública venezolana surge como una consecuencia directa de su captura progresiva por administraciones alineadas con grupos de interés amparados por el poder, relativamente protegidos del escrutinio público y por tanto fuera del alcance de los mecanismos de control fiscal establecidos. Los importantes recursos fiscales dedicados al sector no podían pasar desapercibidos para tales grupos, que terminaron «colonizando» sus organizaciones hasta finalmente controlarlas.

Las prácticas corruptas a lo interno de las administraciones públicas venezolanas en modo alguno constituyen un fenómeno reciente. El año 1973, al calor del «boom» petrolero de entonces, significó un hito clave

en su instalación y fortalecimiento. Bajo el lema de «la Gran Venezuela», el sector público se expandió al límite de lo imaginable, «literalmente, se tragó al país», señaló Uslar Pietri. La omnipotencia del Estado fortaleció el carácter virtualmente monopólico de la sanidad pública venezolana, tenedora desde entonces de más del 80 por ciento de toda la oferta de camas hospitalarias disponibles gestionadas por administradores sometidos a mecanismos de control fiscal relativamente laxos y a cuyo arbitrio se ejecutaron inmensos presupuestos. Proliferan así a las puertas de sus oficinas los «vendetutti»,¹ los «reposeros»² y los «empresarios de maletín»,³ sistemáticamente a la caza de oportunidades para obtener utilidades a partir de la conexión con algún funcionario con poder de decisión suficiente, ya fuera a través de operaciones de compra de bienes, suministros y servicios, del control de nóminas o de la gestión de trámites ante el ministerio. Añádase a ello las prácticas clientelares que incluso desde los inicios de la era democrática encontraron en la sanidad pública un nicho fecundo, como se desprende de las reflexiones de Arnoldo Gabaldón vertidas en su Memoria y Cuenta al Congreso en 1962, cuando afirmó que:

Es difícil comprender la desesperante situación que en este campo existe y por ello me veo obligado a presentar algunos ejemplos para que se pueda apreciar. En un hospital donde se gastan mensualmente alrededor de 60.000 bolívares en agua y electricidad, o sea, cerca de un 6 por ciento de su presupuesto, los médicos se quejan de que no alcanzan los fondos para las drogas necesitadas por los pacientes, pero no se ha investigado si aquella elevada suma resulta de descuidos del personal. Otro hospital en menos de un año contrajo deudas por 676.597 bolívares sin que los organismos supervisores se dieran cuenta de ello...En un sanatorio, el intendente robó en pocos meses 686.636 bolívares. Lo más interesante del caso fue que ni el personal de nuestra División de Auditoría ni el de la CGR pudieron descubrir de primera intención ese fraude...Para terminar, un director de hospital me informó que él calculaba en 1.000 bolívares diarios las pérdidas por sustracción de artículos, en especial de alimentos y lencería, que era imposible evitar (Gabaldón, 1965b: 414-415).

¹ «Vendetutti»: en la jerga de las oficinas públicas, dicese del proveedor no especializado que ofrece en venta cualquier *ítem* requerible en una institución sanitaria (desde equipos médicos hasta material de escritorio), valiéndose de la ventaja que le otorga el figurar en los registros oficiales de proveedores, estar en posesión de ciertas licencias, etc.

² «Reposero»: funcionario acogido fraudulentamente a baja médica («reposo»).

³ «Empresarios de maletín»: agentes privados cuyas firmas, sin contar con el patrimonio, la experiencia y tecnología necesarios, contratan grandes proyectos con el Estado para posteriormente subcontratarlos con otros proveedores.

Pero será a partir de 1998 cuando la corrupción a lo interno de la sanidad pública venezolana, hasta entonces oculta a la sombra de tinglados invisibles al ciudadano, emerja ya no como práctica marginal sino como política de Estado. La primera de estas fue el Plan Bolívar 2000, de cuya gestión directa estuvo a cargo el Ejército. Al respecto, escribe Gustavo Coronel:

El programa Bolívar 2000 estuvo a cargo del Comandante General del Ejército Víctor Cruz Weffer y recibió recursos por aproximadamente 300 millones de dólares. Luego de solo un año, el programa fue cancelado por la corrupción y el derroche incontrolables, manifiestos en la falta de rendición del gasto de cerca de 150 millones de dólares (Coronel, 2006).

El argumento de la «sensibilidad social» fue con frecuencia invocado en descargo de tales ilícitos. Ochoa Henríquez y Rodríguez Colmenares señalan, citando al Ministerio de Planificación y Desarrollo de la época, que el Proyecto Bolívar 2000 está definido como «un plan cívico-militar que tiene como finalidad activar y orientar la recuperación y fortalecimiento de Venezuela y atender las necesidades sociales del país». Y cuando surgieran señalamientos en razón de la aplicación de dichos recursos por parte de gestores militares, las mismas autoras contra argumentaron indicando que:

Una tercera crítica en torno a los problemas sobre la gestión del proyecto señala que es ineficiente, involucrado en actos de corrupción y malversación, entre otras cuestiones, lo cual parece contradictorio ante la aparente eficiencia, disciplina y orden del cuerpo castrense, no así con algunos hechos que en el pasado han vinculado a élites de las FFAA con actos de corrupción. El punto de partida de las denuncias sobre la ejecución del plan lo constituyen las realizadas a mediados de 1999 por el contralor general de la República, nombrado en la gestión anterior mediante el acuerdo tácito entre AD y Copei, quien en informe enviado al Congreso de la República señala la inexistencia de un plan coherente en la ejecución, falta de definición para articular la participación de las organizaciones y recursos involucrados, riesgo de malversación y corrupción (Ochoa y Rodríguez, 2003).

La magna corrupción

Pronto la corrupción a lo interno de la sanidad pública superaría sus primigenias prácticas basadas en la captura marginal de recursos por la vía del cobro de coimas, la gestoría de trámites o la creación de «nóminas blancas».

A partir del Plan Bolívar 2000, la organización sanitaria será progresivamente supeditada a factores de poder ajenos a ella, entre los que destacan de manera especial el militar y el que en adelante habremos de denominar el «factor cubano».

El «factor cubano» asume un extraordinario protagonismo con la implantación en el país de la Misión Barrio Adentro (MBA), programa sanitario bandera del Estado venezolano que supuso la cesión de históricas competencias de la sanidad pública a un operador extranjero. Al respecto, Aldo Muñoz Hernández, jefe de la llamada «Misión Médica Cubana» en Venezuela, escribe que:

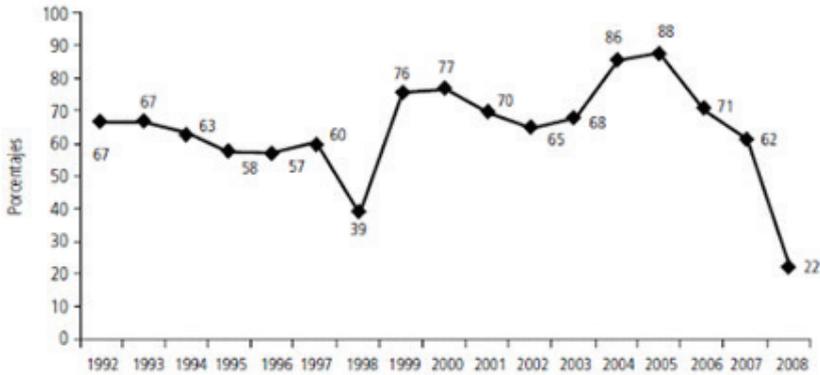
Las consecuencias sobre la situación de salud, del abandono de la responsabilidad de Estado y el predominio de ideas neoliberales provocaron un descenso brusco de la prestación de servicios de salud. La tasa de mortalidad infantil, la materna, así como el índice de bajo peso al nacer, se incrementaron, las tasas de incidencia de las enfermedades transmisibles, como la malaria y el dengue aumentaron (Muñoz, 2011:13).

Para 2018 –catorce años después de la implantación de la MBA en Venezuela– el Estado venezolano había erogado, de acuerdo con estimaciones de De Freitas, un total de 40.400.285 millones de dólares por la vía de transferencias a Cuba por concepto de servicios médicos prestados por personal de ese país a través de la red de la MBA. Una erogación totalmente fuera del alcance de los organismos y procedimientos más elementales de control fiscal pese a lo cual, señala la autora, el 80 por ciento de los establecimientos de la MBA está actualmente fuera de servicio (De Freitas, 2007).

El desempeño técnico de la MBA, a pesar de los desproporcionados recursos puestos a su disposición, no resiste mayores análisis. En 2008, con la MBA en pleno apogeo, Díaz Polanco y Borges Guitian estudian la cobertura poblacional con la vacuna triple bacteriana (tosferina, difteria y tétanos), entre las más básicas de las incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) normativo venezolano. Dicha cobertura fue de apenas 22 por ciento, la más baja registrada históricamente desde 1992 (Díaz y Borges, 2010).

Gráfico 1

**Cobertura de vacunación con triple bacteriana en niños menores de un año
Venezuela, 1992-2008**



Fuente: PAI, MPPS, 2009.

La instalación de nuevos entramados de corrupción a lo interno de la sanidad pública no necesariamente significó la superación de los más antiguos, que muy por el contrario se reafirmaron bajo modalidades más sofisticadas. La organización Transparencia Venezuela (Transparencia Venezuela *et al.*, 2020), en informe consignado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en octubre de 2020, identifica catorce «mecanismos de corrupción» operando actualmente en la sanidad venezolana, los cuales se citan a continuación:

1. La reiterada asignación discrecional de contratos a empresas para la construcción o remodelación de hospitales e importación de medicinas, materiales e insumos médicos. Este mecanismo se detectó especialmente con compañías recién creadas, empresas extranjeras intermediarias o sin experiencia en el área, cuyos propietarios estaban vinculados a funcionarios venezolanos de alto nivel.
2. Compra de medicamentos, materiales y equipos con sobreprecio y, en algunos casos, con pagos adelantados.
3. Compra de medicamentos no requeridos por los centros de salud a nivel nacional.
4. Compra de medicamentos cuyas existencias no justificaban nuevos pedidos.
5. Compra de medicamentos con fecha de vencimiento fuera del standard permitido.

6. Facturación de cantidades superiores a las recibidas.
7. Contrabando fronterizo de medicinas.
8. Reiteradas denuncias de hurto y desvío a menor escala de medicinas, insumos médicos e incluso de gasoil para el funcionamiento de plantas, en caso de fallas eléctricas.
9. Forjamiento de documentos para adquirir medicamentos.
10. Venta de medicinas e insumos médicos que deberían ser suministrados de forma gratuita por el Estado.
11. Incumplimiento reiterado de los contratos para la ejecución de obras, sin acciones legales en contra de empresarios, a pesar del desembolso de recursos públicos.
12. Abusos de autoridad contra médicos o personas que protestan por la crisis del sector.
13. Puerta giratoria.⁴
14. Nepotismo.

La compra con sobreprecio y la inobservancia reiterada de normas y procedimientos de ejecución controlada de fondos fiscales, así como el trato preferencial a ciertos proveedores, siguieron siendo prácticas comunes.

Tabla 1

**Precios de adquisición promedio de ítems médico-quirúrgicos esenciales*
Varios países, 2020**

País	Guantes quirúrgicos	Sonda Foley # 14	Máscaras de oxígeno	Apósitos transparentes	Tubo endotraqueal	Catéter intravenoso
Venezuela	2.81	93.5	23.7	11.52	8.03	12.78
El Salvador	0.23	0.55	1.56	0.39	1.19	0.26
Perú	0.	1	1.06	0.71	1.72	0.37
Colombia	0.10	0.67	1.90	3.81	0.82	0.55
Guatemala	0.29	3.56	2.69	4.64	2.94	0.25

* Precios por unidad en dólares americanos actuales, estimado sobre el promedio de cuatro cotizaciones por país.
Fuente: «Corrupción en el sistema de salud público de Venezuela en el contexto de la pandemia del covid-19» Informe de audiencia presentado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el marco del 177° periodo de sesiones, octubre 2020. Transparencia Venezuela, 2020.
Dicho estudio estima en US\$ 11.300.000 los sobreprecios pagados por estos conceptos entre 2016 y 2018.

⁴ En la jerga de las oficinas públicas, mecanismo mediante el cual un proveedor cuya firma no resulta favorecida en un proceso licitatorio resulta siéndolo mediante la interposición de otra también de su propiedad o de personas allegadas. También aplica al caso de proveedores que ofertan una obra, bien o servicio a través de una de sus firmas al tiempo que introducen en el procedimiento licitatorio otras también de su propiedad (conocidas en la jerga de las oficinas públicas como «tapa» aparentando con ello competir por la adjudicación del mismo contrato.

La organización Transparencia Venezuela, en el ya referido informe, destaca la magnitud de los sobrepuestos con los que se acordó la compra de algunos consumibles médico-quirúrgicos básicos para hospitales y centros de atención médica en Venezuela, por parte de la Corporación Venezolana de Comercio Exterior, Corpovex, en 2020.

El impacto de la corrupción en la sanidad pública venezolana

El impacto de la corrupción a lo interno de la administración pública venezolana, que de práctica marginal y oculta pasó a convertirse en un poderoso centro de operaciones de fraude al fisco, puede estimarse incluso en términos macroeconómicos. Hablar de la corrupción en Venezuela es referirse a una verdadera corporación del delito contra la cosa pública, cuyas utilidades superan con creces a las de cualquier actividad económica legítima. Sobre la magnitud de sus operaciones señala la plataforma Chavismo Inc., auspiciada por las organizaciones no gubernamentales Transparencia Venezuela, Alianza Rebelde Investiga (ARI) y la plataforma latinoamericana de periodismo Connectas, que:

La cifra supera casi seis veces las reservas internacionales según datos del Banco Central de Venezuela divulgados en enero de 2020. Sin embargo, es una fracción frente a los ingresos recibidos gracias a un boom petrolero que le reportó al Estado, que maneja el monopolio de la industria petrolera, ingresos fiscales calculados en aproximadamente un millón de millones de dólares en una década, que parecieron evaporarse mientras las instituciones controladas por el chavismo desde hace 20 años apenas han hecho esfuerzos por recuperarlos e investigar las denuncias asociadas a cada centavo (Proyecto Chavismo, 2020).

Sin embargo, para 2017 la caída del gasto público sanitario en términos reales se estimó en 69 por ciento, lo que unido a las pérdidas atribuibles a prácticas corruptas en sus organizaciones provee de una explicación razonable al estado actual de sus redes asistenciales. El trato relativamente privilegiado que históricamente ha recibido el gasto sanitario no bastó para morigerar la notable caída de la cantidad y calidad de sus prestaciones a los ciudadanos, como consecuencia del desacertado diseño y ejecución de sus planes y, ciertamente, del impacto de la corrupción en sus organizaciones: seis de los más recientes titulares de la cartera de Salud aparecen señalados como incurso en hechos de corrupción en las investigaciones consignadas ante la Cidh por la organización Transparencia Internacional.

Históricamente y a pesar de la sostenida contracción de la economía y del fenómeno hiperinflacionario, el Estado venezolano ha mantenido su histórico trato preferencial al gasto sanitario, si bien con una notable diferencia en términos reales respecto de los nominales, según se desprende del análisis de los datos de Abarca (2017).

Tabla 2

**Variación del gasto público sanitario
Venezuela, 2016-2017**

Partida	En términos nominales			En términos reales		
	2016	2017	Variación	2016	2017	Variación
Medicamentos	2624	16095	513%	1640	2012	23%
Mantenimiento y equipamiento de infraestructuras	972	21464	2108%	6082	2683	342%
Producción, almacenamiento y distribución de medicamentos básicos	309	2252	629%	193	282	46%

Fuente: Abarca (2017).

En su análisis, Abarca destaca las consecuencias derivadas de la reducción del gasto sanitario en términos reales:

En el presupuesto del año 2017, el sector salud representa el 7 por ciento del presupuesto de gasto de la República. Cuando comparamos todas las erogaciones en salud por parte del Estado venezolano en los últimos 18 años y la situación actual del sistema de salud en el país, la brecha, más que brecha, es un abismo. Nos encontramos que hoy en día el sistema de salud venezolano posee menos de la mitad de la capacidad instalada que poseía en 1964, revelando un profundo proceso de regresión tecnológica. Desde el año 2014 la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH) ha solicitado al gobierno nacional, sin resultados, que declare emergencia humanitaria en el sector salud, debido a la aguda crisis de escasez de insumos, medicinas, material quirúrgico y equipos médicos, entre otros (Abarca, 2017).

El derrumbe de las infraestructuras sanitarias

Es inocultable el deterioro de las redes médico-asistenciales adscritas a la sanidad pública venezolana. En su informe correspondiente a 2018, la Encuesta Nacional de Hospitales concluyó que el 43 por ciento de los laboratorios clínicos de los 44 hospitales incluidos en su muestra nacional estaba inoperativo, así como el 95 por ciento de sus equipos de tomografía y el 52 por ciento de los de radiología convencional. El desabastecimiento de insumos básicos requeridos para la atención de emergencias promedió el 52 por ciento y el de los quirófanos el 38 por ciento (Equipo Encuesta Nacional de Hospitales, 2018).

Ello se tradujo, como se cita en el informe emanado de la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos de julio de 2019, citando datos de la Encuesta Nacional de Hospitales, en un total de 1557 decesos prevenibles acaecidos en sus salas de emergencia, ámbito de atención sanitaria en el que los actos médicos se caracterizan precisamente por el papel crítico que juega la variable tiempo (Oacnnuuddhh, 2020):

Tabla 3

Muertes prevenibles atribuibles a condiciones cardíacas agudas y traumas Venezuela, noviembre 2018-febrero 2019

Causa inmediata deceso	Frecuencia observada del evento
Condiciones cardíacas agudas (cardiopatía isquémica aguda o insuficiencia cardíaca)	801
Trauma	756
Total de decesos registrados	1557

Fuente: Encuesta Nacional de Hospitales, Informe febrero 2019.

Asistimos pues a las consecuencias del definitivo divorcio entre la misión histórica de la otrora formidable organización público sanitaria venezolana, por un lado, y sus planes y ejecuciones. El peso de las complejas redes de corrupción que operan a lo interno de sus organizaciones fundamentales parece haber quedado demostrado.

Los resultados

La progresiva desinstitucionalización sanitaria venezolana como consecuencia de su progresiva captura y subordinación a los intereses de sofisticadas redes de corrupción se hace evidente en la medición de los resultados técnicos reflejados en sus propios informes. Fue así como, en 2016, en ocasión de la última comparecencia de titular alguno de la cartera sanitaria haya hecho ante la Asamblea Nacional desde 1998, se consignó en la correspondiente Memoria y Cuenta el revelador dato referido a la mortalidad hospitalaria correspondiente al año fiscal anterior (MPPS, 2016).

Tabla 4

Mortalidad hospitalaria, Venezuela, 2016

	2012	2013	2014	2015
% mortalidad sobre altas	2,9	3,5	4,36	31,2

Fuente: Memoria y Cuenta del MPPS ante la Asamblea Nacional, 2016.

Formalmente, el egreso hospitalario opera por tres únicas vías: el alta médica (egreso del paciente una vez recuperado de la condición que justificó su admisión al hospital), el alta no médica (o contra la opinión del facultativo tratante) y la muerte hospitalaria. Los tratadistas clásicos en materia de gestión hospitalaria en Iberoamérica, la han estimado en un dígito o dos dígitos bajos en hospitales oncológicos o involucrados en el manejo de pacientes complejos o de alto riesgo. El mexicano Barquín, por ejemplo, la ubica en 4 por ciento. Un indicador ocho veces superior como el registrado en 2015 es francamente expresivo de un exceso de mortalidad hospitalaria que cuestiona radicalmente la calidad de sus procesos técnicos (Barquín, 1992).

Es de destacar que nos referimos aquí al más elemental de los indicadores de eficacia aplicable a la evaluación del desempeño de un hospital. Los indicadores de eficiencia también resultan elocuentes poniendo en evidencia la precaria gestión de la planta asistencial disponible. Así, por ejemplo, en 2010, cuando la crisis fiscal venezolana aún no alcanzaba a tener sus actuales expresiones de profundidad, los indicadores más elementales de eficiencia eran consistentes en cuanto a la pobre productividad promedio de la cama hospitalaria administrada por el Estado venezolano.

En su análisis de tales indicadores, destaca Oletta:

Estos datos evidencian que no se está cumpliendo con el propósito de los hospitales. No es explicable que la población haya aumentado y que la prestación de los servicios de asistencia médica haya disminuido. Todos los indicadores se muestran reducidos y en cuanto a eficiencia, productividad y calidad la tendencia es francamente descendente (Oletta, 2012):

Tabla 5

Indicadores hospitalarios. Hospitales adscritos al MPPS, 2010-2011

Indicador de utilización	2010	2011
Número diario de camas ocupadas	12.443	11.196
Porcentaje de ocupación	71	59
Promedio de estancia	5	4
Intervalo de sustitución	2,11	3,11
Índice de rendimiento	50,65	46,2

Fuente: Memoria y Cuenta MPPS, 2011.

Finalmente, hemos de admitir que sumada a los efectos lesivos de la hiperinflación, de la relativa –que nunca, como hemos visto, absoluta– escasez de recursos y de la impreparación de sus burocracias, ha sido la corrupción la generadora de los más negativos impactos sobre el desempeño de la sanidad pública venezolana en las últimas dos décadas; impactos que comenzaron siendo, como se ha demostrado, inicialmente patrimoniales y luego sanitarios para luego asumir a la postre expresiones demográficas. El informe de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi), en su edición 2019-2020, es elocuente en este sentido: «los nacidos entre 2015 y 2020 vivirán 3,7 años menos a lo previsto en las proyecciones oficiales» (Encovi, 2019).

A manera de conclusión

Resulta plausible postular que la instalación, fortalecimiento y expansión de prácticas corruptas a lo interno de la sanidad pública venezolana y sus organizaciones corrió a la par de un proceso sistemático de desinstitucionalización, cuyo origen hay que ubicarlo en el progresivo abandono de su misión primigenia sustituida hoy por las agendas de redes de corrupción bien identificadas. El daño patrimonial a la República, como se ha demostrado, es cuantioso, al punto de incidir en variables macroeconómicas básicas y los

resultados técnicos obtenidos de una precariedad que incluso ha sido recogida por importantes referentes internacionales. Pero no menor es el infligido a la salud pública venezolana. La carga de enfermedad que soporta la población venezolana para 2016 se estimó en 27.375 DALYs por 100.000 habitantes.⁵ Indicador superior a los de Colombia (21.427,33), Ecuador (25.477,07), Perú (21.463,49), Chile (21.615,71), Argentina (24.632,59), Paraguay (25.958,14) y Uruguay (23.941,71) (Rose y Ritchie, 2016).

Pero todo ello no sería comprensible sin la apelación a la compleja y nunca bien caracterizada relación entre sociedad, Estado y renta petrolera en Venezuela. Se trata de la sociedad que vive del Estado, que a su vez debe su fortaleza al control que ejerce sobre la renta petrolera. Resolver tan compleja ecuación supone la mediación de esfuerzos en aspectos tan distintos como la reestructuración del Estado, la formación y selección del funcionariado a su servicio y la implantación de leyes punitivas que eleven el costo de transgredir las normas de control fiscal.

Limitar la discrecionalidad de los administradores públicos en el manejo de los recursos fiscales puestos bajo su gestión, luce como el punto de partida de un esfuerzo reinstitucionalizador de tal alcance. Al respecto escriben Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo:

La inconsistencia dinámica se resuelve con la implementación de mecanismos creíbles que comprometan al gobierno de turno a cumplir las políticas trazadas y que, en efecto, limiten su discrecionalidad (Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo, 2012: 68).

La pérdida de la vinculación entre productividad e ingreso ha moldeado en no poca medida la cultura de las organizaciones venezolanas, lo mismo públicas que privadas. Nuestra sanidad no podía ser la excepción, lo que unido a la relativa lasitud del «Estado blando» venezolano facilitaría su progresiva colonización en los años subsiguientes hasta su definitiva captura a partir de 1998.

Poner límites a la discrecionalidad de sus administraciones y controlar el poder omnímodo de las burocracias públicas, unido al logro de un mínimo de transparencia en la gestión público sanitaria venezolana se impone, por

⁵ DALYs (en inglés *disability-adjusted life years*). Indicador epidemiológico de los años de vida perdidos por enfermedad, discapacidad o muerte prematura en una población. Es una medida de la carga de enfermedad de una comunidad, región o país.

tanto, como una prioridad de estado ante los inmensos costos en los que la ciudadanía incurre a causa de una asistencia médica conculcada por algunas de las más tupidas redes de corrupción que Venezuela haya jamás conocido.

Referencias bibliográficas

- Abarca, K.** (2017). «El despropósito del gasto público: déficit de salud en Venezuela», en *Boletín Gasto Público*, n° 40. Observatorio de Gasto Público, Centro para la Diseminación del Conocimiento Económico y la Libertad (Cedice). Caracas. Disponible en: <https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/boletin-40-desproposito-del-gasto-publico-deficit-salud-venezuela/> Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Acton, Jeed** (1907). «Carta al obispo Mandell Creighton», en J.N. Figgis y R.V. Laurence, *Historical Essays and Studies*. London: Macmillan.
- Baptista, A.** (1997). *Bases cuantitativas de la Economía Venezolana, 1830-1995*. Caracas: Fundación Polar.
- Barquín, M.** (1992). *Dirección de hospitales*. México: Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Coronel, G.** (2006). «Corrupción, administración deficiente y abuso de poder en la Venezuela de Hugo Chávez», en *Cato Development Policy Analysis* n° 2, Cato Institute. Disponible en: https://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=6787. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Coronil, F.** (1997). *The magical state. Nature, money and modernity in Venezuela*, pp 59. Chicago and London: The University of Chicago Press, .
- De Freitas, M.** (2007). «Contraloría General de Venezuela. Allanando el camino para el PSUV», en *Transparencia Venezuela*, ed., *Muchas instituciones, un jefe. El desmontaje de la democracia venezolana*. Caracas: edición conjunta de Transparencia Venezuela y Suprema Justicia.
- Díaz, J. y S. Borges** (2010). «La década bolivariana de salud: un secreto mal guardado», en *Chávez: una década en el poder*, pp. 387-405. Bogotá: Universidad de Rosario.
- Díaz, R.** (1975). *Elipse de una ambición de poder*. Caracas-Madrid: Editorial Mediterráneo.
- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida** (2019). Informe. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Equipo Encuesta Nacional de Hospitales** (2018). Informe. Disponible en <https://www.encuesta-nacional-de-hospitales.com/2018>. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Freije, S. y M.H. Jaen** (2003). «Hacia una seguridad social eficaz: salud y pensiones», en J. Kelly, *Políticas públicas en América Latina. Teoría y práctica*, pp. 157. Caracas: Ediciones IESA.
- Gabaldón, A.** (1965a). «Una política sanitaria». Caracas: Ediciones del MSAS.
- Gabaldón, A.** (1965b). «Memoria y cuenta al Congreso, 1962». Imprenta Nacional.
- Galli, A. y H. García** (1989). «El sector salud: radiografía de sus males y de sus remedios», en M.Naim y R.Piñango, ed., *El caso Venezuela. Una ilusión de armonía*. Caracas: Ediciones IESA.
- Guzmán E y R. López** (1998). «Análisis económico de la corrupción en Chile», en E. Guzmán, ed., *Corrupción y gobierno*. Santiago de Chile: Fundación Libertad y Desarrollo.

- Karl, T. L.** (1997). *The paradox of plenty. Oil Booms and Petro-States*. Berkeley: The University of California Press.
- Mayobre, E.** (2007). *Gumersindo Torres*. Caracas-Venezuela: Ediciones El Nacional- Banco del Caribe.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público** (varios años). *Memoria y cuenta*.
- MPPS** (2016). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- MPPS** (2011). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- MPPS** (2009). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Myrdal, G.** (1968). *Asian Drama: An Enquiry into the Poverty of Nations*. London: Pelican.
- Muñoz, A.** (2011). «Prólogo», en Del Calvo Penichet, S. *Raíces de Barrio Adentro: una experiencia inédita*, pp.13-66. Caracas: Fondo Editorial El perro y la rana.
- Naim, M.** (2006). «Ilícito. Cómo traficantes, contrabandistas y piratas están cambiando al mundo». Bogotá: Editorial Debate.
- Ochoa, H. y I. Rodríguez** (2003). «Las fuerzas armadas en la política social de Venezuela», en *Política y Cultura*, 20, pp. 117-35, México.
- Oacnnuuddhh** (2020). *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*. Consejo de Derechos Humanos, 41º período de sesiones, 24 de junio-12 de julio de 2019. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session41/Documents/A_HRC_41_18_SP.docx. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Oletta, J.F.** (2012). «Los Hospitales Públicos en Venezuela. Visión general. Nota técnica n° 47», en *Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela*. Disponible en: <http://www.rscmv.org.ve/> Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Proyecto Chavismo Inc** (2020). «Los engranajes del capitalismo bolivariano en el mundo». Disponible en: <https://chavismoinc.com/> Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Puente, J. M.** (2001). «Gasto público social en Venezuela: ¿una historia de ganadores o perdedores?», *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, vol. VII, 2, pp. 149-156.
- Rodríguez Sosa P. L. y L. R. Rodríguez Pardo** (2012). «El petróleo como instrumento de progreso», en *Una nueva relación ciudadano-Estado-petróleo*. Caracas: Ediciones IESA.
- Rose, M. y H. Ritchie** (2016). «Burden of disease». Disponible en: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Transparencia Venezuela et al.** (2020). «Cuando la corrupción es el virus», en Informe de Audiencia: *Corrupción en el sistema de salud público de Venezuela en el contexto de la pandemia del COVID-19* (mimeo). Caracas-Venezuela.
- Uslar Pietri, A** (1948). «La otra erosión», en *Biblioteca Uslar Pietri, Pizarrón*. Caracas: Los libros de El Nacional.