

Institucionalidad y rectoría de los sistemas de salud: el caso venezolano

JORGE DÍAZ POLANCO*
SAYNDRA BORGES GUITIÁN**

pp. 73-94

Resumen

Con base en la experiencia de varios países, este artículo 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 hace énfasis en el ejercicio de la labor rectora de los Ministerios de Salud, analizando el caso de Venezuela, país en el cual no se dan las condiciones para que dicha labor 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.

Palabras clave

Sistema de salud/ Rectoría / Institucionalidad /
Políticas de salud / Prestación de servicio / Venezuela

Abstract

Within the context of the experience of several countries, this paper explores the basic functions of the health systems and their relationships as a warrant of an effective operation. The role of financing as the main determinant of the health system organization is highlighted, with 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 fulfillment of the leading role as the main functions of any health system.

Key words

Health system / Leading task / Institutional capability /
Health policies / Health service delivery / Venezuela

* Profesor-investigador y Coordinador de Investigaciones del Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, de la Universidad Central de Venezuela.

Correo-e: jdpolanco@gmail.com

** Investigadora asociada en el Observatorio Venezolano de la Salud del Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, de la Universidad Central de Venezuela.

Correo-e: crisaviand@gmail.com

La naturaleza de los sistemas de salud: sus funciones y su dinámica

Organización y financiamiento de los sistemas de salud

De acuerdo con su entorno específico, la escala de valores socioculturales y la disponibilidad financiera —entre otros factores—, los sistemas de salud (SS) están destinados a cumplir cuatro funciones básicas: financiamiento, prestación de servicios, organización de los procesos y rectoría. Entendemos la organización del SS como la forma específica en que prestadores de servicios, proveedores de insumos y usuarios se articulan entre sí (Díaz Polanco, 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 intentar 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 y de 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 esa concepción obedece a reglas generales de funcionamiento y, en cierto modo, representa una suerte de «tipo ideal» que se conforma con diferencias importantes en contextos específicos.

Por otro lado, se parte de 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 posibilitan el establecimiento de las reglas de asociación; 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 que atraviesa el financiamiento deben guardar cierta coherencia entre sí. De hecho, la naturaleza y características del SS se encuentran fuertemente ligadas a la manera en que se interrelacionan el origen, administración y destino de los fondos asignados. 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. Sin embargo, el desempeño del SS está ligado a muchos otros factores externos, sobre todo en los SS descentralizados, tal y como lo ha demostrado Thomas Bossert (1993,

1996, 1998, 1999). 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 (Bossert 2000a; 2000b). 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 eficiente y eficazmente. Sin embargo, la complejidad que han adquirido los SS en el mundo obliga a ubicar estas determinaciones generales en un contexto en el que 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 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) 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 OCDE, sólo trece de ellos garantizan cobertura universal con base en financiamiento de origen fiscal y tributario, es decir, constituyen sistemas nacionales de salud (Paris y otros, 2009).

El cuadro 1 muestra la situación antes descrita; se puede observar que hay cuatro países con 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 en torno 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 naturaleza 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 (TMI), medidos por la tasa de mortalidad infantil para el año 2006, son

mayores que en los países que disponen de una sola fuente de financiamiento. El cuadro 2 expone esos resultados en una muestra de la lista de países identificados en el cuadro 1.

Cuadro 1

Características de la cobertura de servicios de atención primaria de salud en países de la OECD

(Porcentaje 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	0,00	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
Corea	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.

Cuadro 2

Pagadores y TMI en países 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
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

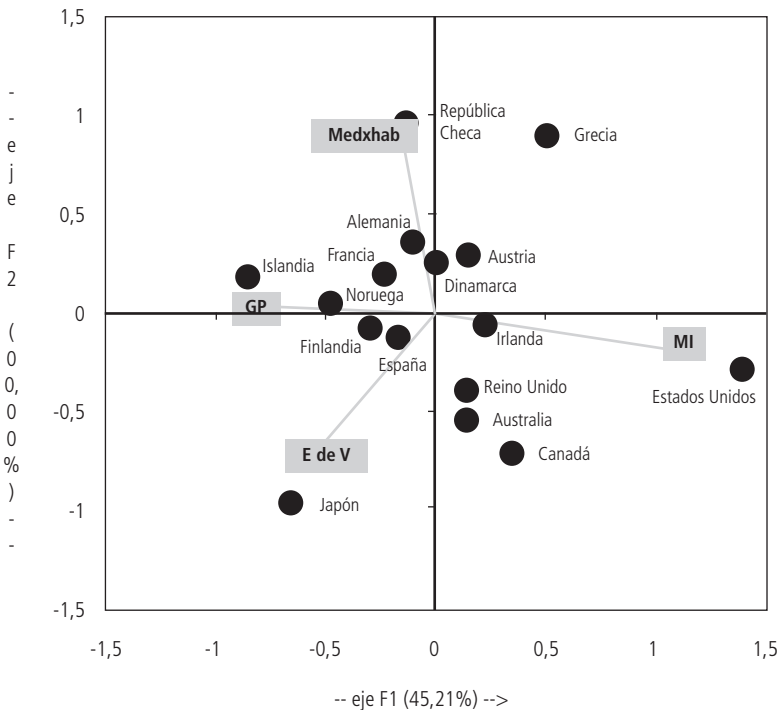
Fuente: OECD, 2009.

Vale la pena destacar que el coeficiente R de ambas variables (*Pagadores* y *Tasa de mortalidad infantil*) es de 0,526. 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 y de sus patrones socioculturales. Así, aun cuando Alemania es uno de los países con mayor número de pagadores/aseguradores, su TMI es inferior al de Eslovenia; el de Luxemburgo es aún menor.

Otra evidencia en la misma dirección se muestra en el gráfico 1, que representa el análisis de componentes principales entre otro grupo de países de la OCDE 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 proveniente de fuentes diversas, como es el caso de Alemania y Francia, se encuentran en posiciones diferentes con relación al centroide (Díaz Polanco, 2010). 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 del nivel de cobertura; el rol del Estado en esas esferas, y la igualación o no de los grupos de alto riesgo. A su vez, los países donde 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 y

otros, 2009), asunto que desde nuestra perspectiva introduce complicaciones burocráticas adicionales en la gestión de los SS pero, en todo caso, denota la preocupación por tratar de disminuir las iniquidades. Entre los principales criterios para establecer tales mecanismos compensatorios, se encuentran: edad, género y las desigualdades regionales, como ocurre en México (Díaz Polanco y Borges Guitián, 2010). En todo caso, los sistemas nacionales de salud caracterizados en el cuadro 1 como de «cobertura automática» tienen la posibilidad de gestionar más eficientemente los servicios. En palabras de Paris, Devaux y Wei (2009:12), «la competencia entre financiadores cuando se compara con el enfoque de pagador único está ligada con costos más altos de registro y 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.

Gráfico 1
Biplot (ejes F1 y F2: 75,62%)



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

Por otra parte, las relaciones que se establecen entre los aseguradores y los proveedores también varían en dos dimensiones básicas, referidas a las posibles negociaciones entre ellos, de manera que estos arreglos institucionales y la forma en que se concretan en contratos de cierta duración pueden experimentar una limitada estabilidad temporal atribuible a factores que provienen de las determinaciones externas, tales como los mercados internacionales y locales, que pueden introducir fuertes desviaciones.

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 puede apreciarse, están sometidos a dinámicas muy variadas y a logros muy diferentes, y que definen su nivel de institucionalización. 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— alterar las relaciones entre 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. Por último, vale la pena enfatizar la naturaleza política del financiamiento, es decir, descartar cualquier interpretación que reduzca ese proceso a una mera operación financiera.

Prestación de servicios

Idealmente hablando, a menos que se trate de control de personas sanas, la atención a la salud constituye el último recurso del ciudadano, y por eso el hospital —el tercer nivel de atención y el más complejo— representa el fracaso de la salud, si se tiene en cuenta que esta depende más de los estilos y calidad de vida que de la atención suministrada por 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 ello. En cualquier caso, la función de prestar servicios está ligada tanto a factores sectoriales como a variables extrasectoriales. Entre estas últimas debemos tener en cuenta la reducción de la natalidad, como producto de la urbanización acelerada y del acceso a mejores niveles educativos, que en muchos países ha inducido un relativo predominio de los grupos mayores de edad sobre los más jóvenes. La tendencia a valorar la atención a la salud, específicamente la atención médica, parece estar en relación con estas tendencias demográficas.² Los primeros factores de orden sectorial, tienen que ver con la organización y, a su vez, con el financiamiento tal y como estos procesos han sido definidos.

² Todos los estudios sobre dinámica demográfica y económica, desde los clásicos hasta muchos autores contemporáneos, vinculan la estructura etaria de la población con los niveles de cobertura de los servicios de salud. Desde Marx hasta nuestros días, en economía política la categoría

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 trate 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.

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 comúnmente como sistemas de referencia y contrarreferencia. Estos elementos constituyen la estructura básica que permite suministrar los servicios de una manera 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 que esté organizada en torno a una normativa común que facilite la fluidez entre los niveles. Precisa, además, el uso de servicios conexos que permitan su operatividad.

La prestación de servicios de salud operaría, en esas condiciones, como una orquesta bien dirigida, armónicamente y en respuesta a las demandas efectivas. Sin embargo, tal y como hemos mostrado anteriormente, el SS necesita funcionar con políticas claramente definidas, y con una organización que proporcione personal e insumos de manera eficiente y oportuna. Cuando los SS no disponen de estas condiciones, el acceso a los 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 producen lo que se conoce como el «ruleteo»³ de pacientes, y en no pocas oportunidades el fallecimiento de personas que requerían atención oportuna, porque ningún centro de salud tenía las facilidades requeridas para el caso.

Función rectora de los sistemas de salud

Entre las funciones del SS, una de las más relevantes es el 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.

«reproducción de la fuerza de trabajo» hace depender el nacimiento y desarrollo de la seguridad social y de los servicios de salud de las teorías sobre el valor y la dinámica demográfica que permite o no sustituir, en lugar de reproducir, la fuerza de trabajo.

³ «Ruletear»: en Venezuela, «trasladar o remitir innecesariamente a alguien o algo de un lugar a otro», *Diccionario de la lengua española*, vigésima segunda edición, Real Academia Española, 2001. N.C.

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 de suministro de indudable impacto político-ideológico, en la medida en que contribuyen a la reproducción del SS.

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. Este consenso 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. El consenso debe tomar en cuenta que los actores no son siempre los mismos, aun cuando haya algunos que siempre están en escena. La dinámica política y cultural del contexto particular hace variar la composición de la aquiescencia, que no concluye con el logro de los acuerdos, sino que está sujeta 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 políticos para actuar en conjunto hacia una meta común (Omaswa y Boufford, 2010).

Según un estudio reciente, el ejercicio de la función rectora pasa por la necesidad de atender, cuando menos, 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 (ibíd.). En Venezuela, 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 sanitaria, 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 se refieran a los asuntos médicos, bien sea que

estén relacionadas 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 la prestación de 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: identifica cuál es el lugar de la salud y de la investigación como prioridades políticas 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, le 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, 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. Por otra parte, las relaciones que se establecen entre los aseguradores y los proveedores también son diferentes en dos dimensiones básicas referidas a las negociaciones posibles entre ellos, de manera que estos convenios 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 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 perturbar —y de hecho así ocurre— 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. Sin embargo, tal perturbación debe entenderse como parte de la dinámica

del desarrollo de los SS, lo cual hace necesaria una periódica y negociada recomposición de los consensos en los cuales se fundamentan los sistemas de salud.

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 con el producto interno bruto (PIB) e, incluso, como porcentaje del presupuesto nacional (Jaen y otros, 2003).

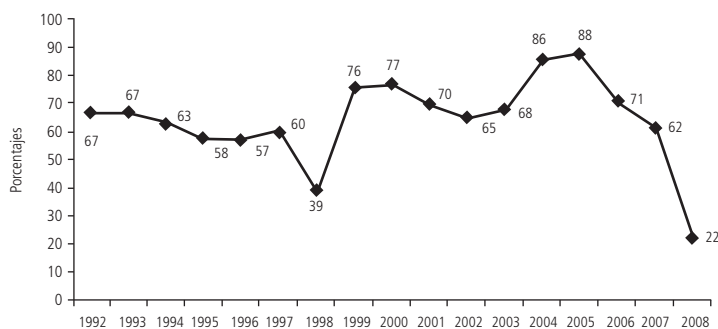
Estudios recientes ponen de manifiesto que a partir de 2003 se experimenta un importante incremento de dicho gasto, y en algunas publicaciones se llega a afirmar que en 2005 alcanzó el 9 por ciento del PIB (OPS, 2006). Sin embargo, los resultados obtenidos, medidos a través del impacto de dicho aumento sobre indicadores clave, no se corresponden con la inversión realizada, y en oportunidades, como es el caso de la mortalidad materna, llegan a ser negativos (Díaz Polanco, 2008; Díaz Polanco y Borges Guitián, 2010; WDC, 2006).⁴

En el caso de las inmunizaciones, específicamente de la vacuna antipolio oral, los datos publicados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en el documento «Plan de reimpulso del programa nacional de inmunización a la población venezolana, Venezuela 2010» muestran que en el año 2008 la cobertura era del 76 por ciento; cifra que presenta una diferencia con los datos del resumen de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre enfermedades prevenibles por vacunas, «Sistema de monitoreo global 2009», el cual se elabora con los datos enviados por las autoridades sanitarias venezolanas a la OPS, y en donde la cifra en el caso de esta vacuna no es del 76 por ciento, sino del 69 por ciento. Estas notables diferencias no hacen sino poner de manifiesto el deterioro en los indicadores, el fracaso de los programas preventivos y la incapacidad rectora del Ministerio. Como ejemplo, el siguiente gráfico muestra, según datos oficiales, la cobertura de vacunación de la triple bacteriana en niños menores de un año entre 1992 y 2008.

⁴ Las cifras aquí citadas, provenientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), obedecieron en su momento a un afán propagandístico del Gobierno venezolano. La mayor parte de los economistas y analistas del gasto social entienden que el porcentaje asignado a salud es mucho más bajo y oscila entre el 3 por ciento y el 5 por ciento en sus mejores momentos. Cabe decir que la publicación de la OPS a la cual se hace referencia fue ampliamente objetada por especialistas en la materia porque, además, adolecía de defectos graves de fondo y de forma. Tales objeciones impidieron que el texto en cuestión fuese difundido en varios idiomas, como se pretendió hacer desde la sede de la OPS en Caracas.

Gráfico 2

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



Fuente: PAI, MPPS, 2009.

Las modalidades del gasto sanitario destinadas al financiamiento del SS y establecidas a partir de 1999 son prácticamente desconocidas o difíciles de identificar porque obedecen a directrices de política que hacen énfasis 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, y de la cual hubiésemos esperado cambios reales en los perfiles de salud con las consecuentes oportunidades de desarrollo, como ya lo ha demostrado la implementación de la estrategia de atención primaria de salud en otros países. La realidad en Venezuela ha sido muy distante a lo esperado. Se inició la Misión en los estados más desarrollados del país y parecen dudosas estas decisiones cuando se privilegió desde un inicio a municipios y gobernaciones particulares sin políticas sanitarias coherentes con las realidades regionales. (Díaz Polanco y Borges Guitián, 2010). El informe de las estadísticas sanitarias mundiales de la OMS reporta en 18 la tasa de mortalidad en menores de 5 años —entre otros datos de Venezuela—, a solo cinco años de la fecha límite para alcanzar los «Objetivos del Milenio».⁵

Un programa destinado a garantizar el derecho al acceso universal a la salud se instala como política de Estado, un Estado que facilitó la instrumentación de un sistema paralelo de salud. En tales condiciones no podía sino obtener como consecuencia inmediata

⁵ «Objetivos de Desarrollo del Milenio»: ocho objetivos de desarrollo humano (fijados en el año 2000), que los 192 países miembros de la ONU acordaron lograr para el año 2015. N.C.

el debilitamiento del Ministerio de Salud en su función rectora. 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 rectoría porque, entre otras cosas, las decisiones de política no están informadas por los datos provenientes de la situación epidemiológica, sino por otra que obedece a la necesidad de dar la sensación de que se está respondiendo a las demandas de la sociedad. —Es de todos conocida la famosa declaración del Presidente en la cual atribuyó su triunfo en el referéndum de 2004 a la creación de las Misiones, especialmente a la MBA—. Esta característica, aceptada y públicamente enunciada en el propósito inicial de la MBA, desdibuja 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 ya inexistentes 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 Guitián, 2010): en Venezuela la cantidad de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología que se negocian con la mediación del Gobierno cubano genera ingentes beneficios para la isla cuyo cálculo resulta a veces difícil para los venezolanos, aunque otros autores han hecho estimaciones según las cuales los ingresos recibidos por Cuba por concepto de «cooperación técnica en salud» llegaron a superar los producidos por la actividad turística en 2005 (Feinsilver, 2006).

La MBA, al constituirse como red adicional y al no ser capaz de sustituir el rol desempeñado por los servicios públicos preexistentes, 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 sobre 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 la institucionalidad proveniente 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 pueda ejercer, en el caso de un SS descentralizado, un rol clave en su funcionamiento. 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. Fomentar la rivalidad entre las ofertas de servicios de salud a través de un mensaje político alejó las posibilidades de lograr el consenso necesario para ejercer esa función al no reconocer a

los diversos actores del sector. Este divorcio organizacional, financiero y de prestación del servicio expresado en la presencia de un ministerio de salud paralelo acentuó la caída de la rectoría del Ministerio y pronosticaba la desaparición de su capacidad de llevar adelante los programas de salud existentes en el país desde los años sesenta, como podemos ver hoy con las enfermedades emergentes y reemergentes especialmente durante los últimos tres años. Hay suficientes evidencias que nos permiten aseverar el fracaso de la MBA, sobre todo cuando se revisan sus impactos en la salud materno-infantil (Díaz Polanco, 2008).

Se trata entonces, no sólo de que la organización del sector ha hecho desaparecer las iniciativas tendentes 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, frente a las cuales los controles sanitarios son inexistentes.

Uno de los ejemplos más notorios se refiere a los resultados del Plan de Reimpulso del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PRPAI) en el cual se contempló la realización de un censo nacional de monitoreo poblacional de cobertura de vacunación que implicaba censar 6.242.621 hogares a nivel nacional en el lapso de un mes. El objetivo del censo, según documento publicado en la página web del MPPS, era «realizar visitas casa a casa en las cuales se obtenga la información referida a condiciones de inmunización por grupos de edad y realizar las indicaciones necesarias para invitar a los miembros de esa familia a acudir al centro de salud más cercano a completar sus esquemas de vacunación». Por lo tanto, se obtendrían datos más precisos de la cobertura y podría realizarse la vacunación en los centros de salud. En un estudio de Monitoreo Rápido de Cobertura realizado por la red Defendamos la Epidemiología Nacional, la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y el Observatorio Venezolano de la Salud en una parroquia popular de Caracas –Antímano– en mayo de 2010 se demostró que a pesar de los recursos invertidos por el Gobierno nacional para realizar un censo de población a ser vacunada, sólo se logró una cobertura efectiva del 8 por ciento (Defendamos la Epidemiología Nacional y Observatorio Venezolano de la Salud, 2010). Debemos hacer notar que hasta el momento en que esto se escribe no se han publicado datos ni información referida a resultados del censo poblacional

ni de las inmunizaciones realizadas en el marco del PRPAI, salvo las que aquí se señalan para el año 2008 (véase gráfico anterior).⁶

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 para hacer efectivo este y otros mandatos constitucionales. 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. 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.⁷

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, dada su desinstitucionalización, 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 una oportuna y relativamente frecuente reposición y renovación, sobre todo cuando nos referimos a la investigación biomédica. Implica, además, 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 cambiarías, así como

⁶ La única información existente es el informe de los grupos que realizaron el monitoreo rápido y se encuentra en la página web del Observatorio Venezolano de la Salud (www.ovsalud.org).

⁷ Declaraciones del Dr. Carlos Walter, Director del Cendes-UCV y ex ministro de Salud, *El Universal*, Caracas, 12.2.2010.

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.⁸ La desconfianza creciente de 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 por ciento 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. 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 y expresas, para que la información epidemiológica pueda circular libremente y sea 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 el primero de los Ministros de Salud militares de este régimen, 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 fracaso de la salud en Venezuela. Tal imprecisión ha llevado a la publicación oficial de cifras contradictorias entre las diferentes fuentes que las originan.

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

⁸ Según cifras del Banco Central de Venezuela y del servicio de recaudación fiscal, Seniat, la fuga de capitales para el año 2009 alcanzó la cifra de 22.406 millones de dólares y la proyectada para el 2010 se estima en más de 30.000 millones de dólares, todo ello con las medidas de control de cambio y su reciente endurecimiento.

ocurre y seguir produciendo conocimientos destinados a enfrentar los males agravados que hoy sufre nuestra población. La importancia de estas acciones se expresa en la relevancia otorgada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) al citar textualmente los datos de la *Alerta epidemiológica* N° 132 elaborada por la Comisión de Epidemiología de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela (RSCMV) en referencia al brote epidémico de fiebre Mayaro en el occidente venezolano, del cual hasta este momento los organismos oficiales no han reportado información pública alguna. Las grietas que suponen 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.⁹

Uno de los casos más emblemáticos de la situación de salud general es el del hallazgo de miles de toneladas de alimentos en descomposición, producto, en opinión de algunos comunicadores sociales,¹⁰ de ingentes negocios generados a partir del hecho de haber adquirido alimentos con fecha de vencimiento próxima, para lo cual sólo se empleó el 10 por ciento de la divisas asignadas, quedando el resto en destinos desconocidos.¹¹ Este negocio, o parte de él, es escuetamente descrito por el Dr. Luis Fuenmayor en un artículo del diario *Últimas Noticias*:

Pdval le paga a la Bolivariana de Puertos (Bolipuertos) por el espacio ocupado por cada contenedor de comida la suma de Bs. 14 mil [14.000] diarios, lo que significa que por los 3.530 contenedores de alimentos podridos se pagaban Bs. 49 millones 420 mil [49.420.000] diarios, que en 100 días totalizaría 4 mil 942 millones de bolívares [4.942.000.000]. Una comisión de apenas 5 por ciento, dejaría a quien la cobrara 247 mil 100 [247.100] bolívares. Se entiende que Bolipuertos esté interesada en que los contenedores estén el mayor tiempo posible en sus espacios, sin importar el olor que despidan. Bolipuertos es mitad cubana y mitad venezolana, por lo que su creación es una nueva modalidad de entregarle dinero a Cuba, ya que no se entiende por qué necesita Venezuela de una empresa mixta que lo que hace es alquilar espacios; espacios que están en Venezuela y que por lo tanto son propiedad de los venezolanos. ¿Cuál es la tecnología que nos están transfiriendo los cubanos en este caso? ¿Cuál es la «expertise» que ellos tienen en este tan difícil negocio de alquilar espacios? Con el ejemplo anterior, la gente que piensa encontrará la razón de tantas importaciones, tanto hoy como en la época de Carlos Andrés Pérez I. Se trata de un negocio gigantesco. Si para quienes se encargan del depósito y traslado de los alimentos es un negociación, para quienes los compran en el

⁹ 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.

¹⁰ Nelson Bocaranda, «Runrunes», *El Universal*, Caracas, 10.5.2010. Miguel Salazar, «Las Verdades de Miguel», lasverdadesdemiguel.net, Caracas, 2010.

¹¹ Miguel Salazar, «Las Verdades de Miguel», lasverdadesdemiguel.net, Caracas, 2010.

exterior: Pdval en este caso, el negocio es mucho más grande, se realiza en dólares y las comisiones, en dólares también, se quedan en el exterior. Este era el negocio de Giusti y sus «meritocráticos» de la Pdvs blanca blanquita, cuando adquirían en el mercado internacional el petróleo y que pesado para las refinerías venezolanas en el exterior; y este es el negocio actual de los rojo rojitos «socialistas» de Rafael Ramírez de la actual Pdvs, igual de antinacional y corrompida. Mientras mayor necesidad interna exista mejor para estos corruptos importadores. Por eso es que ninguna empresa de las estatizadas funciona ni produce absolutamente nada, para mejorar el negocio de la importación. Por eso es que «vamos por la Polar», para abrir el negocio de importar todo lo que la Polar produce. Ya veremos la importación de cerveza, a lo mejor la cubana, que no convierte a Cuba en un burdel, pues es cerveza socialista y no capitalista como la Polar.¹²

Pero lo más sorprendente con relación a esto es que se ordenó que se «reprocesaran» algunos de tales 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 que consume alimentos de desperdicio. La Agencia Bolivariana de Noticias (ABN) denunció en fecha 11/6/2010:

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.

Como se ve, lo mismo ha ocurrido con los medicamentos, toneladas de los cuales han sido adquiridos según la misma lógica ahorrativa, como se ha encontrado en diferentes ubicaciones en el país.¹³ Los venezolanos hemos llegado a ser potenciales consumidores de desperdicios y eso, evidentemente, 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, 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 tóxicos —alimentarios y medicamentosos—. Ello abre un importante campo de investigación que no sólo permite prevenir

¹² Dr. Luis Fuenmayor Toro, «El Negocio Importador», *Últimas Noticias*, Caracas, 16.6.2010.

¹³ «La Guardia Nacional e INDEPABIS investigan caso de medicinas vencidas», *Diario Tal Cual*, sección Economía, Caracas, 11.6.2010. «Hallado lote de medicamentos descompuestos en el hospital de Maturín», *El Nacional*, sección Ciudadanos, 11.6.2010. «Descubren en Táchira lote de medicamentos vencidos», *Últimas Noticias*, Caracas, 8.6.2010.

ciertos problemas futuros, sino informar a la población sobre la manera en que se violan sus derechos fundamentales, en el contexto de un discurso presidencial que hace énfasis 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.¹⁴ Nunca antes —no sólo para las ciencias sociales sino para cualquier disciplina científica— se presentaron oportunidades para demostrar fehacientemente que no importa qué tipo de 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, mucho más de lo que el Gobierno quiere que sea. Tenemos la obligación ética de proteger a nuestro pueblo de los riesgos a los cuales está siendo expuesto.

Internamente, 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 reencontrar la institucionalidad semiderruida por la ineficiencia, el sectarismo y la corrupción que han caracterizado la gestión de la salud sobre todo 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 cómo 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.

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

¹⁴ 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 presentó una tasa de 18 y la página web del Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba ubicaba esta tasa en 17.

desarrollar la atención primaria de salud 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 sólo comprendía la prestación de servicios médicos de nivel elemental, sino además un conjunto de actividades comunitarias destinadas a la promoción de la salud. En cuanto al aspecto médico-sanitario, sólo 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, 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 acciones. Por otra parte, no se conocen iniciativas en las cuales otros despachos ministeriales estén involucrados, como no sea aquellas en las cuales aparecen como financiadores del sector.

Conclusiones

Las condiciones en que se están prestando servicios de salud en la Venezuela actual no permiten siquiera referirnos al conjunto de establecimientos prestadores como un sistema. Su fragmentación creciente, el fracaso evidente y públicamente reconocido de la red primaria conocida como «Misión Barrio Adentro» y la ineficiencia y —probablemente— corrupción involucradas en la remodelación de hospitales, así como el negocio de los insumos, tienen 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 Guitián, 2010; Provea, 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 «vitrinas», en donde a veces ni siquiera es posible atender la demanda creciente. Lo mismo 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 esa 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 la atención médica de calidad a los servicios privados y sólo para quienes puedan tener acceso a ellos. Mientras la renta petrolera lo permita, ese acceso podría mantenerse dentro de márgenes razonables, porque el Estado no tiene otro camino que transferir recursos financieros para la atención —mediante contratos de seguros colectivos— a aquellos centros privados que disponen de la tecnología

apropiada. Pero esa situación tiene límites: los establecidos por la obsolescencia de los equipos y la necesidad de mantenerlos en funcionamiento y la 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 hubiese un sistema de salud estaría regido por normas que nadie conoce porque no han sido elaboradas en el país ni difundidas para sus ciudadanos.

Como se ha mostrado, el régimen actual ha sido incapaz de rescatar la rectoría del Ministerio de Salud. La contribución a la mayor fragmentación del sistema de salud, el veto establecido tácita o expresamente a la calidad y a la cantidad de médicos y demás personal de salud venezolano para participar en los servicios, así como su autoexclusión por razones de seguridad y dignidad, la incoherencia en el financiamiento y sus repercusiones sobre la organización, así como la creación de un Ministerio paralelo, entre otros factores, han contribuido de manera definitiva a la desinstitucionalización de la salud, al fracaso de los programas y al rechazo por parte de la población de los intentos de aplicar programas ajenos a nuestra realidad. Es claro que un Ministerio de Salud en esas condiciones no es capaz de tener el liderazgo que se requiere para el ejercicio de la rectoría de un sistema de salud, que, por otra parte, no existe. Esta última afirmación, aunque pueda parecer surrealista, destaca el hecho de que no sólo se trata de un pésimo desempeño, sino de la destrucción de la tradición sanitaria venezolana, sin tener la capacidad de sustituirla.

Finalmente, frente a un Gobierno empeñado en dividir y enfrentar a porciones de la población venezolana, el acceso igualitario a la desgracia—como en el caso del consumo de tóxicos y desperdicios— y las continuas denuncias al respecto, así como los resultados de la investigación que aprovecha esos espacios de ineficiencia, podrían estar actuando en contra de tales intenciones gubernamentales y expresarse en una costosa factura electoral.

Referencias bibliográficas

Banco Central de Venezuela (BCV) (2010). *Indicadores de coyuntura*, Caracas, BCV.

Bossert, Thomas (1993). «Lessons from the Chilean Model of Decentralization: Devolution of Primary Care to Municipal Authorities», Policy Report n° 1, Usaid, Washington, DC.

Bossert, Thomas (1996). «Decentralization», en Katja Janovsky, ed., *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research*, Ginebra, World Health Organization, pp. 147-160.

Bossert, Thomas (1998). «Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation, and Performance», *Social Science and Medicine* 47 (10), pp.1513-27.

Bossert, Thomas (1999). *Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance*, Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative, n° 17, Harvard School of Public Health, noviembre.

Bossert, Thomas (2000a), *Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia*, Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative, n° 29, Harvard School of Public Health, junio.

Bossert, Thomas (2000b). *Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems in Latin America*, Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative, n° 30, Harvard School of Public Health.

Defendamos la Epidemiología Nacional y Observatorio Venezolano de la Salud (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», disponible en www.ovsalud.org.

Díaz Polanco, Jorge (2000). «El papel del financiamiento en la reforma de la salud de Venezuela», *Cuadernos para la Reforma del Sector Salud*, vol. 1, n° 3, Caracas, MSDS-Proyecto Salud.

Díaz Polanco, Jorge (2004). «Reforma y descentralización de la salud en Venezuela: alcances, limitaciones y perspectivas», *Política y Gestión*, vol. 7, Santa Fe, Argentina, Homo Sapiens Ediciones.

Díaz Polanco, Jorge (2008). *Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera*, Caracas, Cendes.

Díaz Polanco, Jorge (2010). «Resultados preliminares del proyecto 'Sistemas de Salud: reformas, cambios y recurrencias'», disponible en www.ovsalud.org, Observatorio Venezolano de la Salud.

Díaz Polanco, Jorge, coord. (2002). *La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de los servicios de salud*, Caracas, Fundación Polar.

Díaz Polanco, Jorge y Sayndra Borges Guitián (2010). «La década bolivariana de salud: un secreto mal guardado», *Chávez: una década en el poder*, Bogotá, Universidad de Rosario, Observatorio de Venezuela, pp. 387-405.

Feinsilver, Julie (2006). «La diplomacia médica cubana», *Foreign Affairs* en español, vol. 6, n° 4, Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), pp. 81-94

Jaén, María H., Silvia Salvato y Abelardo Daza (2003). «Costo fiscal y sostenibilidad financiera del sistema público nacional de salud de Venezuela», versión preliminar, Caracas, IESA.

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

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*, Ginebra, OMS, 177 pp.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*, Caracas, OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). «Brote de fiebre Mayaro en las Américas», *Alerta epidemiológica* n° 132, 7 de junio, OPS.

Paris, Valerie, Marion Devaux y Lihan Wei (2009). «Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries», Working Papers n° 50, OECD, París.

Provea (2009). *La situación del derecho a la salud en Venezuela*, Caracas, Provea.

World Development Consultants (WDC) (2006). *Salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. I Encuesta Epidemiológica a hogares*, Caracas, WDC/Comunidad Europea/Conacuid.