

Capítulo 3

Evaluación de las misiones durante el régimen de Hugo Chávez: Obstáculos, alcances y resultados, con base en el caso de la Misión Barrio Adentro

Jorge Díaz Polanco

CENDES, Universidad Central de Venezuela

Resumen:

Este artículo trata sobre las Misiones que sustituyeron a las Políticas Sociales en el régimen de Hugo Chávez y en la gestión de su sucesor. A partir de una visión del gasto social desde 1999 hasta 2013, con algunas consideraciones sobre el presupuesto de 2014, se identifican los problemas de financiamiento para las Misiones y se analizan los principales obstáculos para la evaluación del impacto de dichas Misiones, tomando como ejemplo las Misiones en salud, especialmente la Misión Barrio Adentro (MBA), primera en ponerse en marcha, a la que se ha dedicado la mayor cuantía de recursos y la que ha contado con mayor asesoría y participación del gobierno cubano. Se destaca la paradoja existente entre el volumen del gasto en salud y los magros resultados obtenidos, en comparación con otros momentos históricos y con otros países. Finalmente, se hace una aproximación a los impactos de dicha Misión, tanto políticos como sanitarios e institucionales, y se concluye con los principales problemas de salud que enfrenta la sociedad venezolana, entre ellos, la ausencia de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), a pesar del mandato constitucional de 1999.

Keyword: Gasto Social, Venezuela, Misiones, Barrio Adentro, Impacto, Sistema de Salud, Institucionalización

1. Políticas Sociales y Misiones

Casi todos los autores están de acuerdo en el hecho de que las Políticas Sociales son mecanismos de *redistribución* del ingreso. Por eso, en casi la totalidad de los regímenes políticos, existen mecanismos de esta naturaleza los cuales, a su vez, contribuyen a la legitimación de los gobiernos y al afianzamiento de la

institucionalidad del Estado, dependiendo del desempeño gubernamental y de los resultados o impactos que tales políticas tengan sobre las condiciones de vida de la población. En este contexto, el caso de Venezuela, sobre todo a partir de 1999, requiere de un análisis especial, dadas las peculiaridades del proceso socio-político que se desarrolló a partir del año indicado.

En primer lugar, a diferencia de cómo se diseñan, se financian y operan las políticas sociales, éstas han sido sustituidas por lo que se conoce como “Misiones” y resulta imprescindible caracterizar estas formas de intervención social porque ellas han sido motivo de discusión, y en muchos casos asombro, en muchas partes del mundo. Sin embargo, es poco lo que se conoce de ellas en términos de sus orígenes y características, así como de los impactos que las mismas han tenido sobre la calidad de vida de los venezolanos, sobre todo de los más desposeídos. La intención de este artículo, es mostrar estas cuestiones sustentadas en la medida de lo posible, en información estadística confiable.

La primera diferencia entre las Políticas Sociales y las Misiones es que aquéllas están financiadas con recursos fiscales, generalmente provenientes de impuestos directos, garantizándose así su sostenibilidad. En Venezuela las Misiones se financian con recursos provenientes de la renta petrolera, lo cual, como puede fácilmente advertirse, no garantiza su sostenibilidad. Esta peculiaridad obedece a la naturaleza rentística del Estado venezolano y a las relaciones sociales y productivas que la dependencia del petróleo ha promovido y que ha llegado a ser cada vez mayor, en detrimento de una economía más diversificada y de mayor productividad. De hecho, la caída de la productividad y de la producción, han sido especialmente graves en el área alimentaria cuya demanda interna se ha satisfecho con niveles preinexistentes de importación de alimentos.¹

Otro rasgo esencial es que mientras las Políticas Sociales son planificadas cuidadosamente, las Misiones resultan de improvisaciones esporádicas del liderazgo el cual, en el caso de Hugo Chávez, lejos de conducir a la crítica del procedimiento, es

¹ Según el Banco Central de Venezuela, el índice de desabastecimiento de alimentos para 2013 alcanzó al 25 % tomando sólo en cuenta 100 productos básicos. Simultáneamente, el mismo organismo estimó un consumo de 70 % de alimentos importados (BCV[2013]).

decodificado por sus seguidores como muestra de genialidad, creatividad y capacidad para enfrentar los problemas de los más necesitados (Díaz Polanco[2013]).

En tercer lugar, mientras las Políticas Sociales se coordinan entre sí y necesitan ser evaluadas en su ejecución y en su impacto, las Misiones carecen por completo de articulación entre sí; si su origen es tan imprevisto se hace difícil pensar en una forma adecuada de evaluación de sus procesos y resultados. La mayor parte de los indicadores que se muestran para dar seguimiento a las Misiones, se reducen a procesos meramente administrativos. Así, en la Misión Barrio Adentro (MBA), una de las más emblemáticas y la primera de todas ellas en el tiempo, se habla de resultados mostrando para ello toneladas de medicamentos repartidos, número de consultas efectuadas, participantes en actividades comunitarias vinculadas a la salud, millones de bolívares invertidos, entre otros, sin referirse a la relación entre indicadores de salud y papel de las Misiones en su mejoramiento (Díaz Polanco[2008]; OPS[2006]).

Todas estas características hacen que las Misiones y otros programas sociales, no hayan sido debidamente evaluados, dejando margen para la incertidumbre, la especulación y, a veces, la corrupción, porque el control sobre los recursos invertidos no existe o es precario y desconocido por la población.

Tal situación requiere que el tratamiento de las Misiones puestas en marcha por el chavismo a partir del año 2003, deban ser revisados en relación con los resultados obtenidos y la magnitud de la inversión realizada.

2. Características generales de las Misiones

A nuestro juicio, las Misiones tienen tres componentes principales a ser considerados:

2.1 Lo Militar: La misión, desde el punto de vista militar, significa una meta que no puede no ser alcanzada, es decir que necesariamente debe lograrse. Frente a ella, no pueden ni deben existir limitaciones de ningún tipo para la acción y, en consecuencia, el fracaso no puede ser considerado una opción válida. Esta concepción presenta el riesgo de que podría conducir a la necesidad de alterar la información a fin de no aceptar que las metas no fueron alcanzadas, evitando sanciones, como correspondería a una lógica militar.

2.2 Lo religioso: El término Misión, desde el punto de vista de la historia y la religión de muchos países en América Latina, hace referencia a las organizaciones sociales coloniales desarrolladas por la iglesia católica y que tenían como objetivo la evangelización, es decir, el forzar a las poblaciones indígenas autóctonas, a abandonar sus prácticas religiosas politeístas y asumir la doctrina católica, basada en el cristianismo, como la única religión verdadera y, de esta manera, implantar esta forma de monoteísmo. Debe señalarse que las disidencias de esta forma de colonización, eran cruelmente castigadas. Pero, además, este componente genera una suerte de cohesión irracional o de solidaridad mecánica, reforzando, a su vez el carisma del liderazgo y, de paso, vinculado a su origen, temores relacionados con el incumplimiento de las metas.

2.3 Lo histórico: Las Misiones en Venezuela están caracterizadas porque el nombre de muchas de ellas evoca a héroes de la independencia, redefinidos desde el poder del chavismo muchos de ellos. Otros, recuerdan tareas inaplazables o inconclusas o bien situaciones generalmente barnizadas de heroísmo. Así, la Misión Vuelvan Caras, está refiriendo una anécdota de la guerra por la independencia en la cual un caudillo de los llanos venezolanos, insta fuertemente a sus tropas- que se habían retirado- a no huir del enemigo, sino a enfrentarlo, dando una vuelta inmediata sobre sus pasos. Una modalidad que ha invadido el amplio espectro de sus denominaciones, proviene de un discurso melifluido y presuntuoso, referido a la capacidad de brindar amor por parte del Estado a la nación. Esto ha sido especialmente notorio en el caso de la Misión Nevado (nombre del perro de Simón Bolívar) destinada a la proyección de los animales y que en el discurso se presenta como parte del “amor infinito” de la revolución.²

De esta forma, las Misiones son programas sociales, en su mayoría dirigidos a los desamparados en quienes despierta, refuerza o crea además, un sentido patriótico elemental que llevó por ejemplo, entre otras acciones, a la destrucción de la estatua de Cristóbal Colón en Caracas, acciones que se fundaron en el discurso de Chávez que enjuiciaba la agresión de la corona española contra los indígenas durante la colonia. Estas actitudes puedan ser caracterizadas como patriotismo, el lugar de patriotismo, término que, además, designa la forma como el sentimiento patriótico se encarna en una población fanatizada y de escaso nivel educativo. Lo que queremos significar en

² La “Misión Nevado” fue creada a finales de diciembre de 2013 y por esa razón no aparece en el cuadro en que se registran estos programas.

suma, es que quienes son beneficiarios de estas Misiones, las convierten a una suerte de credo cuasi religioso y, por supuesto, a las órdenes del comandante, creador de todas las Misiones. No es de extrañar entonces que la participación en las Misiones, esté vinculada a la pertenencia, directa o indirecta, a grupos políticos afines al chavismo.

El otro aspecto a destacar es que, contrariamente a lo que se podría percibir desde fuera, las Misiones no son planes meditados o calculados para actuar coordinadamente entre sí. La abundancia de la renta petrolera y la cultura que ello ha generado en Venezuela, hace que las consideraciones sobre la eficiencia del gasto pasen a un segundo plano, privilegiando la espontaneidad, la improvisación y el inmediatez. Por eso, la mayor parte de las misiones fue creada de manera inadvertida y los funcionarios públicos que se supone estarían a cargo de las mismas, se enteraron por televisión de lo que iba a ocurrir en las largas sesiones del programa de TV “Aló Presidente”.

3 La creación de las Misiones

La tabla a continuación muestra cómo se fueron creando las misiones año a año y según cada sector.

Cuadro 1

CREACION DE MISIONES, AÑO A AÑO. VENEZUELA, 2003-2013

AÑOS	Salud	Educ.	Alim.	Vivienda	Militares	Prot. Soc.	Econ.	Indígenas	Otras (*)	Tot. X año
2003	1	4	0	0	1	1	1	1	0	9
2004	1	0	1	1	0	0	1	1	2	7
2005	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3
2006	2	1	0	0	0	1	2	0	1	7
2007	1	2	0	1	0	1	0	0	2	7
2008	1	0	0	0	0	1	0	0	3	5
2009	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
2010	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2011	0	0	0	1	0	3	1	0	0	5
2012	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
2013	0	0	0	1	2	0	2	0	2	7
Total x Sector	9	7	1	4	5	7	9	2	12	56

Fuente: Maingon, T (2013): Conferencia (mimeo)

(*) Incluye: Político-Ideológicas, CyT y Cultura

En las categorías específicas de las Misiones, Salud, Economía, Educación y Protección Social, cuentan por algo más del 57 % del total de ellas; la categoría “otras” contiene 6 misiones políticas, 3 ideológicas y 3 culturales. Esta separación, sin embargo, es totalmente analítica ya que la mayoría de las Misiones tiene un componente ideológico innegable, como hemos visto. Simplemente, sirve para ver a qué sectores está dirigido el programa, mas no para tener una visión completa de su naturaleza y de sus características. Por eso, para el análisis detallado hemos tomado un ejemplo importante: salud. La razón de ser es que la principal de las Misiones en salud -la Misión Barrio Adentro (MBA)- fue la que inició el proceso de formulación de las demás; es a la que Chávez se refiere cuando habla del referéndum revocatorio del 2004 y tiene una historia muy particular, además de que ha sido objeto de análisis detallados por parte de varios investigadores.³

Otros criterios existen para la selección hecha como es el basado en la cuantía de los recursos financieros destinados a las Misiones y a las instituciones a ellas vinculadas. La siguiente tabla da una idea de tales magnitudes.

Cuadro 2

PRESUPUESTO ACORDADO PARA LAS MISIONES Y PROGRAMAS SOCIALES. VENEZUELA, 2010-2013 (M. de Bs. A precios corrientes. Incluye los ajustes presupuestarios)

	2010	2011	2012	2013	TOTAL	% DEL T
Salud	1099	5504	2404	2387	11394	21,44
Educación	957	1179	929	1349	4414	8,30
Alimentación	2701	8762	4586	3300	19349	36,40
Vivienda	0	7263	3	5	7271	13,68
Militares (*)					0	0,00
Protección Social (**)	417	564	721	768	2470	4,65
Económicas	908	5253	1230	866	8257	15,53
Indígenas (*)					0	0,00
TOTAL X AÑO	6082	28525	9873	8675	53155	100,00

(*) No hay información

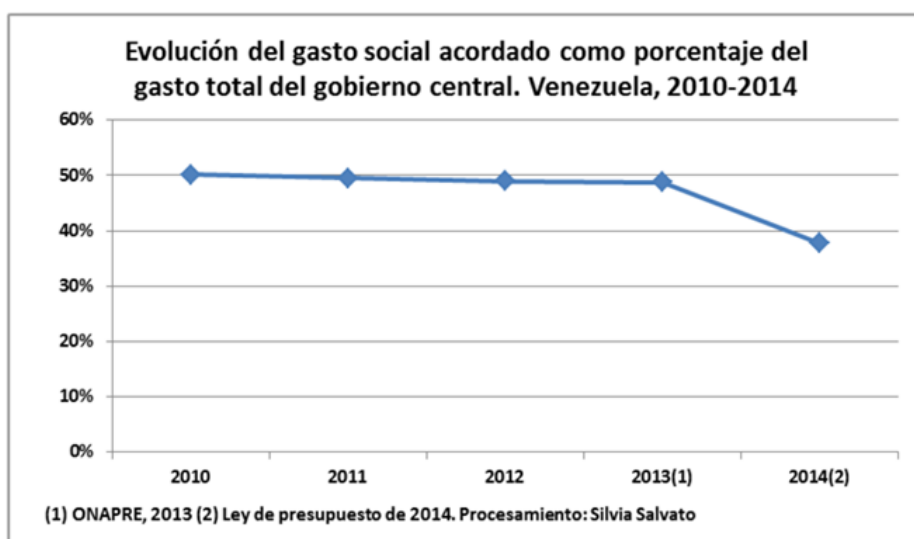
(**) Faltan la Misión Vida y la Misión Cristo

Fuente: Leyes de presupuesto. Procesamiento: Silvia Salvato.

³ Véanse, entre otros: Fainsilver, Julie y Díaz Polanco, Jorge [2006] “La Diplomacia Médica Cubana” (pp.81-94) y “Salud y Hegemonía Regional”(pp. 95-105), respectivamente, en: *Foreign Affairs en español*, Vol 6 N° 4 pp. 81-94. México.

Con excepción de la Misión Alimentación, las Misiones de salud representan al monto más alto asignado, tanto en volumen de recursos, como en porcentaje con respecto al total invertido en este gasto social. LA MBA consume algo más de 22 % del total del gasto entre 2010 y 2013. Debe tenerse en cuenta que estas cifras incluyen sólo una estimación del financiamiento extrapresupuestario, práctica que se ha hecho cada vez más común en el caso del gasto social del Estado y que sólo se apreciaría en la cuenta del gasto total ejecutado. En el caso de las Misiones de salud, se estima que el gasto es mucho mayor ya que se están obviando los recursos destinados a la importación de insumos para la atención a la salud que incluyen también los recursos destinados a la adquisición, instalación y mantenimiento de equipos, así como las obras de construcción y remodelación que se planificaron para hospitales y otros centros de atención.

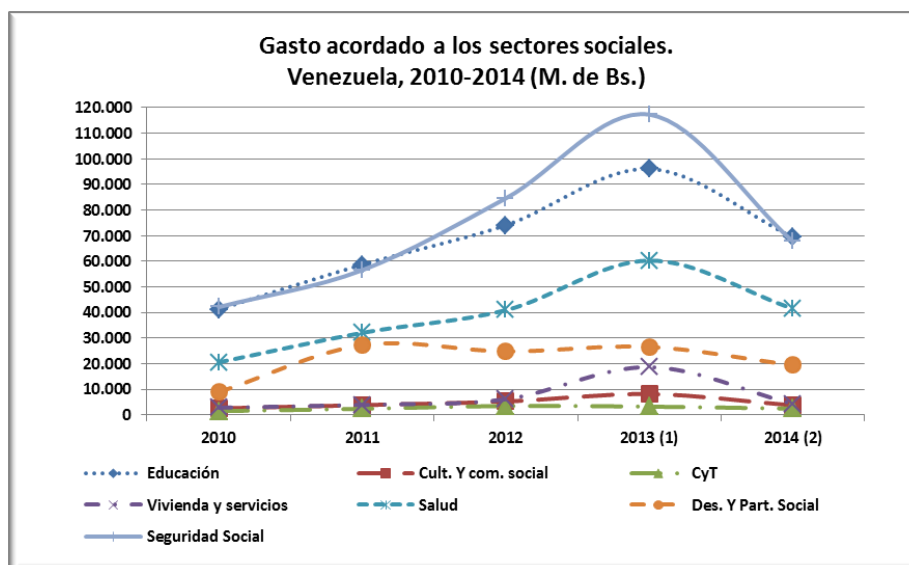
Gráfico 1



A pesar de estas omisiones, lo que se desea mostrar es la prioridad concedida en las decisiones del gobierno, a las acciones destinadas a la salud. Además, debe tenerse en cuenta el contexto de restricciones económicas que se está planteando al gobierno para el año 2014. El gráfico 1 muestra la tendencia del gasto social del Estado, incluyendo el gasto presupuestado para el año 2014.

Los detalles de esta evolución para los diferentes sectores sociales, se observan en el siguiente gráfico cuya fuente es la misma que la del gráfico 1.

Gráfico 2



Como puede observarse, los gastos más elevados (Educación y Salud) experimentan una fuerte reducción en el presupuesto del 2014, mientras que se hace evidente en toda la serie, lo escaso de los recursos destinados a Ciencia y Tecnología y Cultura. Este panorama se torna aún más grave porque la capacidad de endeudamiento -mecanismo que ha venido financiando el gasto público en forma creciente- se ha reducido significativamente, al aumentar el riesgo país y las restricciones del mercado financiero internacional para Venezuela, cuya deuda pública externa superaba los 58.000 millones de dólares para 2010 y se incrementaba a una tasa del 26 % anual a partir del 2007 mientras los precios del petróleo superaban a veces, los U.S. \$ 100 por barril (Silvia Salvato[2014]; BCV[2013]).⁴

4 El impacto de las Misiones

Dadas todas las características anteriores, cuando el gobierno habla de impacto de las Misiones, se refiere a una opinión de orden cualitativo, sin fundamentación estadística

⁴ Ultima información disponible en el BCV al 28/01/2014. Cálculos de Sivia Salvato para el artículo.

o metodológica básica que permita comparar objetivos con logros para así tener una visión aproximada de qué resultados se obtuvieron con las inversiones y actividades realizadas. En rigor, no se trata de una evaluación, sino de opiniones oficiales que se basan en lo que, a su vez, opinan los funcionarios que están directamente a cargo. Por esta razón en varias oportunidades, en relación con salud y vivienda principalmente, el mismo Presidente Chávez hubo de declarar emergencias y fracasos de su tren ejecutivo y remover ministros y altos funcionarios. En relación con los módulos de la MBA y su cierre masivo, el entonces presidente Chávez afirmó en Aló Presidente en 2007:

“La culpa es de todos. Los gobernadores, alcaldes y ministros, por ejemplo, deben con frecuencia visitar estos módulos, hacer presencia para estar al tanto de los problemas para su pronta solución...”

Como puede presumirse, en el caso de las Misiones, no es posible disponer de una evaluación sistemática y, de hecho, salvo contadas excepciones en la academia, no existen trabajos que hagan una evaluación sistemática de resultados o de procesos. Las características que comparten las Misiones –expuestas arriba- no permiten hablar de estos temas. Uno de los ejemplos más evidentes, ha sido la incapacidad del régimen para reconocer la necesidad de partir de diagnósticos y líneas de base científicamente fundados, de manera que se puedan constatar los cambios producidos por las intervenciones (Misiones). Esa lógica está ausente de las Misiones. Ellas no permiten que algo similar a la evaluación sea posible porque están dirigidas a fines que no se pueden cuantificar o reducir a “indicadores.” Lo que se privilegia es la voluntad de los gobernantes de satisfacer las demandas populares con el expreso propósito de mantener y acrecentar el poder y, como se ha señalado, ocuparse de los temas de resultados, pondría en evidencia actitudes no acordes con la revolución porque aceptar que ello es posible equivaldría a admitir que los análisis de la ciencia pre-revolucionaria, son correctos. Aquí no se trata sólo de descartar estos criterios científicos de partida, sino que hacerlo es coherente con lo que el proceso político necesita para sobrevivir: La historia comienza con la revolución y nada de lo que la antecede tiene valor. Esta aseveración encuentra su confirmación en la naturaleza de casi todas las acciones de gobierno, en las cuales la preexistente, es decir, la “prehistoria” es sólo un pasado remoto en el cual múltiples actores de clases dominantes, ejercieron su hegemonía para excluir y destruir a las masas populares,

despojadas de cualquier posibilidad de ascenso o mejoramiento social. Un ejemplo muy claro lo tenemos en el caso de los resultados de la descentralización que vivió el país entre 1989 y 1999. Esos once años fueron testigos de procesos de transferencia de competencias a las entidades federales en varias áreas: educación, vialidad, salud, entre otros. Para el régimen chavista evaluar estos procesos resultaba inútil porque ya se “sabía” que la descentralización era un instrumento de política neo-liberal conducente a la sumisión de los pueblos a las directrices de la banca multilateral y del Fondo Monetario Internacional. ¿Para qué evaluar algo que ya hemos definido como inapropiado para el país? De hecho, al menos en algunos casos como salud, los resultados de la descentralización nunca fueron evaluados en los regímenes de Chávez y Maduro. Los trabajos que existen al respecto, pertenecen a publicaciones académicas, la mayoría de las cuales han sido tomadas en cuenta a la hora de redactar estas líneas. De esta manera, no es posible contar con información oficial acerca de los impactos de las Misiones. Un eminente investigador, ex miembro del equipo de gobierno de Chávez y hoy opositor al régimen, afirma:

“No importa los estudios existentes, ni las investigaciones que se realicen. Venezuela nació con Chávez después de muerto Bolívar. Las ayudas sociales del pasado, a través de las cuales se redistribuía la renta petrolera no existieron. La beca alimentaria con 2 millones de familias beneficiarias, la beca láctea, la beca de cereales, los subsidios a ciertos alimentos, el programa de alimentación escolar, programas sociales eliminados e ignorados por el gobierno de Chávez en sus primeros cinco años, lo que dejó sin protección a la población más vulnerable, no existieron nunca según estos recién nacidos de la demagogia y el oportunismo. Para ellos, Venezuela era el reino de la discriminación racial. Los negros no podían estudiar (no sé cómo Chávez lo hizo) ni recibir atención médica, pues existía un apartheid, que dejaba pálido al surafricano. Es sólo ahora que se han liberado gracias al Mandela criollo y a la revolución por él liderada. El negro Prieto Figueroa es un personaje ficticio, de novela, no existió en la realidad y mucho menos fue ministro ni candidato presidencial.”⁵

Queda claro que sin una perspectiva histórica que dé cuenta de los avances y progresos obtenidos antes del chavismo en el terreno de lo social, es prácticamente imposible evaluar las Misiones que se formularon en la medida en que el nuevo grupo en el poder

⁵ Luis Fuenmayor Toro, *La Razón*, pp A-6, 29-12-2013, Caracas. LUIS BELTRÁN PRIETO FIGUEROA fue un militante de Acción Democrática (AD), Ministro de Educación y disidente del partido y candidato presidencial por el partido Movimiento Electoral del Pueblo (MEP), creado de una escisión de AD.

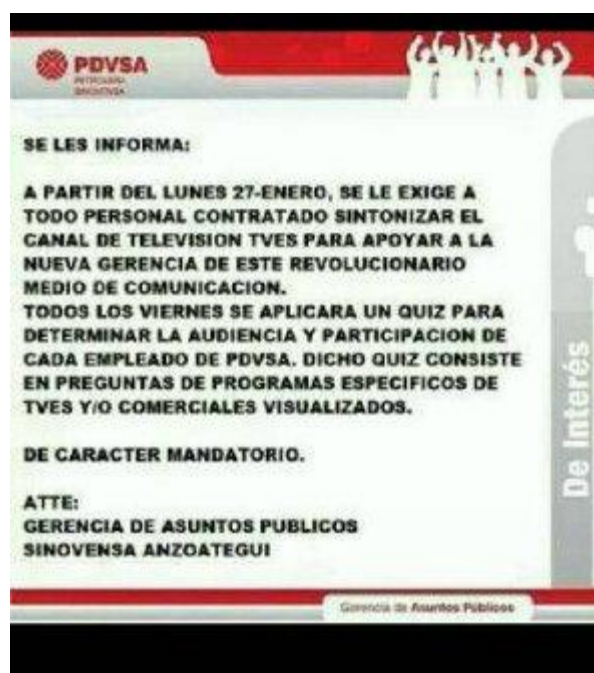
las definió como las políticas sociales del nuevo régimen y, en tanto tales, necesariamente exitosas.

Sin embargo –y nuevamente dentro de la peculiar naturaleza de las Misiones- hay algo que sí es posible evaluar y el gobierno así lo ha hecho: El impacto de las Misiones en el comportamiento electoral del venezolano. Como ha sido señalado y reconocido públicamente, las Misiones han jugado un papel fundamental para el mantenimiento de Chávez en el poder durante todos estos años. El mismo Chávez así lo declaró en su momento. Una de esas oportunidades fue en 2004 cuando se celebraba un referéndum revocatorio de su mandato, momento en el cual reconoció que si no hubiera sido por las Misiones –especialmente la MBA- habría perdido la consulta en cuestión. En el Taller de Alto Mando celebrado entre los días 12 y 13 de noviembre del año 2004, el presidente Chávez dijo lo siguiente:

“Hay una encuestadora internacional recomendada por un amigo que vino a mitad del 2003, pasó como 2 meses aquí y fueron a Palacio y me dieron la noticia bomba: “Presidente, si el referéndum fuera ahorita usted lo perdería.” Yo recuerdo que aquella noche para mí fue una bomba aquello, porque ustedes saben que mucha gente no le dice a uno las cosas, sino que se la matizan. Ese (SIP) es muy malo. “No, estamos bien, estamos sobrados”. Entonces fue cuando empezamos a trabajar con las misiones, diseñamos aquí la primera y empecé a pedirle apoyo a Fidel” (Harnecker [2004:40]).

Cuando se ven los diferentes componentes que integran la MBA se puede observar que el grueso de las actividades están referidas a temas que tienen que ver más directamente con el control del comportamiento de la población, que con la salud y la enfermedad y, por supuesto, en el terreno sembrado de descontento gracias a los discursos culpabilizadores de la llamada IV República, la presencia de cubanos que se preocupaban por el bienestar de las comunidades, tuvo que ejercer un rol preponderante en el condicionamiento del voto. Este asunto es ahora tratado abiertamente y nadie es capaz de negar la coacción que se ejerce sobre los empleados públicos para que voten por los candidatos del gobierno. Diferentes grupos de observadores internacionales, ahora llamados “acompañantes”, han informado al respecto y denunciado acciones coercitivas sobre el electorado sin que tales denuncias puedan ser procesadas porque no se les confiere importancia alguna dentro de las esferas oficiales muy probablemente porque forman parte de planes establecidos para dirigir y controlar el voto. Ese control político se extiende más allá del tema electoral y

trata de penetrar en el ámbito de la vida privada y de las costumbres cotidianas con un estilo muy similar al fascismo. Un buen ejemplo de ello, lo tenemos en el siguiente texto, enviado por un alto funcionario de PDVSA a los trabajadores de esa empresa en el estado Anzoátegui y que reproducimos a continuación.⁶



TVES identifica a una de las estaciones de televisión del gobierno que sustituyó a Radio Caracas Televisión (RCTV) hace ya algunos años cuando la televisora privada fue acusada de golpista. Este es el espíritu de las acciones gubernamentales, más destinadas al control de la población que a la creación de ambientes de trabajo sanos y productivos.

En suma, tenemos una medición de impacto de las Misiones en el terreno político-electoral mas no en las áreas específicas a las cuales se supone que estas actividades están dirigidas.

⁶ Se trata de una orden impatida en el estado Anzoátegui que llegó a nuestras manos vía correo electrónico

5 Análisis de una Misión: La Misión Barrio Adentro (MBA)

En diciembre de 1999, una terrible tragedia ocurrió en el estado Vargas, al norte de la ciudad capital y frontera con el Mar Caribe. Más de 15 días de lluvias ininterrumpidas, provocaron un deslave que, no solamente mató a miles de personas, sino que redibujó la geografía de la costa norte venezolana. Al igual que ocurre en otros países en circunstancias similares, la ayuda internacional no se hizo esperar y, dentro de ella, fue especialmente importante para Hugo Chávez, la venida de unos 20 médicos cubanos enviados por el gobierno isleño a Venezuela, coincidiendo con el referéndum consultivo acerca de la nueva Constitución que acababa de ser aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente. Con el paso del tiempo ese grupo se fue ampliando notoriamente y ya para el año 2000 existían alrededor de 5000 “médicos” cubanos en Venezuela y en 2007 llegaron a ser más de 16,000. Actualmente se desconoce la cifra de dichos funcionarios de salud, dado que se han producido fugas, y sanciones que nadie conoce.⁷ La discusión acerca de la calidad de estos profesionales, ha quedado en segundo plano porque la decisión de importar personal para salud, se inscribió dentro de una normativa especial según la cual en circunstancias de emergencia, como la revolución, no era necesario realizar pruebas de suficiencia o procesos de equivalencia de conocimientos y habilidades como está pautado en la Ley de ejercicio de la medicina en Venezuela.

Paralelamente, tanto en Cuba como en Venezuela, se pusieron en marcha programas de educación para aspirantes a médicos, conocidos como Medicina Integral Comunitaria (MIC) quienes, ante el deterioro de la red primaria de atención da la MBA, se decidió integraran el cuerpo de profesionales de la medicina adscrito a los hospitales. Varias evaluaciones de su desempeño en los centros hospitalarios han puesto de manifiesto las escasas o inexistentes competencias médicas y clínicas para asumir los cargos para los que fueron designados en esos hospitales y los MIC han mostrado una muy limitada capacidad de acción frente a los enfermos que se supone deberían estar a su cuidado. Paralelamente, estas iniciativas gubernamentales han ido acompañadas de palabras de desprecio al gremio médico venezolano y a su calidad científica por parte de los diferentes Ministros. Un testimonio del Dr. Héctor Allan

⁷ Se coloca la palabra “médicos” entre comillas, porque según muchos analistas venezolanos, especialmente del campo médico, no existen evidencias que demuestren la capacitación de tales funcionarios cubanos como médicos, cuando se comparan con los requisitos que se exigen en Venezuela para el otorgamiento del título de médico

Núñez Sotelo, Profesor de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado (UCLA) señala:

“...La masificación improvisada de jóvenes venezolanos, que tienen un título de Médico Integral Comunitario, pero que desconocen las dosis de medicación de pediatría, que en gran mayoría nunca han atendido un parto, entre otras carencias; es decir, jóvenes que fueron producto de un fraude académico, a través del Programa Nacional de Formación, promovido por el Ministerio de Educación Superior para la época, ocupan espacios que bien pudimos compartir”⁸.

Por su parte, la Academia Nacional de Medicina, en una comunicación pública dirigida al Ministro de Educación Superior el 18 de enero de 2014, señala:

“...La Academia Nacional de Medicina, institución oficial de utilidad pública, científica, doctrinaria y de consulta que representa a la Ciencia Médica Nacional, además de lamentar y rechazar las palabras tendenciosas, despectivas, desmesuradas y falsas del Ministro Rodríguez, expresa su gran preocupación por las potenciales consecuencias nefastas para los enfermos atendidos por estos "especialistas" de nuevo cuño, de inadecuada formación y poca excelencia profesional, que redundará en la merma en la calidad del acto médico, al tiempo que atentarán sobre la credibilidad y el rigor académico del sistema de educación médica de posgrado en Venezuela, de sus autoridades, particularmente de aquellos responsables de la conducción de estudios avanzados y de formación posdoctoral.”

Un informe elaborado por la Escuela de Medicina José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela (UCV) entre enero y marzo del 2011, quizá la más importante del país, señala con relación al desempeño de los MIC en el hospital del mismo nombre: *“Una vez culminadas las pasantías y tabulados los resultados de las matrices de evaluación se encontró que:*

- 1. Un grupo de estudiantes de MIC(aproximadamente diez) asignados a los hospitales, dejó de asistir o asistió irregularmente a los servicios y a pesar de ello fueron promovidos de un nivel a otro (de 5° a 6° año).*
- 2. La mayoría de los estudiantes no pudo demostrar que sabía realizar adecuadamente una historia clínica, ni que tenía un dominio promedio de la terminología médica. Ninguno pudo realizar un examen físico completo.*
- 3. A ningún estudiante se le pudo asignar pacientes de sala (como se hace con los internos de la carrera tradicional) para que fueran responsables de su ingreso y seguimiento bajo supervisión del residente o los especialistas, debido a las debilidades mostradas en las competencias clínicas básicas.*

⁸ Comunicación vía correo electrónico del Profesor a la red Médicos de Venezuela de fecha 24/01/2012

4. *Durante las revistas médicas se identificaron importantes fallas de conocimiento elemental de ciencias básicas, tales como: características anatómicas de grandes estructuras, conceptos elementales de fisiología, fisiopatología y bioquímica entre otros.*
5. *Durante sus actividades de sala, mostraron deficiencias para la interpretación de exámenes complementarios básicos: laboratorio, electrocardiogramas o radiografías de tórax.*
6. *Los estudiantes no pudieron incorporarse activamente a las guardias de emergencia porque la deficiente preparación en el área impidió su desempeño. No mostraron destrezas o habilidades para discriminar los problemas clínicos de acuerdo a su gravedad, ejecutar acciones de atención inmediata o realizar procedimientos médicos básicos de emergencia.”*

En una reciente evaluación de los MIC realizada entre enero y abril de 2012, se señala:

- *“Son incapaces de realizar un examen físico completo. A ningún estudiante se le pudo asignar pacientes de sala para que fueran responsables de su ingreso y seguimiento, debido a las debilidades mostradas”.*
- *Carecen de lenguaje médico. "Emplean términos cubanos que no se usan en otros países"; dijo para entonces la doctora Yubisaly López, directora de la escuela de medicina Vargas.*
- *Durante las revistas médicas se identificaron fallas elementales de ciencias básicas como: características anatómicas, conceptos básicos de fisiología, fisiopatología y bioquímica.*
- *Sin poder culminar un examen físico, tampoco pueden realizar un diagnóstico correcto y aplicar un tratamiento adecuado.*
- *En el informe detalla que, a pesar de todas las fallas, los estudiantes eran promovidos. "El sistema de evaluación es complaciente".*
- *En ninguna de las competencias fueron evaluados con el rango máximo de "Excelente". 80% de los especialistas consultados clasificaron con "Malo" la evaluación del primer mes, en ciertas habilidades categorizadas como indispensables. El resultado no cambió para final del cuatrimestre.*

- *La única competencia indispensable que fue calificada como "Buena", por 20% de los especialistas, fue "descripción de síntomas encontrados". Otra habilidad que se resaltó como "Buena" fue la correspondiente a la "Comunicación con el paciente".⁹*

Para entender lo que ocurrió con el personal de salud enviado por Cuba, es necesario revisar cómo se gestó lo que tres años más tarde, y a partir de la tragedia del estado Vargas referida anteriormente, se consolidaría más tarde como la MBA. El entonces Alcalde de Caracas, decidió ampliar la estadía del personal cubano que había llegado a Venezuela y formuló el Plan Barrio Adentro para la ciudad de Caracas que consistía en brindar atención primaria de salud a los habitantes de los barrios urbanos más necesitados, usando para ello las viviendas prestadas por las comunidades y dotándoles de insumos para esa tarea.

En el año 2003, en vísperas de la celebración del referéndum revocatorio, el Presidente Hugo Chávez formuló la Misión Barrio Adentro (MBA) para el país entero y delineó sus funciones principales, destacando que ellas serían cumplidas por una cantidad creciente de médicos cubanos. Esta iniciativa encontró su base jurídica en el convenio de cooperación Cuba-Venezuela que se había firmado el año 2000 y que se ha venido renovando periódicamente desde entonces. Las actividades de la MBA estarían supervisadas por una Misión Médica Cubana (MMC) integrada por destacados funcionarios de salud cubanos y militares que también formaban parte de los cuerpos de inteligencia de dicho gobierno. Esta peculiar composición de los centros de atención permitía sospechar acerca de la verdadera naturaleza de la MBA. En su versión más auténtica –la MBA I- se trataba de cubrir a la población aislada en las ciudades y pueblos del país y a aquella que, en virtud de la forma en que se había venido definiendo la salud y de los intereses económicos de las transnacionales de la medicina y de sus representantes locales- había sido marginada de toda forma de asistencia. Se esperaba que su ámbito de acción tuviera que ver con los indicadores fundamentales que se utilizan para medir los niveles de salud de la población a nivel mundial. Sin embargo, la siguiente afirmación, desdibuja el concepto de impacto, convirtiéndolo en juicios administrativos y cualitativos:

⁹ Publicado por la mencionada escuela de medicina en el Diario *El Universal*, 20/11/2013

“En estos casos se recomiendan estimaciones que resumen los impactos más significativos, sin necesidad de tratar de dilucidar el impacto exacto de las diferentes políticas o conjunto de políticas” (OPS[2006: 85]).

Esta noción vaga e imprecisa de lo que significa evaluar el impacto de un programa o una política, llevó necesariamente a enfatizar en medidas administrativas dentro de las cuales podemos encontrar las que se definen como “indicadores” en el libro ya citado de OPS [2006] sobre la MBA:

- Formación de RR.HH. Para la promoción de la salud
- Familias visitadas por promotores
- Pertenencia a diferentes “clubes”
- Horas dedicadas por las radioemisoras a la promoción de la salud
- Cobertura del 70 % de mujeres embarazadas (10,5 x embarazo)
- Control de niños sanos: 85 %
- Toneladas de medicamentos repartidos
- Volumen de recursos financieros destinados a la MBA y al gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto

6. Los principales obstáculos para la evaluación del desempeño

Existen innumerables problemas para el propósito planteado. Sin embargo, sólo destacaremos los dos que consideramos de mayor peso.

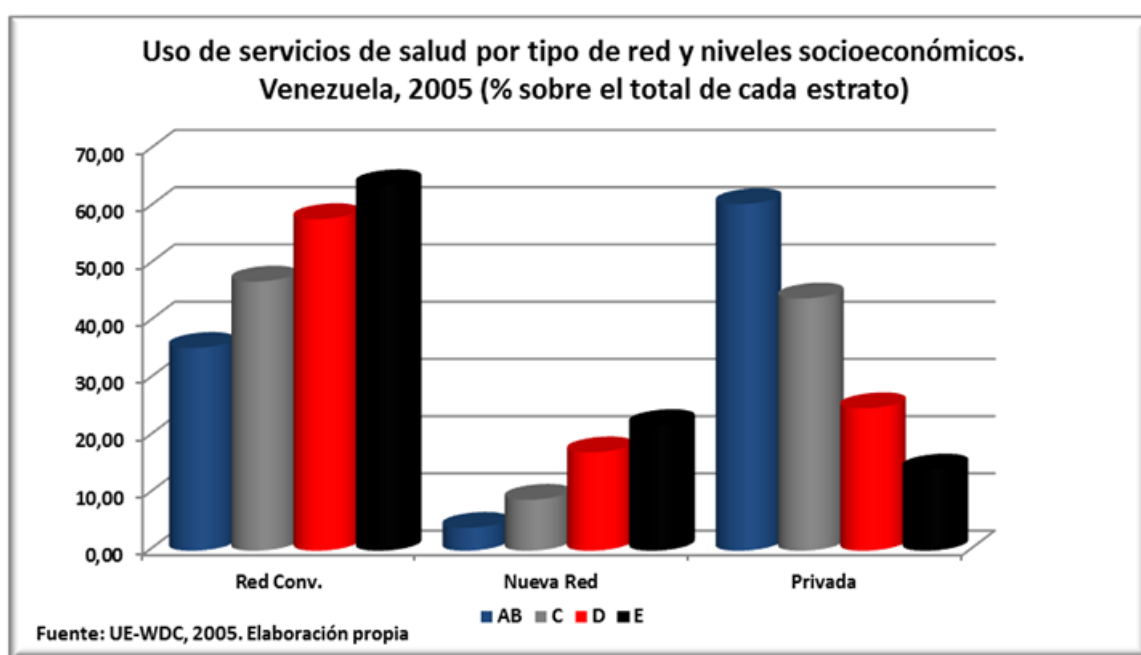
Las mediciones de impacto como hemos visto, sólo abarcan rubros que se refieren a actividades, mas no a objetivos efectivamente logrados en términos de cambios en los indicadores principales. Por ello se hizo necesario comparar el antes y el después de la MBA y, de esa manera, poder estimar cuáles fueron –si los hubo- esos impactos reales sobre la salud y las condiciones de vida de la población atendida. Y aquí se presenta el primer problema.

6.1 El comportamiento de la población

En una encuesta realizada en el año 2005, tres años después de la creación de la MBA, se encontró que sólo cerca del 18 % del total de usuarios de servicios de salud, acudían a la MBA; el resto se repartía entre los hospitales y ambulatorios preexistentes y la red privada de prestadores de servicios. Ese patrón de uso, no sólo reflejaba la conducta de

estratos sociales con altos ingresos, sino que abarcaba a toda la población, incluyendo los estratos más pobres de la población (UE-WDC[2006]). Al respecto, obsérvese el siguiente gráfico 3 elaborado a partir de los datos de la mencionada encuesta.

Gráfico 3



Por Red Convencional (“Red Conv.” en el gráfico) se entiende la suma de establecimientos de salud preexistentes a la MBA; por “Nueva Red”, los correspondientes a la MBA y “Privada” agrupa a los prestadores de la red privada de servicios de salud. Obsérvese que el estrato más bajo (E) usa mayoritariamente los servicios públicos aquí llamados convencionales y muestran una tendencia a usar los privados y, en último lugar, la red de la MBA. Estos hallazgos fueron corroborados en varios estudios posteriores (PROVEA[2008, 2010; 2011]).

Desde el punto de vista cultural, este comportamiento refleja lo que desde hace muchos años constituye la conducta de la población ante la enfermedad que comprende, desde el autodiagnóstico hasta la decisión de consultar especialistas por problemas que no necesariamente lo requieren. Esta conducta es el resultado de muchos años de falta de coherencia entre los distintos niveles de los servicios de salud ante lo cual el proceso de definirse como enfermo no obedece al uso lógico del sistema

de salud, que no existe como tal, y que refuerza una concepción medicalizada conducente a la búsqueda de lo que se define como la mejor atención médica, es decir, aquella que es dispensada por los especialistas y sub-especialistas, en los centros de mayor complejidad tecnológica obviando la necesidad del diagnóstico inicial en la red primaria.

6.2 La calidad de la información

El segundo problema es encontrar información confiable acerca de la evolución de los principales indicadores de salud y, al respecto, revisamos algunos ejemplos de tales inconsistencias en las cifras que ofrece el gobierno.

Una de las características más resaltantes de la gestión sanitaria venezolana a lo largo de su historia, ha sido el manejar un registro consistente de información epidemiológica con fines de diagnóstico y planificación. Aun cuando no puede afirmarse que tales actividades hayan sido exactas y precisas en un 100 x 100, aparecen envidiables cuando se las compara con la situación actual. Pero este tipo de información va más allá de lo meramente técnico y se convierte en un derecho ciudadano, es decir, forma parte de la necesidad de que el ciudadano esté oportuna y precisamente informado de lo que ocurre y, en el caso de salud, de lo que sucede con la salud y la enfermedad en su país. Lo que ha venido ocurriendo con la información epidemiológica en Venezuela, no tiene antecedentes. El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) -cuya denominación cambió tres veces y cuyos ministros tiene un promedio de duración de sus gestiones de menos de un año desde 1999- ha sido dirigido en al menos tres ocasiones, por militares cuyo único mérito era el de ser fieles a la “revolución”. Uno de ellos es emblemático en lo que se refiere a las restricciones a la información. Durante su gestión y ante las cifras que no le favorecían llegó a afirmar que

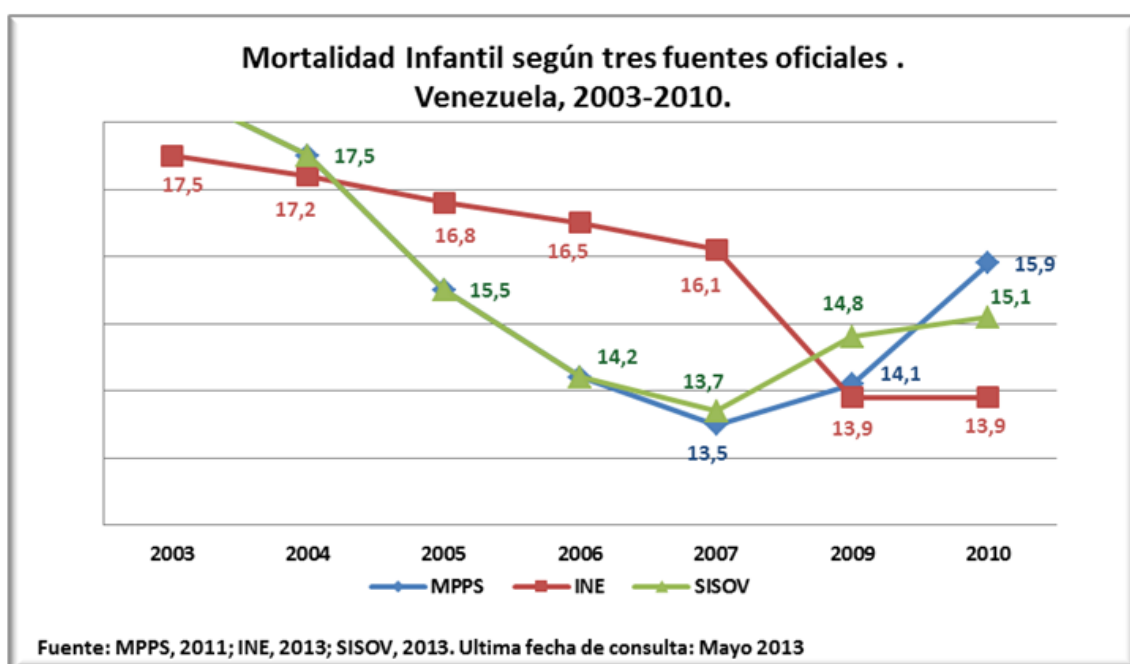
*“...a partir de hoy no acepto más canales endémicos, no acepto más la nomenclatura propia y el verbo propio de la epidemiología en Venezuela”.*¹⁰

Instauró así lo que los analistas han llamado el “silencio epidemiológico” que sumió a todo el país en la ignorancia de lo que estaba ocurriendo. Progresivamente esa actitud

¹⁰ Esta afirmación la hizo textualmente el Ministro Manuel Mantilla en una rueda de prensa transmitida por cadena nacional de radio y TV.

fue superada el ministro removido y el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio, restablecido. Un traspies como el descrito no agota el tema de la información. En materia de salud Venezuela cuenta con varias fuentes de información: el Instituto Nacional de Estadística (INE), el propio Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y el Sistema de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV) dependiente del Ministerio de Planificación y Finanzas, entre otros. En el Gráfico 4, se presenta la lectura hecha en esas fuentes sobre la mortalidad infantil entre los años 2003 y 2010.

Gráfico 4

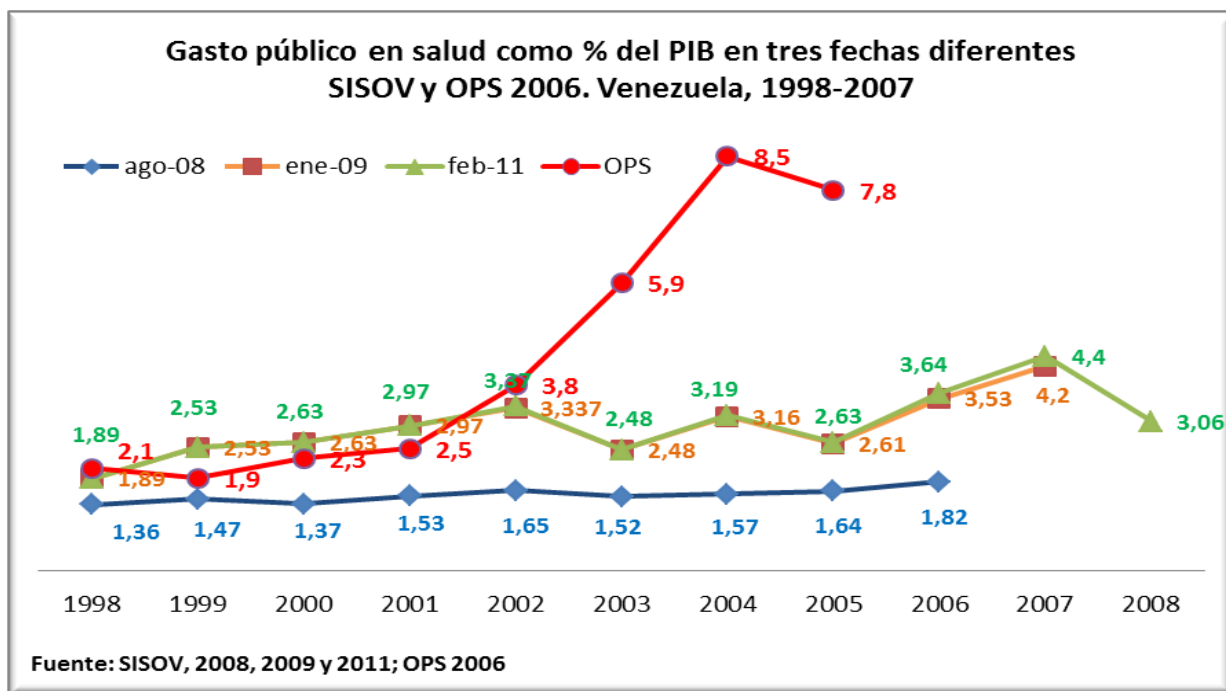


Este es sólo un ejemplo porque en general, la mayor parte de los indicadores se muestran con las mismas o peores diferencias entre sí. En conclusión, ni el gobierno ni el potencial usuario ambos en calidad de gestores, poseen información confiable. Creemos, además, que esa confusión expresa el rasgo más sobresaliente que se ha señalado de las Misiones –la MBA en este caso- es decir, su falta de coordinación y planificación.

El siguiente Gráfico 5 muestra las cifras oficiales con relación al gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) de una fuente oficial (SISOV) y otra internacional (OPS) teniendo en cuenta que ésta última es también alimentada con

información oficial. La curva roja representa la información de OPS y las otras tres, las cifras del SISOV en las tres fechas indicadas en la leyenda del gráfico. Es por éstas, entre otras razones, que para la evaluación que se presenta, ha sido necesario ajustar datos y reconstruir variables con el objeto de darles mayor solidez y confiabilidad.

Gráfico 5



Veamos en la siguiente sección la evolución de tales indicadores antes y después de haber puesto en funcionamiento la MBA y, en algunos casos, comparándola con lapsos gubernamentales antes y después de la descentralización de los servicios de salud que ocurrió entre 1989 y 1998.

7. Los resultados: Una aproximación al impacto de la MBA

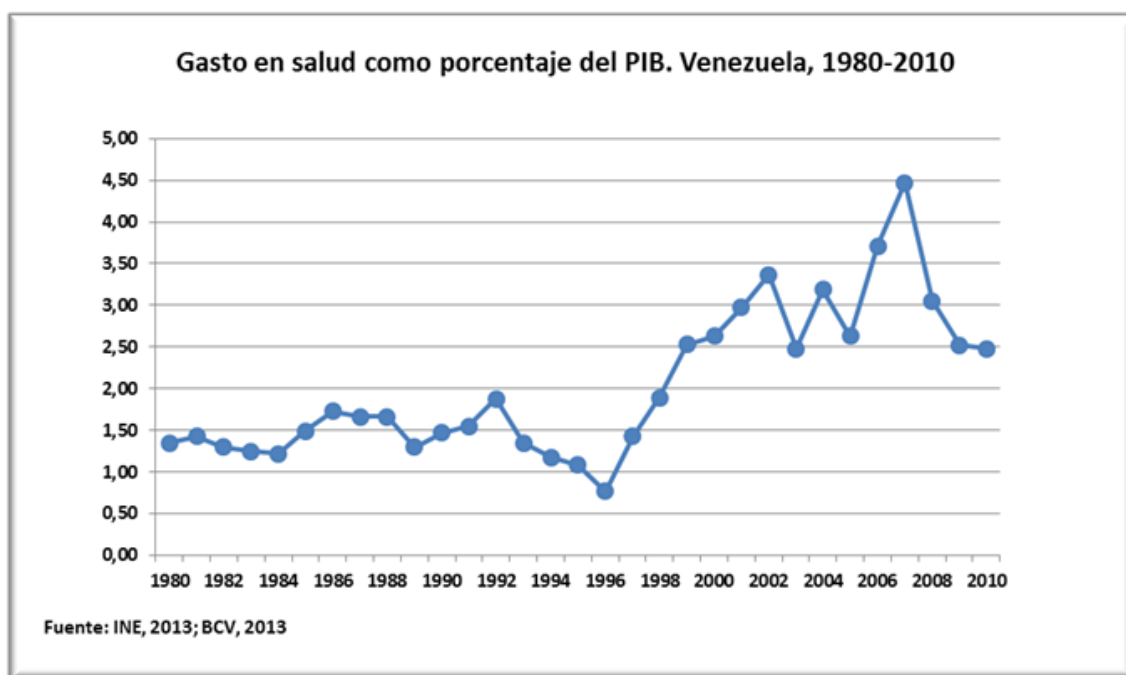
Como ha sido señalado varias veces a lo largo de este trabajo, para poder señalar impactos específicos de determinada política social, se hace necesaria la construcción de una línea de base y disponer de la información que alimenta, en forma oportuna y confiable, la evolución histórica de los principales indicadores. En este caso, los indicadores que se muestran provienen de fuentes oficiales –las nombradas

anteriormente- y la última información disponible, es la referida al año 2011. Debe señalarse que sólo hace una semana, el MPPS autorizó la publicación y divulgación del anuario de mortalidad correspondiente al año 2011 y en diciembre de 2013, el anuario de 2012.

7.1 Gasto en Salud

Este indicador se ha calculado como porcentaje del PIB y muestra, a partir del año 2003, un incremento notable, sobre todo si se toma en cuenta que en la historia de la sanidad en Venezuela, dicho porcentaje casi nunca alcanzó al 2 %. A partir del año señalado, el gasto aumenta hasta un 5 % aproximadamente, fluctuando hacia abajo a partir de ese momento, pero siempre por encima del 2 %. Es decir, la inversión en salud más que se duplica.¹¹ El siguiente gráfico (6) muestra la evolución de este indicador entre 1980 y 2010.

Gráfico 6



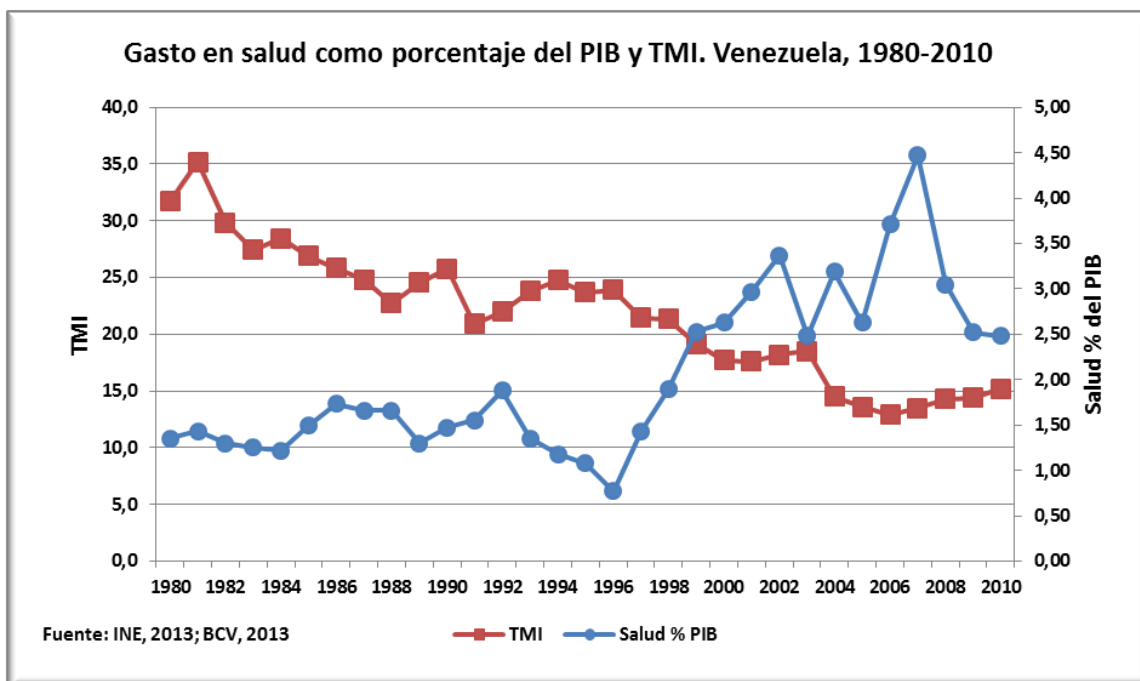
¹¹ Otras estimaciones señalan que el gasto llegó a alcanzar hasta el 7,5 %, como es el caso de OPS pero existe consenso en la mayoría de los economistas en que difícilmente haya subido más allá del 5 % ya señalado. Debe advertirse que estas cifras son estimaciones que hacen los autores a partir de lo escaso y poco transparente que resulta la información al respecto. Este autor elaboró un Índice de Eficiencia del Gasto en Salud, con respecto a los principales indicadores, especialmente, la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) y la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y en ambos casos, este índice es contrario a la magnitud de los recursos invertidos. En otras palabras, Venezuela es un extraño país en el cual los resultados obtenidos con menos recursos fueron mejores que los que arrojan los años recientes, de ingentes volúmenes de recursos invertidos en salud, característica que se observa al comparar Venezuela con países de diferentes regiones del mundo en donde las relaciones entre gasto público en salud y TMI, son inversamente proporcionales. Véase: Díaz Polanco[2008].

Resulta indispensable comenzar por este dato porque él se vincula en forma muy significativa con los demás indicadores y tiene que ver con el desempeño de los gobiernos en el terreno de la salud. Se destaca el hecho de que hasta 1997, el gasto nunca fue superior al 2 % del PIB, mientras que a partir del mencionado año, comienza a ascender hasta alcanzar en 2008 cerca del 5 %.

7.2 Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)

Este indicador ha mostrado un descenso tendencial, sin que se evidencie diferencia en la intensidad de su reducción después de la puesta en marcha de la MBA. Para el año de referencia, se alcanza una cifra de 14,3 fallecidos por cada 1000 nacidos vivos registrados (NVR). Dado que se trata de la salud de los menores de un año, de la naturaleza de las intervenciones (control de niños sanos, vacunaciones, promoción de la salud y de estilos de vida saludables) y de un cuantioso volumen de recursos financieros invertidos, se hubiese esperado una reducción de mayor intensidad. La TMI pasa de 31,7 en 1980 a 15,2 en 2010 y a 14,3 (estimada) en 2011.¹² El siguiente gráfico muestra la evolución de la TMI en relación con el volumen del gasto en salud como porcentaje del PIB.

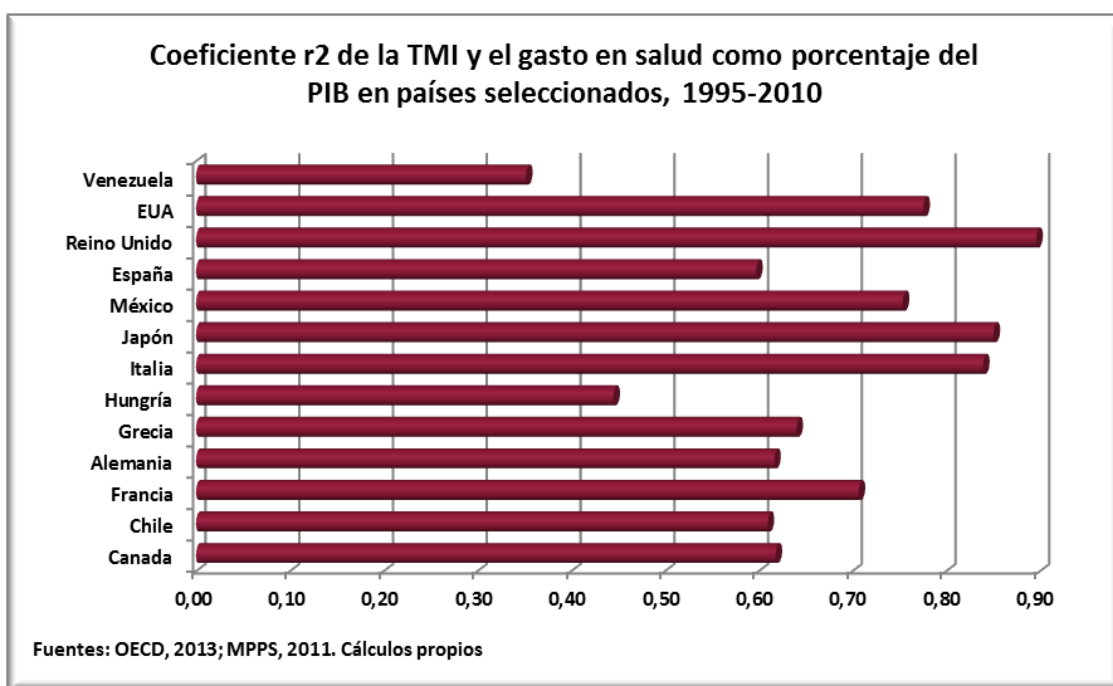
Gráfico 7



¹² Estos datos provienen del documento “Resumen de Salud” preparado por el MPPS en junio de 2011.

Aquí puede verse cómo, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países, el descenso más fuerte ocurre cuando se dispone de menores recursos financieros y viceversa. Este último aspecto es particularmente notorio entre el 2004 y el 2010, cuando la TMI experimenta un aumento y los recursos financieros son notoriamente mayores. Esto requiere una consideración especial porque el mismo fenómeno, pero con mayor gravedad, se presenta en el caso de la Mortalidad Materna (MM) tal y como veremos más adelante. El siguiente gráfico muestra, con base en un examen de 70 países, las relaciones entre el gasto público en salud como porcentaje del PIB y la TMI en una selección de países que abarca todos los continentes.

Gráfico 8



Este gráfico muestra algo que es ampliamente sabido en el campo de la epidemiología: Existe una relación inversamente proporcional entre el gasto público en salud y la TMI. Sin embargo, en el caso venezolano, esta relación es directamente proporcional siendo muy baja la correlación entre ambas variables. Lo es mucho menos si el lapso de análisis se amplía a partir de 1980 en cuyo caso, el coeficiente de correlación apenas alcanza a 0,06 (Díaz Polanco[2008]). De esta forma, el espacio de ineficiencia es muy amplio pero debe tenerse en cuenta que si se analiza el desempeño del sistema de

salud en años anteriores a los acá mostrados, paradójicamente habría que concluir que el sistema de salud venezolano fue altamente eficiente porque nunca contó con más del 2 % del PIB para salud como porcentaje de gasto público y aún dentro de esa restricción, fue capaz de eliminar enfermedades endémicas como la malaria y la fiebre amarilla que en la época en referencia, azotaban las zonas rurales del país y constituían un serio obstáculo para el desarrollo (Díaz Polanco[2012]). Hasta ahora, en el análisis de 70 países, como se ha señalado, no existe un comportamiento histórico de esta asociación entre PIB y MI, como la descrita en Venezuela que se mantiene aún si se ajusta la tasa de reducción de la MI por la TMI del año inicial.

7.3 Tasa de Mortalidad Materna (TMM)

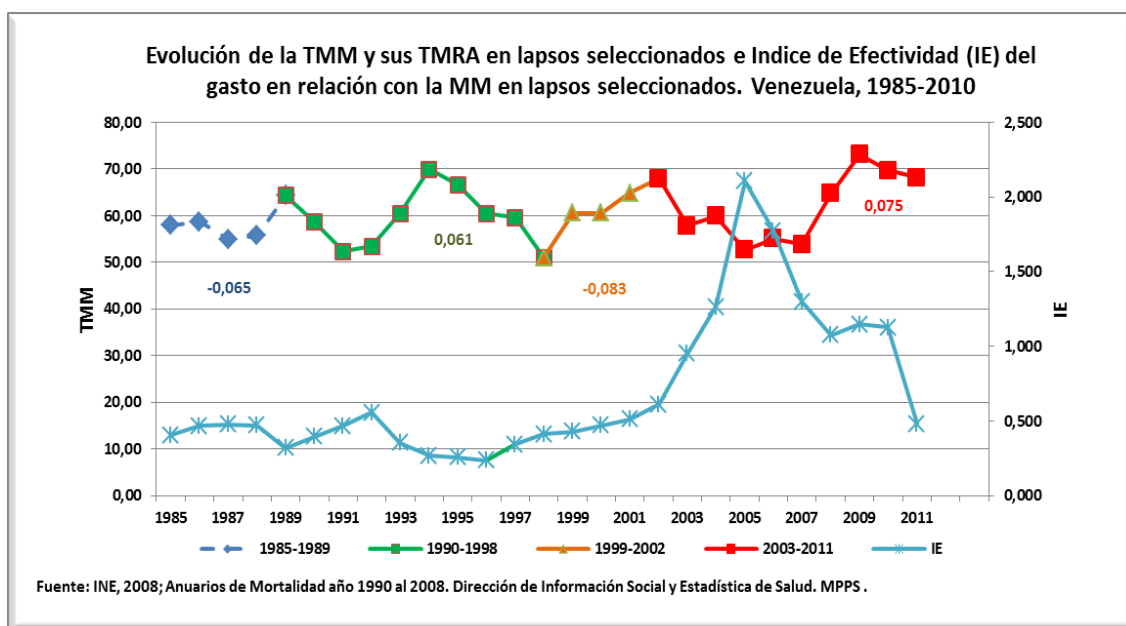
Una de las tareas más destacadas en el informe sobre la MBA que elabora la OPS para 2006,¹³ es el aumento de la cobertura de la atención prenatal, actividad ésta que debería influir notoriamente sobre la TMM, y que la mencionada publicación destaca con un aumento de cobertura de algo más del 57 % de las embarazadas (OPS[2006]). Sin embargo la TMM es uno de los indicadores que muestra aumento en lugar de disminución. Para 1980 esta cifra se situaba en 64,7 por cada 1000 NVR y, para 2010, último dato publicado en Venezuela, alcanza la cifra de 69,7 estimándose en algo más de 70 para 2011.¹⁴ Cabe destacar que la consulta prenatal, es una de las actividades más importantes asignadas a la red de la MBA en su primer nivel, El gráfico 9 muestra la evolución de la TMM entre 1980 y 2011, comparándola, como en el caso de MI con el gasto público en salud como % del PIB.

Este gráfico es particularmente interesante porque en él se expresan las paradojas que señalábamos a propósito de la relación entre inversión y evolución de los indicadores. Se identifican cuatro lapsos diferentes en la evolución de la TMM, a saber: antes de la descentralización de los servicios de salud (1985-1988); durante la descentralización

¹³ OPS (2006): *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas.

¹⁴ OPS, *op.cit.*; MPPS, *op.cit.*; Base de Datos del Observatorio Venezolano de la Salud (OVS). Caracas

Gráfico 9



de dichos servicios (1990-1998); a partir de la formulación de la nueva Constitución (1999-2002) y a partir de la puesta en marcha de la MBA (2003-2011). En cada uno de esos lapsos se especifica la Tasa Media de Reducción Anual (TMRA) de la MM y la curva azul representa el Índice de Efectividad del gasto en salud (IE) con relación a la MM. Como puede observarse, la relación entre ambas curvas aparece consistente antes de 1999, con diferencias a propósito de sus TMRA.¹⁵ Sin embargo, a partir de 1999 esa relación casi se invierte y mientras mayor es el gasto, mayor es también la TMM con la peculiaridad que en el lapso de la descentralización (1990-1998) la TMRA es la mayor de todas y es la única negativa de todo el período, indicado una reducción importante de la MM, asunto que es a la inversa en todos los demás lapsos, pero especialmente significativa entre 2003 y 2011 cuando entra en funcionamiento la MBA.

Lo que se pone de manifiesto es la ineficiencia e ineffectividad del gasto en relación con la MM dado que la correlación entre ambas variables no presenta significación

¹⁵ La Tasa Media de Reducción Anual mide la intensidad, año a año, de la reducción de la tasa en cuestión y se expresa como un logaritmo de la diferencia entre la última y la primera medición, cuya base es el número de años transcurridos entre ambas mediciones. Por su parte el Índice de efectividad mide la correlación entre la evolución de la tasa y la porción del gasto que teóricamente debería atribuirse a la reducción de la mortalidad materna, según la siguiente ecuación: $IE = (PIB/TMM) * \sqrt{TMRA}$.

estadística ($r^2=0,29$). Esta prueba es similar en todas las variables analizadas, de manera que es posible generalizar la paradoja del gasto en salud en Venezuela, especialmente si se toma en cuenta que el gasto público en salud, como porcentaje del PIB, casi se triplicó a partir del año 2003 y mantuvo un aumento importante en relación con los años anteriores a 1999 y 2003.

7.4 Enfermedades reemergentes

Se podría hablar de numerosas enfermedades que habían sido controladas en Venezuela, merced a la actuación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) que se puso en marcha en 1936, junto con la caída de la férrea dictadura de Juan Vicente Gómez que se prolongó desde 1908 hasta 1935. La vigilancia epidemiológica, al lado de los intereses de las compañías norteamericanas, inglesas y holandesas que codiciaban los recursos petroleros del país, acabaron con las principales endemias que azotaban sobre todo, al medio rural venezolano, especialmente la malaria y la fiebre amarilla (Castellanos[1983]). Sin embargo, el MPPS reporta para el año 2013, más de 73.000 casos de malaria y una epidemia de dengue aparentemente incontrolada que alcanza un total de más de 63.000 casos diagnosticados (MPPS[2013]). Al respecto, veamos este reporte de la situación proveniente del MPPS:

“...no todos los estados cumplen con la obligatoriedad de informar semanalmente la situación epidemiológica en cada entidad, un factor clave para conocer el comportamiento y presencia de los mosquitos Aedes Aegypti y Anopheles, transmisores del dengue y la malaria. En el boletín correspondiente a la primera semana de 2014, solo seis estados (Anzoátegui, Carabobo, Portuguesa, Táchira, Trujillo y Yaracuy) enviaron sus reportes sobre el dengue. Esto representa tan solo un cuarto (25%) del territorio nacional”(MPPS[2014]).

Esta situación ha llegado a afectar zonas aledañas al Distrito Capital, como es el caso del estado Miranda donde hasta el 15 de septiembre de 2013 se habían detectado 15 casos de malaria importados y 6 autóctonos (MPPS, 2014a). De acuerdo a las cifras del MPPS, los casos detectados aumentaron 49,2 % entre 2012 y 2013.

Todas estas cifras resultan de una carencia de vigilancia epidemiológica, tarea que ha sido descuidada por el Ministerio de Salud y ante la cual no se toman las medidas necesarias, llegando incluso a presentarse casos en las cercanías de Caracas.

7.5 Las vacunaciones

Esta tarea resulta esencial en los sistemas de salud para la protección, sobre todo, de los niños. Esta cobertura se redujo de 67 % en el año 1992 hasta el 22 % en el año 2009, según las cifras oficiales del MPPS (MPPS[2011]). Como puede observarse, no se trata de una moderada disminución de la cobertura, sino de la existencia de una población en riesgo como nunca antes había existido en la historia sanitaria reciente de Venezuela.

7.6 La prestación de servicios hospitalarios

Según los datos proporcionados por la Dirección del Hospitales del MPPS (MPPS[2011]), las intervenciones quirúrgicas se redujeron entre 2005 y 2011 de 344.075 a 79.010, respectivamente. Lo mismo ocurrió con las principales actividades hospitalarias y de apoyo, a saber: partos, consulta externa, radiología y laboratorio, según se muestra en el siguiente gráfico 10. Toda esta notable disminución de las actividades hospitalarias debe vincularse al escaso avance que desde 2007 han tenido las obras de remodelación de la infraestructura hospitalaria lo cual ha impedido el funcionamiento de tales establecimientos; además, ha dificultado la instalación de equipos necesarios para el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, como es el caso del cáncer. Al respecto, un informe reciente señala que más de la mitad de estos equipos, aunque están instalados, se encuentran no operativos por varias razones entre las cuales se cuentan la no existencia de mantenimiento porque no se firmaron los contratos necesarios para ello y la carencia de personal.¹⁶

¹⁶ No se cita la fuente porque esta información se obtuvo de manera confidencial pero ha sido evidente el movimiento que se ha puesto en marcha para denunciar esta situación y que ha involucrado a los pacientes

Gráfico 10

MOVIMIENTO HOSPITALARIO MPPS JUNIO 2011

ACTIVIDADES	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTALES ACTIVIDADES
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	344.075	372.205	374.753	321.663	283.548	281.760	79.010	2.057.014
PARTOS	295.461	333.738	319.125	294.940	282.940	276.144	88.661	1.890.099
CONSULTA EXTERNA	15.229.115	16.079.585	15.400.523	13.497.296	11.851.545	5.014.750	1.395.504	78.468.316
RADIOLOGÍA	2.690.346	2.766.243	2.722.144	2.436.163	2.425.593	2.144.390	680.585	15.845.464
LABORATORIO	42.612.849	48.968.077	49.312.553	45.471.125	42.695.387	38.674.063	11.121.519	278.855.573

Fuente: MPPS[2011].

Nuevamente vemos aquí el ejemplo de la paradoja del impacto del gasto. Las inversiones en infraestructura fueron muy altas a partir del año 2007, fecha en la cual comienza la reducción paulatina, pero constante e irreversible, de las cifras de movimiento hospitalario, como puede verse en el gráfico es cuestión.

7.7 Cambios en la dirección de la política de salud

Este tema podemos verlo mediante los cambios de dirección que sufrió la política de salud del régimen chavista. Del énfasis en la atención primaria de cobertura universal, se pasa bruscamente a la necesidad de dotación y reforma estructural de la red hospitalaria. Este cambio se produce después que el propio régimen por boca de su líder, reconoce el fracaso de la MBA y reclama responsabilidades que nunca fueron identificadas. Pero este viraje significa, además, acentuar notoriamente el volumen de recursos destinados a la negociación de tecnología de punta y de equipos esenciales para la red hospitalaria, así como la contratación de obras para dicha red. Se desconoce exactamente el monto total del gasto así realizado, pero resulta evidente que las negociaciones se hicieron y se hacen, mediante la intermediación de Cuba, de manera que es posible sospechar la existencia de importantes negociados en dicha intermediación, sobre todo porque la mayoría de las obras no se han terminado y porque los equipos están en malas condiciones o inservibles porque nunca se firmaron los contratos de mantenimiento y porque las obras de infraestructura inconclusas, impidieron su correcta instalación. La protesta de enfermos de cáncer y de

organizaciones sociales a ellos vinculadas, han sido numerosas en los últimos seis meses y han llegado a introducir una demanda contra dos de las ex ministros de salud por considerarla como responsable de muertes por cáncer y, además, en el caso del dengue, por no permitir el uso de medicamentos antivirales con el argumento de que no eran necesarios y que comprar estos medicamentos sólo favorecía los intereses de las transnacionales del capital. Grupos organizados de la sociedad civil también han exigido responsabilidades por las muertes ocurridas por esta causa y que, en opinión de tales grupos, podrían haber sido evitadas si se hubiese usado el medicamento antiviral correspondiente.

Pero quizá el tema de mayor envergadura desde el punto de vista político, lo constituye la pérdida de institucionalidad o desinstitucionalización de que ha sido objeto, tanto el sector en su conjunto, como el Ministerio de Salud. Ya en el año 2002 el entonces ministro de salud emprendió una reforma del Ministerio que se basó inicialmente en una reducción significativa del personal mediante procesos de retiros y jubilaciones, con el objetivo de mejorar la eficiencia de dicho Ministerio y disminuir los costos de su funcionamiento, al propio tiempo que especializarlo en sus funciones, en el marco de un sistema de salud que se suponía continuaría profundizando el proceso de descentralización, desde las gobernaciones hacia los municipios y parroquias. Se comenzó a trabajar con una concepción de salud más amplia y se produjo el primer cambio en el nombre del Ministerio que pasó de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) a MSDS (Ministerio de Salud y Desarrollo Social) exhibiendo con ello la intención de integración de perspectivas que se concretó en el plano institucional en la desaparición del Ministerio de la Familia, encargado de importantes programas de protección social, fusión que en realidad nunca funcionó porque existía una clara delimitación de funciones entre ambos organismos y porque el entonces Ministro no entendió que el proceso de integración no obedecía a un decreto, sino a la construcción progresiva de una práctica institucional conducente a ella. Sin embargo, el intento demostró la importancia de enfocar la salud más allá de los muros de hospitales y escuelas de medicina, para entenderla más vinculada a las condiciones de vida de la población. Pero el constante cambio de ministros con sus respectivas cargas de pretensión autoritaria y centralista, acabó con estas intenciones y produjo lo que hoy se conoce como el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) cuya autoridad y liderazgo ha desaparecido, no sólo por la alta rotación de sus titulares – aproximadamente uno por año- sino porque muchos de esos Ministros fueron militares

sin conocimientos del sector lo cual fue produciendo la pérdida señalada con base en la creciente ineficiencia y, probablemente, corrupción al interior del Ministerio.

La llegada de la Misión Médica Cubana (MMC) y la puesta en marcha de la MBA vino a complicar más aún el panorama institucional al introducir una nueva fuente de autoridad en el sector. La MBA sólo rendía cuentas a la MMC y no era posible manejar información estadística que diera una visión de lo que realmente estaba ocurriendo con la situación de salud del país. La actuación de la MMC y la yuxtaposición de la MBA a los servicios preexistentes en el nivel regional, ha conducido hoy día a una imposibilidad de manejar el sector e introducir una cierta lógica de planificación en el mismo, generando, merced a los problemas cambiarios y económicos del país, niveles no conocidos de ineficiencia e ineficacia en la acción sanitaria, tal y como ha sido expuesto en la sección correspondiente, especialmente en lo relativo al resurgimiento de problemas de salud que habían sido superados en el pasado.

Históricamente, el Ministerio había sido entendido como el órgano rector de la salud en el país y, a pesar de las desviaciones que se fueron generando en el tiempo, tal papel fue asumido con base en un liderazgo claro en el sector. Sin embargo, esa característica comienza a desdibujarse a mediados de los años 80, producto, en parte, del deterioro de la calidad de vida que se generó a partir de la devaluación del bolívar, moneda que hasta 1983, mantuvo una sólida y estable paridad cambiaria. Pero el Ministerio de salud no fue ajeno a la “clientelización” y, al igual que muchas otras instituciones públicas, se vio arrastrado a convertirse en una agencia de empleo del partido de turno en el poder. Sin esquemas de gestión definidos, se vio enfrentado a las demandas crecientes de los trabajadores, de manera que cuando se produce la descentralización de los servicios hacia los estados, éstos perciben el proceso como una forma de deslastrar al gobierno central de los problemas que lo aquejaban. Sin embargo, aún dentro de este panorama, algunos estados logran importantes avances en el manejo descentralizado de las competencias en salud. (Díaz Polanco[2005]).

La nueva administración asentada en el poder a partir de 1999, comienza por definir a la descentralización como una estrategia neoliberal, producto de perversos arreglos con la banca multilateral y el Fondo Monetario Internacional. Debe decirse que si bien estos organismos ejercieron una cierta presión para llevar adelante el proceso de

descentralización, el mismo Ministerio supo poner las cosas en su lugar cuando fue necesario, de manera que, a pesar de tal presión, se mantuvieron los objetivos nacionales de la reforma planteada con ocasión de la utilización de los fondos aportados por las multilaterales.

Ya para el año 2002, existía una abierta oposición a la injerencia de estos organismos en la política sanitaria venezolana y la descentralización cayó así en desgracia al asociársela con el fracaso de los esquemas llamados “neoliberales” que, en opinión de los nuevos grupos instalados en el poder, se aplicaron a partir de 1992. Así pues, no fue posible que se asumiera la evaluación de los resultados de la descentralización de forma sistemática y cualquier alusión a ella, era inmediatamente catalogada de neoliberal y privatizadora y caía dentro de la “prehistoria”.

Estos dos procesos –la descentralización no evaluada y la clientelización, entre otros– conducen al MPPS de hoy día y a la imposibilidad técnica y política de este Ministerio para intervenir y frenar la reinstalación de problemas superados y mejorar la asistencia médica a una población que ha comenzado a envejecer y a reclamar el empleo de más y mejores recursos porque, como se mostró, la MBA entendida como nueva red de asistencia a la población, no ha sido evaluada oficialmente y las evidencias apuntan a una suerte de fraude sanitario, a un espacio que apunta más hacia la consolidación de la actual estructura de poder y al aumento de la corrupción, que hacia las necesidades de salud de la población.

Comentarios Finales

Transcurridos 14 de régimen chavista y su continuación en el actual gobierno de Nicolás Maduro, no ha sido posible disponer de un SPNS, tal y como lo exige la Constitución de 1999. Las consecuencias de tal indolencia son de varios órdenes. Por una parte, los usuarios se encuentran desprotegidos, apelando para sus necesidades, a mecanismos informales de acceso a los servicios y, en ocasiones, con una cierta dosis de violencia. Sin embargo pareciera no existir la conciencia de a quién corresponden estas responsabilidades. Por otra parte, para los prestatarios de servicios, las amenazas y la coerción generalizada han producido condiciones de trabajo que no les permiten ejercer sus funciones dentro de un marco de seguridad. Todo ello contribuye a un marcado deterioro de la calidad de vida de los venezolanos. Hasta ahora, las respuestas

se limitan a señalar la cantidad de recursos invertidos en el sector sin que exista una evaluación de los resultados obtenidos que, por otra parte y como hemos mostrado, son precarios al compararlos con la magnitud del gasto. Las restricciones cambiarias y el manejo excesivamente centralizado de la economía, han hecho que para el 2014, en comparación con el año anterior, el presupuesto para salud haya disminuido en algo más de un 42 %.¹⁷ Para la población, la salud sigue siendo un bien privado al cual se accede en función de la disponibilidad económica de cada quien, muy lejos de la concreción en un derecho ciudadano.

La creación y puesta en marcha de la MBA ha resultado en un paralelismo institucional que llega a afectar el proceso mismo de toma de decisiones, en la medida en que la MBA sólo puede ser dirigida por la MMC y sólo a ella rinde cuentas, de manera que en la práctica tenemos dos Ministerios de Salud y, por los resultados mostrados, técnicamente incompetentes para dar respuestas a los principales problemas de salud de la población.

La inversión realizada en salud se convierte, en virtud de la corrupción y de la escasa responsabilización (accountability), en ineficiente. No importa en cuánto pueda aumentar el gasto, cuando lo hace, si está dirigido a una organización que no existe y que funciona discrecionalmente tanto en la definición del volumen como en la asignación de los recursos financieros. La burocracia sanitaria ha crecido en más del 250 % desde 1999 hasta el presente, y lo mismo ha ocurrido en otros ámbitos del Estado, de manera que éste ha devenido en una suerte de agencia de empleos.

El deterioro de los mecanismos de vigilancia epidemiológica ha traído como consecuencia la aparición de epidemias de enfermedades que habían sido controladas en el pasado, a las que se conoce con el nombre de enfermedades reemergentes, especialmente las epidemias de dengue y malaria, ésta última especialmente cruenta en el sur del país.

La forma preferida mediante la cual se ha intentado satisfacer la demanda de servicios médicos, es el subsidio al sector privado de prestadores de servicios a quienes, al mismo tiempo, se ha forzado a congelar o rebajar los precios de tales servicios. Este

¹⁷ Esta cifra proviene de un análisis elaborado por el equipo de salud del CENDES que culminó el 3 de diciembre del presente año.

subsidio se hace por varios mecanismos: el pago directo en efectivo, la compra de pólizas privadas o públicas o la adquisición de pólizas colectivas en los contratos de trabajo. La consecuencia inmediata, es la privatización del sector, entendida como el aumento del gasto privado versus el público, nuevamente contraviniendo lo establecido en la Constitución de 1999.

Este panorama nos ofrece un futuro poco promisorio porque las críticas y los análisis objetivos de resultados no encuentran lugar en un espacio político ocupado por un gobierno que controla todas las instancias de poder poniéndolas a su servicio dejando desprotegido al ciudadano y basando toda su eficiencia en la represión de las manifestaciones de desacuerdo por parte de la población. Se destaca en la vida cotidiana del venezolano, los riesgos a que se encuentra expuesto debido a las altas tasas de criminalidad. Pero este hecho no basta verlo sólo a través de las cifras; los testimonios y las noticias al respecto nos muestran un ensañamiento brutal en contra de la vida por parte de grupos armados que fueron promovidos por el mismo gobierno y ante los cuales al actual régimen político sólo le queda apoyarlos en sus criminales iniciativas. Los hechos de violencia se suceden sin que exista ninguna forma de controlarlos produciendo saldos cruentos, tal y como está ocurriendo en estos momentos en el país con la brutal represión de que han sido víctimas los estudiantes que protestan por la reivindicación de la libertad y del derecho a tener un futuro. A pesar de las restricciones comunicacionales –ni siquiera parecidas a las aplicadas en Irán y que han sacado del aire a varias emisoras televisivas por transmitir noticias de la protesta- las imágenes y vídeos grabados de manera improvisada, han dado la vuelta al mundo para mostrar que al régimen venezolano sólo le queda el terrible camino de la represión.

Por su parte, merced al desabastecimiento de medicamentos e insumos para tratamientos, a la inexistencia de suficiente personal capacitado y a sus precarias condiciones de trabajo, el sector salud no está en capacidad de dar respuestas efectivas a la cantidad de víctimas de esa represión. No podemos imaginar cuáles pueden ser las consecuencias del insaciable apetito de poder por el poder de los grupos gobernantes. Este contexto, niega y pospone la búsqueda de la prosperidad como fin último de las políticas sociales en una sociedad que trate de alcanzar el bienestar colectivo.

Referencias

- Banco Central de Venezuela (BCV) [2014] www.bcv.org.ve. Consulta el 28 de enero, 2014.
- Castellanos, Pedro L.[1983] “Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela“ en: *Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación*, Nos. 156-158.
- Díaz Polanco, Jorge (coord.) [2005] *La descentralización de la salud en Venezuela: Aprendamos de la experiencia*. Caracas: CENDES, IESA, FPOLAR, CORPOSALUD-Aragua, CIEPROL.
- Díaz Polanco, Jorge [2012] “La Institucionalidad de la salud en Venezuela. Una enfermedad de la razón”, en: *Encuentro de organizaciones sociales. Venezuela 2012*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. pp. 57-67.
- Díaz Polanco, Jorge [2008] *Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera*. Caracas: CENDES.
- Harnekcer, Martha [2004] “Edición del discurso del Presidente de la República del 12 de noviembre de 2004” (mimeo).
- MPPS [2011] Resumen de Salud. Caracas (mimeo)
- MPPS [2014] www.mpps.gob.ve
- MPPS [2014^a] *Boletín de salud ambiental* N° 38. Caracas: MPPS.
- OPS/OMS [2006] *Barrio Adentro: Salud e Inclusión Social en Venezuela*. Caracas: OPS/OMS.
- PROVEA [2008] *10 años de la situación del Derecho a la Salud en Venezuela. Informe anual sobre los derechos humanos en Venezuela*, Octubre 2007 - Septiembre 2008. Caracas: PROVEA.
- PROVEA [2010]. *Informe anual sobre los derechos humanos en Venezuela*, Octubre 2009 - Septiembre 2010. Caracas: PROVEA.
- PROVEA [2011]. *Informe anual sobre los derechos humanos en Venezuela*, Octubre 2010 - Septiembre 2011. Caracas: PROVA.
- UE-WDC(Unión Europea/World Development Consultants) [2005] “Salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela”. I Encuesta epidemiológica a hogares. Informe Final (mimeo) Caracas.