



MISIONES
TRANSPARENTES

ENERO

2015



GRAN MISIÓN BARRIO ADENTRO

Misiones: estrategias sociales de un modelo político

La comprensión de los procesos socio-políticos por los cuales ha atravesado Venezuela en los últimos años y las estrategias, programas y proyectos sociales que se han puesto en marcha, requieren de un breve análisis de sus antecedentes. Las respuestas elaboradas para ese propósito a partir de 2003, recibieron el nombre de “Misiones” en cuyos orígenes y ulterior desarrollo la participación del gobierno cubano, ha sido y sigue siendo fundamental.

CONTENIDO

MISIONES: ESTRATEGIAS SOCIALES DE UN MODELO POLÍTICO.....	1
LA MISIÓN BARRIO ADENTRO (MBA).....	5
FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN DE MBA.....	20
BENEFICIARIOS DE LA MBA.....	21
COSTOS DE LA MBA.....	23
SOBRE LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS.....	24
CONCLUSIONES.....	28

Algunos rasgos de la Venezuela pre-chavista en lo que se refiere a las condiciones de vida de la población, como objeto de políticas públicas, específicamente de políticas sociales es precaria. Según D'Elía y Cabezas (2008):

“Venezuela entra al año 1998 con problemas críticos en la situación económica de los hogares con amplios déficits estructurales en la protección, bienestar y seguridad social de la población...la pobreza afectaba al 40 % de la población, la inflación se encontraba en un 20 % anual y el desempleo se estimaba en un 15 %”.

Esta terrible situación social tiende a empeorar para el año 2003, justo el año en el cual se ponen en marcha las Misiones durante gobierno de Hugo Chávez. Tal situación fue definida como “deuda social” y se fue generando como producto de la exclusión social y política de la gran mayoría de la población de los beneficios sociales, merced a la gestión de un Estado altamente centralizado y presidencialista que, a pesar de funcionar democráticamente en sus rasgos esenciales, fue construyendo lazos clientelares, tanto con el

empresariado nacional, como con los grupos más depauperados. Con los primeros, merced a los incontables- y a veces innecesarios- subsidios a la producción y con los segundos, mediante la compra de votos en cada campaña electoral llena de promesas incumplidas. Así, el sistema bipartidista (AD y COPEI) fue responsable de la quiebra de la democracia que nació en 1958 con la caída de Pérez Jiménez.

Sin embargo, Venezuela había avanzado en su institucionalidad; los trabajadores se sindicalizaron y las instituciones se vieron fortalecidas por el triunfo de la democracia frente a los intentos de expansión de La Habana desde mediados de la década de los años 60.

Las Misiones no brotan de una planificación elaborada, de la mano de un diagnóstico sectorial, sino que nacen de la improvisación del momento frente a una demanda específica o una situación inesperada que exige una respuesta del gobierno. Sin embargo, hay que diferenciar entre aquellas Misiones que constituyeron el corazón de las iniciativas de política del gobierno de Chávez, de otras

que surgieron producto de la situación de improvisación inicialmente descrita. Aquéllas no son sólo producto de la necesidad de inclusión y de prestar atención a los desposeídos, sino que nacieron un poco antes del referéndum revocatorio del año 2004, cuando la continuidad de Chávez en el poder se vio amenazada por la iniciativa de la oposición de recoger firmas para convocar dicho referéndum. Frente a esta “amenaza” el régimen recurrió a la asesoría de Cuba para poner en marcha la Misión Barrio Adentro (MBA) que, además, ya contaba con antecedentes en las gestiones gubernamentales del Distrito Capital a raíz de la tragedia que ocurrió con el



deslave en el estado Vargas (Díaz Polanco, 2008; D'Elia y Cabezas, 2008). Al respecto, señala Harnecker las palabras textuales de Chávez (2004:40):

“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.”

En concordancia con lo que hemos expuesto a manera de marco general de referencia, las misiones comparten las siguientes características:

Lo Militar: La misión, desde esta perspectiva, significa una meta que no puede no ser alcanzada, es decir que necesariamente debe lograrse. Frente a ella, no deben existir limitaciones de ningún tipo para la acción y, en

consecuencia, el fracaso no puede ser considerado una opción válida. Este rasgo es esencial porque la fuerza del discurso encubre los verdaderos resultados que no deben ni pueden ser evaluados objetivamente porque no existen opciones.

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, obligar 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. Las disidencias de esta forma de colonización, eran cruelmente castigadas, como es bien conocido.

Lo Patriótico: El nombre de muchas de las Misiones evoca héroes de la independencia, redefinidos desde el poder del chavismo muchos de ellos; otras recuerdan tareas inaplazables 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. De esta forma, las Misiones son programas sociales, en su mayoría dirigidos a los desamparados que les inculca, les despierta o les crea además, un sentido patriótico elemental que llevó por ejemplo, entre otras acciones, a la destrucción de la estatua de Cristóbal Colón en Caracas al “descubrirse” el maltrato de los colonizadores españoles a la población nativa, ¡en el siglo XV! Es posible que estas actitudes puedan ser caracterizadas como patriotismo, en lugar de patriotismo. Lo que queremos significar en 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 la mayoría de las Misiones, esté vinculada a la pertenencia, directa o indirecta, a grupos políticos



afines al chavismo.

Ausencia de planificación: 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,

muchas Misiones fueron creadas de manera inesperada y los funcionarios públicos que se supone estarían a cargo de las mismas, se enteraron por televisión de lo que iba a ocurrir y, en consecuencia, de lo que debían emprender, en las largas sesiones del programa de “Aló Presidente”.

La comprensión del significado de las Misiones en Venezuela, pasa por la necesidad de entender, por lo menos, estos cuatro rasgos. Barrio Adentro no es una excepción. Es importante poner de relieve que no existe relación de coherencia entre los resultados obtenidos y la inversión realizada en las Misiones, por dos factores fundamentales, uno de ellos, fuera del control de los proponentes de las Misiones y otro muy ligado a la gerencia de los procesos que las mismas implican. El primero, se refiere al manejo de la economía y a la forma en que ésta se ha descontrolado, generando bolsones de desigualdad muy marcados y una inflación incontrolable que, en relación al resto de América Latina, representa un aumento de más del 600 % para finales del 2013. Ello hace que la inversión sea cada vez menor en términos reales y,

por lo tanto, limitada en términos del alcance de los objetivos propuestos por cada una de las Misiones.

Pero por otra parte, están los factores ligados a la gerencia de los programas que ponen de manifiesto el uso de los recursos sin control de ninguna naturaleza, en una suerte de liberalismo gerencial, según el cual, y coherentemente con las características señaladas de las Misiones, basta la asignación de los recursos para garantizar los buenos resultados. Así, cuando en salud o educación, por ejemplo, se presentan problemas de eficacia o eficiencia, la respuesta es mayor asignación de recursos. En el caso específico de salud, hay hospitales que se han construido hasta tres veces, porque no existe control sobre el desarrollo de las obras y a nadie en las esferas del gobierno parece importarle cuál ha sido el destino final de la inversión.

Sin embargo, hay algunas pistas que nos indican que tal falta de control no es azarosa y puede estar ligada a la corrupción gubernamental. Recientemente, con motivo de la destitución de Jorge Giordani como Ministro de

Planificación y Finanzas, éste dirigió una comunicación pública denunciando abiertamente la corrupción en el gobierno. En uno de sus párrafos, resume muy bien lo que aquí hemos querido expresar y hemos tratado de explicar: Dice Giordani en su carta titulada “Testimonio y Responsabilidad ante la historia”:

“En este camino del proceso bolivariano era crucial superar el desafío del 7 de octubre de 2012, así como las elecciones del 16 de diciembre de ese mismo año. Se trataba de la consolidación del poder político como un objetivo esencial para la fortaleza de la revolución y para la apertura de una nueva etapa del proceso. La superación se consiguió con un gran sacrificio y con un esfuerzo económico y financiero que llevó el acceso y uso de los recursos a niveles extremos que requerirán de una revisión para garantizar la sostenibilidad de la transformación económica y social.”¹

La Misión Barrio Adentro (MBA)

Barrio Adentro podría decirse

que es la Misión más emblemática de los regímenes chavista y postchavista. Dentro de las diferentes misiones de salud la MBA es, con mucho, la más importante de todas. Entre otro de sus créditos cuenta por ser la primera de las Misiones que se puso en funcionamiento y tiene antecedentes que es importante revisar por su significación política y social y además, constituyó la esencia de los términos en los cuales se estableció la cooperación técnica de Cuba con el gobierno venezolano.

Los orígenes

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, en las cercanías del referéndum consultivo acerca de la nueva Constitución que acababa de ser aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente (ANC). 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 (D’Elia, 2008). Actualmente se desconoce la cifra de dichos funcionarios de salud, dado que se han producido fugas y sanciones que nadie conoce de manera precisa.² 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 o extraordinarias, 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 y en nuestras Universidades.

¹ www.aporrea.com 16/04/2014

² 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.

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 se ha venido renovando periódicamente desde entonces y en el cual se incluyeron otros asuntos relacionados con salud que luego se convertirían en Misiones. Las actividades de la MBA estarían supervisadas por una Misión Médica Cubana (MMC) integrada por destacados funcionarios de salud cubanos y militares. Esta peculiar composición de los centros de atención permitía sospechar acerca de la verdadera naturaleza de la MBA. En su versión más importante -la MBA I- en opinión de los funcionarios de salud del chavismo, 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 referida a la forma de evaluar la MBA, desdibuja el concepto de impacto, convirtiéndolo en juicios administrativos, demasiado amplios y subjetivos:

“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 definir otros “indicadores” como menciona el libro ya citado de Organización Panamericana de la Salud (2006) sobre la MBA:

- Formación de RR.HH. Para la promoción de la salud

- Familias visitadas por promotores
- Pertenencia a diferentes “clubes” (ancianos, jóvenes, madres, etc)
- Horas dedicadas por las radioemisoras a la promoción de la salud
- Aumento del 57 % en la cobertura del control prenatal
- 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

Los funcionarios cubanos y los MIC

Paralelamente, tanto en Cuba como en Venezuela, se



pusieron en marcha programas de educación para aspirantes a médicos, conocidos como Medicina Integral Comunitaria (MIC) cuyos egresados, ante el deterioro de la red primaria de atención de la MBA denunciada públicamente por el fallecido Hugo Chávez en 2007 y 2008 y la creciente demanda insatisfecha de servicios de salud, 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 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 de salud y el propio ex presidente Chávez.

Para entender lo que ocurrió con el personal de salud enviado por Cuba, es

necesario revisar cómo se gestó lo que tres años después, 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.

Los principales obstáculos para la evaluación del desempeño

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

Las contradicciones entre Misiones y Políticas Sociales

Ya hemos destacado los problemas para la evaluación de las Misiones. Sin embargo, se hace necesaria una precisión en relación a cómo la noción de evaluación se hace prácticamente imposible

porque se entremezcla con lo ideológico y lo mágico religioso en el chavismo. Para el gobierno, aceptar que ella, la evaluación, va más allá del contraste de la gestión con indicadores que midan transformaciones sustantivas en salud, es desde todo punto de vista inaceptable de allí el tipo de indicadores que se han destacado anteriormente. Hacerlo de otra forma, sería aceptar que los principios de la “ciencia burguesa” son válidos. La sola idea de este proceso de someterse a prueba y entender errores, es ideológicamente contraria a la constitución y orígenes del chavismo. 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, para disponer de una aproximación a sus impactos es necesario construir una especie de modelo que comparara el antes y el después de la MBA y, depurar la información de esas series históricas 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.

La calidad de la información

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

información epidemiológica. 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 todo lo exactas y precisas que deberían ser, parecen 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 con la salud y la enfermedad en su país. Lo que ha venido aconteciendo con la

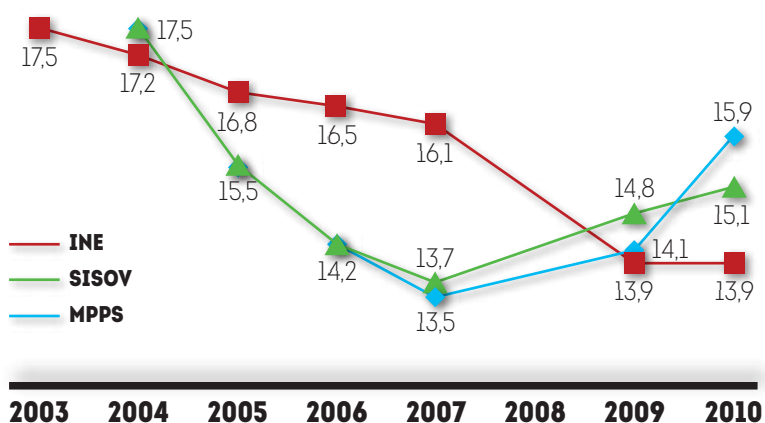
información epidemiológica en Venezuela, no tiene antecedentes. El MPPS -cuya denominación cambió tres veces y cuyos ministros tienen un promedio de duración de sus gestiones de menos de un año desde 1999- ha sido dirigido en al menos tres ocasiones por militares. Uno de ellos, Manuel Mantilla, es emblemático en lo que se refiere a las restricciones a la información. Durante su gestión y ante las cifras de enfermedades reemergentes (malaria, dengue) que no favorecían la acción gubernamental, llegó a afirmar:

“...a partir de hoy no acepto más canales endémicos, no acepto más la nomenclatura propia y el verbo propio de la epidemiología en Venezuela”.³

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 fue superada, el ministro removido y el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio, restablecido. Un yerro como el descrito no agota el tema de la información. En materia de salud Venezuela cuenta con varias fuentes de información: El Gráfico 1 muestra la incongruencia de la información sobre la Mortalidad Infantil desde 2003 hasta 2010 entre tres fuentes oficiales: El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Sistema de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV, dependiente del Ministerio de Planificación y Finanzas).

Gráfico 1: Mortalidad infantil según tres fuentes oficiales. Venezuela, 2003-2010.



³ Esta afirmación la hizo textualmente el Ministro Manuel Mantilla en una rueda de prensa transmitida por cadena nacional de radio y TV. Fuente gráfico 1: MPPS, 2011; INE, 2013; SISOV, 2013. Última fecha de consulta: Mayo 2013

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 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.

En el gráfico 2 se recoge la información del INE y de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), ésta última alimentada con información oficial.

La curva roja representa la información de OPS (sólo disponible hasta el 2006) y 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 valor, solidez y confiabilidad.

Más adelante veremos 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

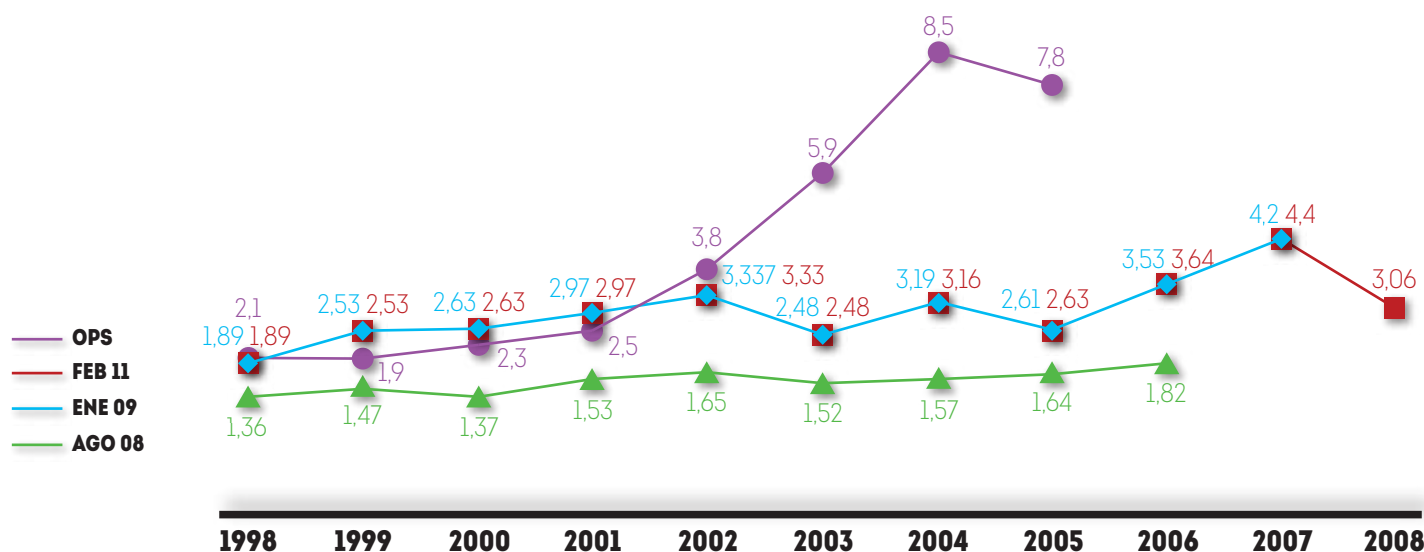
1998.

Los Resultados: Una aproximación a los impactos de la MBA

A partir de cifras oficiales unas veces y otras desde la perspectiva de ajustes de tales cifras usando métodos válidos podemos llegar a ciertas hipótesis respecto a impacto.

El impacto de un proyecto social no puede apreciarse a través de indicadores de proceso (se inició, se contrató, etc), de esfuerzo (tantas reuniones, tantas personas atendidas, tantas vacunas) o administrativos (se invirtieron xx bolívares, se compraron tantos equipos),

Gráfico 2: Gasto público en salud en % del PIB en tres fechas diferentes SISOV y OPS 2006. Venezuela, 1998-2007



Fuente gráfico 2: SISOV, 2008, 2009 y 2011 ; OPS 2006

sino sobre los resultados medidos por el efecto que los programas ejercen sobre los indicadores de salud (esperanza de vida, % descenso en epidemias, % descenso de muertes por tipo de enfermedad). La MBA fue diseñada, sobre todo en su primer nivel, para atender los problemas esenciales de la población y disminuir indicadores tales como mortalidad infantil (MI), materna (MM) y de menores de 5 años (<5). Estos son algunos de los que hemos utilizado, comparándolos con la inversión y utilizando índices que apuntan a diferenciar lapsos, antes,

después y durante la puesta en marcha de la MBA. A continuación presentamos esos resultados, comparándolos, a su vez, con la inversión realizada en el sector-

Dado que se trata de toda la inversión en salud, más adelante deberemos precisar lo que de ella va destinada a la MBA específicamente. En ese sentido conviene comenzar por el análisis del gasto en salud.

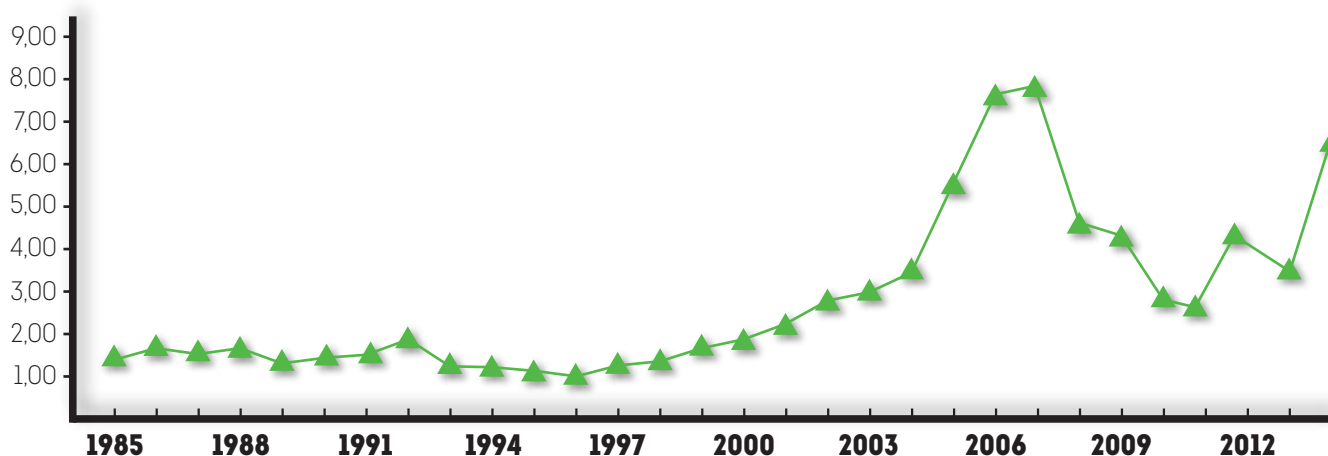
Gasto en Salud

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.⁴ El siguiente gráfico (3) muestra la evolución de este indicador entre 1985 y 2014.

En esta misma dirección y aunque no se dispone de una serie similar, el gráfico 4 muestra la variación

Gráfico 3: Evolución del gasto público en salud como % del PIB. Venezuela, 1985-2014*



⁴ 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 por lo escasa 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 TMM y la 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, Jorge (2008) Fuente gráfico 3: OPS, 2006; BCV, varios años. Cálculos propios. *2014: Gasto con modificaciones presupuestarias hasta el 30-8-14

porcentual de la asignación a salud como parte del presupuesto nacional entre 2010 y 2014 con relación al primer año de la serie.

Estas variaciones porcentuales reflejan fielmente lo que ha ocurrido con el sector, sobre todo si se toma en cuenta que entre los años señalados (2010-2014), la inflación acumulada ha sido de casi 60 % de manera que se puede observar cómo el sector ha sido uno de los más desfinanciados. Según la Ley de Presupuesto de 2014, la asignación a salud pasó de 9.600 millones de dólares en 2013, a 6.500 en 2014, lo cual se refleja en la cifra de -2,18 % que se muestra en el gráfico 2.

La Mortalidad Infantil (MI)

Este indicador ha mostrado un descenso tendencial, sin

que se evidencie diferencia en el grado 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 (MPPS, 2011). El siguiente gráfico muestra la evolución de la TMI en relación con el volumen del gasto en salud como porcentaje del PIB.

Gráfico 4: Variación porcentual de la asignación a salud como parte del presupuesto nacional . Venezuela, 2003-2010.

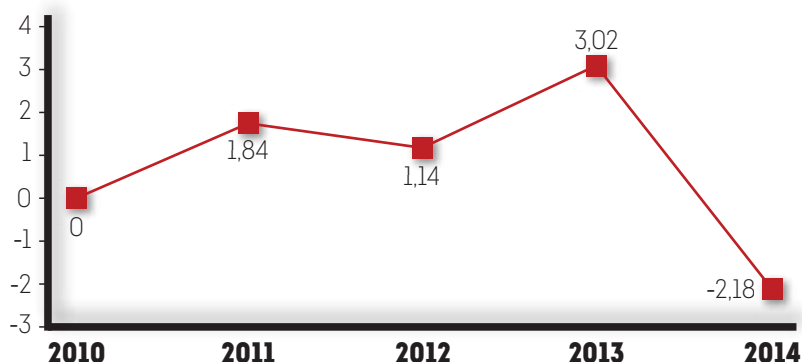
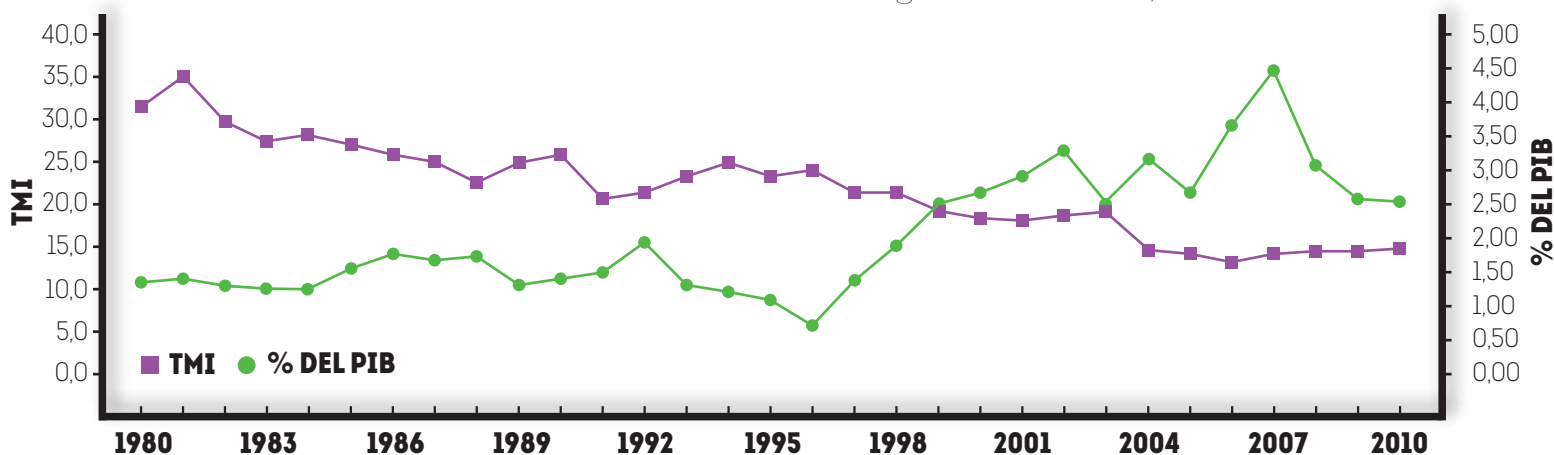


Gráfico 5: Gasto en salud como % del PIB y TMI.Venezuela, 1985-2014*

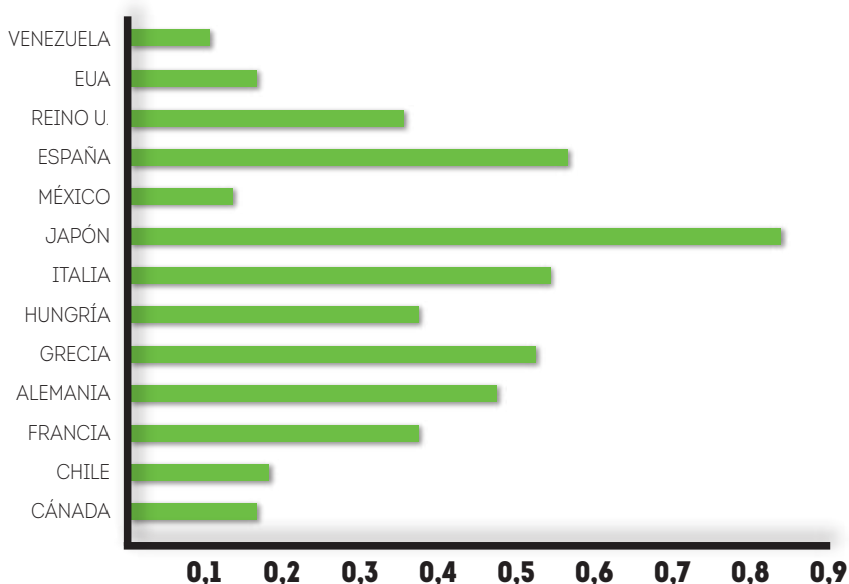


Fuente gráfico 4: Leyes de presupuesto 2010-2014. Cálculos Silvia Salvato y el autor. Fuente gráfico 5: INE, 2013; BCV, 2013

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. 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.

Para un mayor detalle de lo que aquí afirmamos, el gráfico 6 muestra las Tasas Medias de Reducción Anual (TMRA) de la MI en países de todos los continentes, en comparación con Venezuela.⁵

Gráfico 6: TMRA de la MI ajustada en países seleccionados, 1995-2010.



Como puede observarse, Venezuela es al país con menor reducción anual el en lapso considerado (1995-2010) en el cual creció la inversión en salud en la proporción anteriormente mostrada. Según el último Boletín Epidemiológico Semanal (Nº 42), las muertes maternas e infantiles superan ya las ocurridas en 2013

cobertura de la atención prenatal, actividad ésta que debería influir notoriamente sobre la disminución de la MM, y que la publicación de OPS sobre Barrio Adentro (2006) destaca con un aumento de cobertura de algo más del 57 % de las embarazadas.

Mortalidad Materna (MM)

Una de las tareas más destacadas en el informe sobre la MBA que elabora la OPS para 2006, es el aumento de la



⁵ La Tasa Media de Reducción Anual (TMRA) es un logaritmo de la diferencia entre la última y la primera tasa, cuya base es el número de años transcurridos entre la primera y la última observación. Cuando es ajustada, se pondera por la primera observación, dado que la intensidad de la reducción es mayor a medida que la primera tasa también lo es. Fuente gráfico 6: OECD, 2013; MPPS, 2011. Cálculos propios.

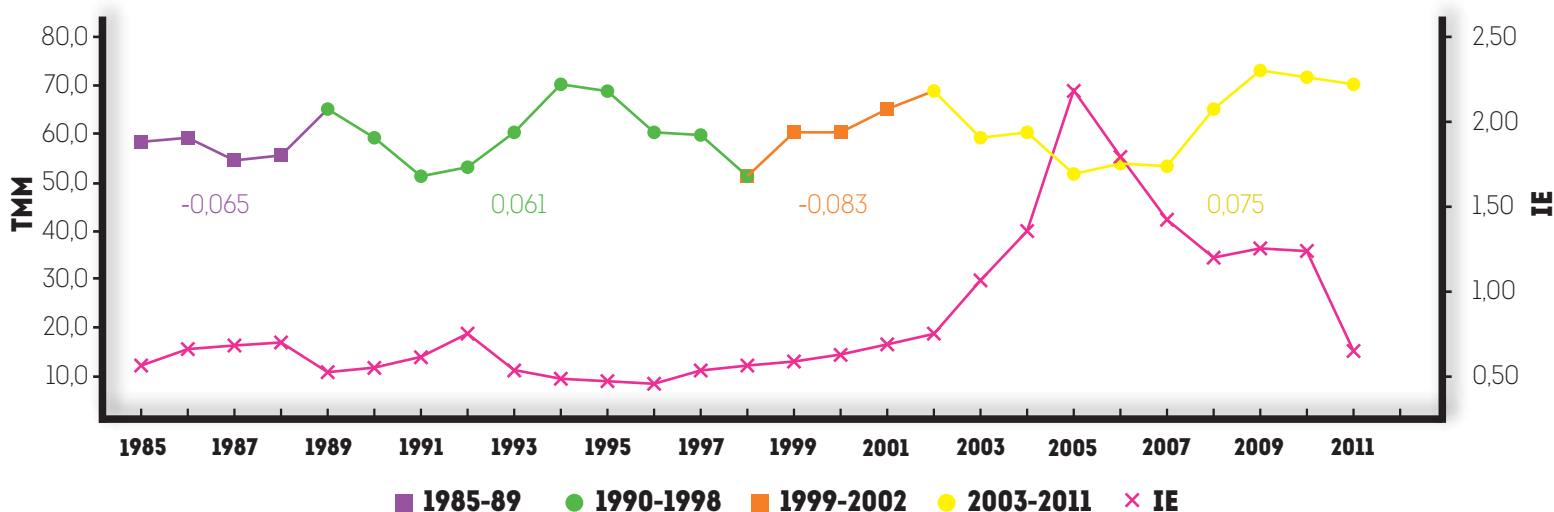
En el gráfico 7 se identifican cuatro lapsos diferentes en la evolución de la TMM: Antes de la descentralización de los servicios de salud (1985-1988); durante la descentralización de dichos servicios (1990-1998); a partir de la formulación de la nueva Constitución (1999-2002) y a partir de la puesta 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.⁶ 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, cuando entre en funcionamiento la MBA y 2011, último dato disponible.

Enfermedades emergentes y 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. La vigilancia epidemiológica, al lado de los intereses de las compañías norteamericanas, inglesas y holandesas 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

Gráfico 7: Evolución de la TMM y sus TMRA en lapsos seleccionados e índice de efectividad (IE) del gasto en relación con la MM en lapsos seleccionados. Venezuela, 1985-2010



⁶ El Índice de efectividad (IE) 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 fórmula: $IE = (PIB/TMM) \cdot \sqrt{TMRA}$.

Fuente gráfico 7: INE, 2008; Anuarios de Mortalidad año 1990 al 2008. Dirección de Información Social y Estadística de Salud, MPPS.

alcanza un total de más de 63.000 casos diagnosticados (MPPS, 2013). E éstas, debe añadirse la situación de la fiebre de Chikungunya que, a pesar de iniciarse como epidemia a partir de enero de 2014 según los casos reportados en el Boletín Epidemiológico Semanal del MPPSA donde se señala que la enfermedad supera los canales endémicos estadísticamente normales, a la fecha de este informe no se reconoce como epidemia. Al respecto, veamos este reporte acerca de la información obligatoria de las entidades federales al Ministerio:

“...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. Para el 2014, se reportan más de 48.000 nuevos casos, la mayoría de los cuales se concentran en el sur del país (MPPS, 2014). En el caso de la Chikungunya, ya el Ministerio reconoce la existencia de más de 5000 casos. Sin embargo, dadas las deficiencias de información anotadas, se calcula que en realidad superan con mucho la cifra oficial de casos confirmados. En cuanto a la reciente epidemia de Ebola, la mayor parte de los especialistas informan la escasa preparación del país para enfrentar una eventual invasión de dicho virus que, como sabemos, es altamente letal.

Vacunaciones

Esta tarea resulta esencial en los sistemas de salud para la protección, sobre todo, de los niños. Esta cobertura se

redujo en el caso de la triple bacteriana y la cobertura de vacunación contra la poliomiélitis (APO) pasó 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. Los gráficos 10 y 11, según las últimas informaciones oficiales disponibles, muestran la cobertura de vacunación por antipolio oral y por triple bacteriana.



Gráfico 8: Coberturas de vacunación con APO en niños menores de un año (porcentajes). Venezuela, 1992-2008

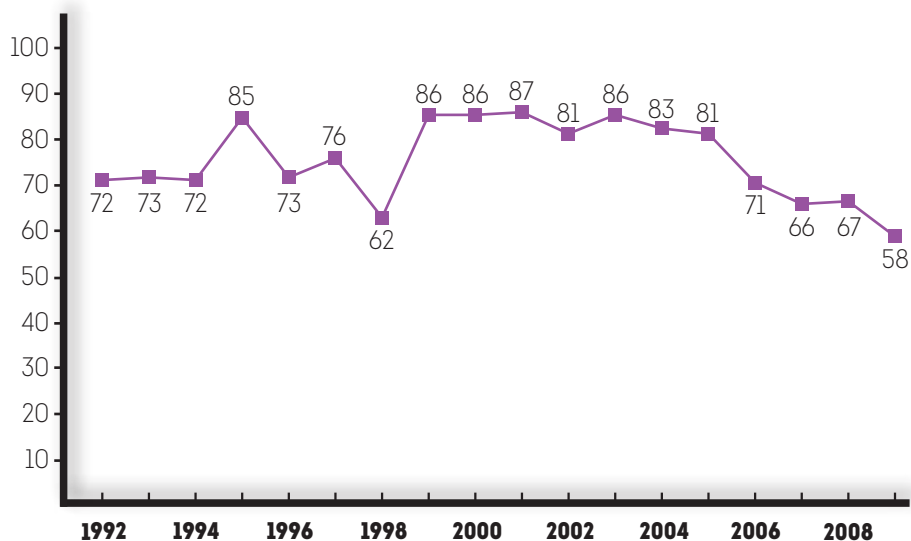
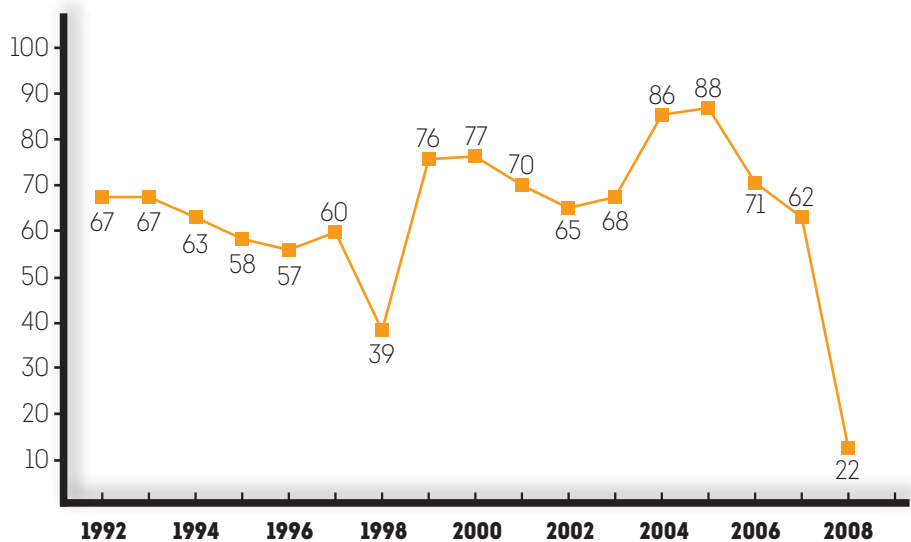


Gráfico 9: Coberturas de vacunación con triple bacteriana en niños menores de un año (porcentajes). Venezuela, 1992-2008



Actividad Hospitalaria

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 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 que han 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.⁷ En relación a esta situación de

escasez de medicamentos y de uso desconocido de los recursos asignados para remodelación y equipamiento de centros asistenciales, ya ha habido manifestaciones de enfermos y personal de salud en protesta por esta situación y se ha introducido por parte de la red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela ante la Contraloría General de la República, una demanda de investigación al respecto.⁸ Nuevamente vemos aquí el ejemplo de la paradoja del impacto del gasto. Las inversiones en infraestructura fueron de más de 700 millones de dólares ara el año 2007 (MPPS, 2012), fecha en la cual comienza la reducción

Gráfico 10: Movimiento hospitalario MPPS junio 2011

ACTIVIDAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL ACTIVIDAD
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

⁷ 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.

⁸ La comunicación en cuestión fue introducida en 2012, a raíz del término de la gestión de la ministra Sader quien fue inculpada en 2014 y, un mes después, liberada por el Tribunal Supremo de Justicia, de toda responsabilidad por la omisión de la firma de los contratos de mantenimiento. Uno de los firmantes de la denuncia es el autor.

paulatina, pero constante e irreversible, de las cifras de movimiento hospitalario, como puede verse en el gráfico es cuestión.

Carencia de medicamentos

Este es uno de los temas que más afecta a los usuarios de los servicios de salud, sobre todo si se toma en cuenta que, según las cifras del BCV (2014), la última encuesta de presupuesto familiar en el 2011, el 60 % del gasto privado en salud era hecho en medicamentos. Hoy día se estima que la carencia de estos insumos en los establecimientos de salud puede superar el 70 %, afectando especialmente a las cirugías electivas y a los tratamientos de enfermos crónicos. Pero el tema de los medicamentos alcanza también a toda la sociedad. La epidemia no declarada de fiebre Chikungunya ha cobrado más de 200 vidas reportándose un total de mas de 100.000 casos lo cual implica que Venezuela posee la segunda tasa de letalidad más alta por esa causa en el mundo (2,4 x 1000 habitantes) (RSCMV, 2014). Dado que no existen medicamentos para curar o prevenir esta enfermedad, el tratamiento

paliativo se basa en Acetaminofén, medicamento que se ha encontrado vencido en muchos establecimientos que prestan servicios públicos de salud. Las redes sociales difunden con angustia remedios caseros consistentes en la mezcla de frutas y especies varias como remedios alternativos a la ausencia de los apropiados que es difícil encontrar en las farmacias. Ante esta situación, sólo existe el silencio informativo del MPPS que no reconoce la situación como epidemia a pesar de que aparece en los canales endémicos de los boletinas epidemiológicos semanales que emite el propio Ministerio y de que esta situación había sido advertida al gobierno por los expertos desde diciembre de 2013. El 7 de octubre de 2014, el diario El Tiempo de Bogotá, Colombia, editorializa con el título “Venezuela busca medicinas”:

“Son difíciles y complejos los problemas políticos, económicos y sociales que afronta el hermano país. Pero ahora surge una dramática y peligrosa escasez de medicamentos, que no se consiguen ya en farmacias, centros ambulatorios, hospitales ni clínicas...La

Federación Médica Venezolana informó el mes pasado que el 97 por ciento de los hospitales del país tienen una dotación que no supera el 3 por ciento de sus necesidades. La situación es muy delicada...Es tal la situación que los médicos se han visto obligados a recetar hasta cinco medicamentos diferentes para dar opciones a los pacientes, además de recomendar tratamientos caseros o improvisar la fabricación de equipos quirúrgicos básicos...El panorama es muy preocupante, pues toman fuerza enfermedades como la malaria y la tuberculosis, el dengue y el chikunguña, entre otras, aunque las autoridades minimizan el asunto. Aquí no debe haber sino solidaridad con los venezolanos”.





Del énfasis en la atención primaria de cobertura universal, los regímenes chavista y post-chavistas regresaron bruscamente desde el énfasis conferido a la APS, hacia 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 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 desinstitucionalización

Pero quizá el tema de mayor envergadura 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 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 MSAS a MSDS (ministerio de Salud y Desarrollo Social) mostrando con ello la intención de integralidad 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. 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.

La llegada de la Misión Médica Cubana (MMC) y la puesta en marcha de las Misiones, especialmente 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.

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.¹⁰

La descentralización no evaluada, la clientelización y la pérdida de liderazgo simbólico, político y técnico, conducen al MPPS de hoy día a la imposibilidad de intervenir para 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. Las evidencias apuntan a una suerte de “fraude sanitario”, a un espacio que tiene más que ver con la consolidación de la actual estructura de poder y al aumento de la corrupción, que hacia las necesidades de salud de la población.

La existencia de las demás Misiones en salud sólo

empeoran el panorama porque, tienden a segmentar y fragmentar aun más la estructura de los servicios, con la consecuente ineficiencia de la inversión y la imposibilidad de controlar el proceso de desinstitutionalización.

Transcurridos 16 años de régimen chavista y su continuación en el gobierno de Nicolás Maduro, no ha sido posible disponer de un SPNS, tal y como lo exige la Constitución de 1999 y queda claro que la MBA no constituye ni de lejos, una nueva institucionalidad porque los problemas que aquí se ha reseñado, aun cuando caen dentro de sus competencias, no ha sido superados ni atendidos adecuadamente, tal y como muestra las mismas cifras oficiales y no oficiales aquí presentadas. 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

¹⁰ Esta información no proviene de fuentes escritas, sino de la experiencia directa del autor, quien ejerció la dirección del proceso de reforma desde el Ministerio, entre 1998 y 2001.

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%.¹¹ 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. En el peor de los casos, quienes no disponen de los recursos necesarios, dependen de su sujeción a los mandatos del partido de gobierno, a la

súplica plañidera del desconsuelo o simplemente a verse dejar morir.

Financiamiento y Gestión de la Misión Barrio Adentro

A pesar de las dificultades para disponer de información confiable acerca del financiamiento de la MBA, es posible conseguir lo invertido a partir de las dos fuentes principales de financiamiento: El presupuesto ordinario y sus ajustes y los fondos de PDVSA. La tabla 1 muestra los aportes a la MBA según fuentes de financiamiento entre 2005 y 2014.

Tabla 1: Aportes a la MBA según fuentes de financiamiento y variaciones porcentuales interanuales. Venezuela, 2005-2014. (millones de Us. \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL X FONDO
FONDOS PDVSA	309	1.693	3.258	130	7	3.463	3.781	5.581	3.888	5.581	27.691
PRESUPUESTO	18,8	46,8	16,7	31,6	32,1	157,2	148,1	363,5	353,2	908,7	2.076,7
TOTALES X AÑO	327,8	1739,8	3.274,7	161,6	39,1	3.620,2	3.929,1	5.944,5	4.241,2	6.489,7	29.767,7
VARIACIÓN EN %	100	430,8	88,2	-95,1	-75,8	9.158,8	8,5	51,3	-28,7	53	8.981,1

¹¹ Esta cifra proviene de un análisis elaborado por el equipo de salud del CENDES sobre el presupuesto del gobierno para 2014 que culminó el 3 de diciembre del 2013. Fuente tabla 1: Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA). Balance de la Gestión Social y Ambiental. Año 2012. CONAPRE, varios años. Cálculos propios.

Los aportes de PDVSA más que quintuplican los recursos acordados en los presupuestos nacionales más sus ajustes que, como se indica, para el año 2014 sólo abarcan los efectuados hasta el mes de agosto.

Para tener idea de la importancia relativa de los aportes de la petrolera, la tabla 2 muestra la distribución de recursos a programas sociales del gobierno por parte de PDVSA.

Si se toman en cuenta la totalidad de las misiones hasta 2014, la MBA cuenta con el 51,3 % del total de los recursos asignados a ellas; en relación al aporte al gasto social total

por parte de PDVSA, la MBA es el 17, 2 % de esos recursos financieros.

A los recursos aquí especificados hay que añadir el total transferido desde otros Ministerios y organismos oficiales a salud, así como las transferencias a los estados descentralizados tal y como se muestra en la tabla 3 y cuánto de dichos recursos están dirigidos a la MBA. Estas cantidades sólo pueden ser estimadas pues no existe un registro de tal especificidad, de manera que es posible considerar, dada la tendencia del gasto público en salud y el porcentaje de recursos dedicados a las misiones por parte de PDVSA, cuánto

habría que añadir al total de la tabla 1. Así para 2014 el gran total de los fondos destinados a la MBA añadiendo 4.129,8 (52,7% del total que se muestra en a tabla 3) millones de dólares provenientes de tales transferencias, sería de 10. 610,5 millones de dólares.

Beneficiarios de la MBA

En el caso de la MBA debe entenderse que el número de beneficiarios está medido principalmente por el número de consultas reportadas a la MMC y al MPPS. El último dato disponible nos indica que el total de consultas fue de 609.704.922 consultas efectuadas.¹² Si esta cifra se compara con la población del

Tabla 2: Aportes a misiones, programas y proyectos sociales hasta 2014 (millones de Us. \$)

	M US\$	%
MISIÓN BARRIO ADENTRO	27.691	17,2
TODAS LAS MISIONES	54.015	33,5
OTROS PROGRAMAS Y PROYECTOS	79.443	49,3
TOTAL	161.149	100

Tabla 3: Aportes a salud de ministerios y otros organismos públicos. Venezuela 2010 y 2014 (millones de Us. \$)

	2010	2014	%
OTROS MINIS. Y ORG. PÚB.	1.099,5	2.187,6	99
SALUD	1.361,6	4.391	222,5
TRANSFERENCIAS A EDOS. DESC.	729,2	1.257,9	65,7
TOTAL	3.220	7.837	143,3

¹²Instituto Nacional de Estadística (INE), 2014

Fuente tabla 2: PDVSA. Balance de la Gestión Social y Ambiental. Cálculos propios.

Fuente tabla 3: Leyes de presupuesto ONAPRE, varios años. Cálculos propios.

año correspondiente, que según el INE alcanzaba a 29.718.357, resulta que cada venezolano consultó 20,5 veces en la MBA. Como se señalará más adelante, se debe entender que sobre todo la MBA I está dirigida a facilitar acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) y que ésta, a su vez, se concentra en las zonas más pobres, debemos comparar la cantidad de consultas con estos hogares que, según las cifras del INE (2014) para el año 2012 alcanzaban el 27 % del total de las familias (1.604.251) de manera que el promedio de consultas por familia pobre, categoría que incluye pobreza extrema, llega a más de 104 consultas al año. Es claro ver

que estas cifras son una exageración que puede atribuirse a las exigencias hechas por la MMC a sus funcionarios de manera que se pueden haberse visto forzados a rellenar formularios de informes de consultas por encima de lo realmente hecho. La tabla 4 muestra estas cifras de formas más clara.

Según estas cifras, cada venezolano había utilizado los servicios de la MBA 20,5 veces en 10 años y 2,1 veces cada año. Si circunscribimos los datos a las familias pobres y a los pobres, cada una de ellas usó los servicios 38,6 veces y cada pobre 7,7 veces cada año, de manera que cada año, en promedio, se realizaron

61.970.492 consultas. Si hacemos una proyección tendencial de estas cifras, encontramos que para el año 2014, se habrían realizado un total de 743.645.906 consultas y las cifras anteriores variarían de la forma en que muestra en la tabla 5, sobre una población estimada por el INE de 30.206.307 habitantes y los índices de pobreza correspondientes.

Tabla 4: Beneficiarios (población total, familias en pobreza y pobres) de la MBA Venezuela, 2013-2012

	BENEFICIARIOS	CONSULTAS TOTALES	CONSULTAS X AÑO
CONSULTAS	619.704.922	20,5	2,1
FAMILIAS POBRES	1.604.251	386,3	38,6
POBLACIÓN EN POBREZA	8.021.255	77,3	7,7

Tabla 5: Estimación de beneficiarios (población total, familias en pobreza y pobres) de la MBA. Venezuela, 2013-2014

	BENEFICIARIOS	CONSULTAS TOTALES	CONSULTAS X AÑO
CONSULTAS	743.645.906	24,6	2,5
FAMILIAS POBRES	1.661.347	447,6	44,7
POBLACIÓN EN POBREZA	8.306.735	89,5	8,9

Fuente tabla 4: INE, 2014.

Fuente tabla 5: INE, 2014. Cálculos propios.

Costos de la MBA

Según estos datos aquí mostrados, la cobertura de la MBA ha sido enorme y muy completa y la inversión significativa. Al respecto véase lo que se muestra en la siguiente tabla acerca de los costos de las actividades reportadas oficialmente.

Tabla 6: Costos de la MBA por población, familias en pobreza y pobres (Us\$)

CONSULTAS	40
FAMILIAS POBRES	17.922
POBLACIÓN EN POBREZA	3.583

Teóricamente, si se considera la totalidad de la población, cada consulta realizada en la MBA tuvo un costo, hasta el año 2014 de US \$ 40; la atención a cada familia en pobreza 17.922 y si se toma en cuenta la totalidad de personas en situación de pobreza, cada una contó con una inversión de 3.583 dólares, respectivamente. Se trata entonces de una inversión pública que rebasa ampliamente lo que se gastaba

en Venezuela per cápita que para el año 1998, sólo alcanzó la cifra de US \$ 160 (Resven, 2005). Esta diferencia nos permite apreciar la magnitud del aumento en el gasto en salud con la limitación de que tanto el número total de familias pobres como de personas en situación de pobreza son estimaciones con base en los porcentajes que el INE ofrece en su página acerca de estas categorías sociales y, también con base en la población estimada por ese Instituto para los años en cuestión (2012 y 2014). Con estas limitaciones, estamos en presencia de la inversión más grande jamás realizada en el sector en toda la historia republicana de Venezuela. De aquí que sea necesario comparar esa inversión social con los resultados obtenidos, de acuerdo a las metas programadas para la MBA. De acuerdo a los documentos oficiales, esas metas u objetivos fueron, para el momento del lanzamiento de la MBA (2003) las siguientes:

- Establecer un modelo de atención integral para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones postergadas en Venezuela

- Puesta en marcha de servicios de atención médica basados Atención Primaria de Salud (APS)
- Aumentar la accesibilidad a los servicios de salud de las poblaciones postergadas, familias y colectivos.
- Recuperación de recursos humanos en salud rechazados por el sistema formal de educación para su entrenamiento y formación en Medicina Integral Comunitaria.

Hay un conjunto de metas que resultan evidentes aunque no estén estrictamente especificadas en los documentos de la MBA y son las que se refieren al impacto que esta iniciativa podría tener sobre los indicadores básicos de salud. Ya en la primera parte de este informe hemos mostrado el seguimiento hecho a tales indicadores, específicamente a los más importantes como son la Mortalidad Infantil (MI) y la Mortalidad Materna (MM) y hemos mostrado cómo esos indicadores, no responden a la magnitud de la inversión realizada y, en algunos casos como la MM, no solamente no han mejorado los indicadores, sino que la Tasa correspondiente ha experimentado un aumento que ha colocado la situación en términos peores

de lo que ocurría con la MM en 1985 (véase gráfico correspondiente).

Igualmente, los fracasos habidos en la MBA I -base fundamental del sistema de salud que se pretendía instaurar- fueron públicamente reconocidos por el difunto Presidente Chávez en, al menos, dos ocasiones (2007 y 2008) cuando en las sesiones correspondientes de Aló Presidente, denunció el cierre de más de 2000 consultorios populares y pidió responsabilidades sin que nunca se hayan podido fijar o se haya tomado en cuenta dicha denuncia por algún poder público.

Por eso, los indicadores que se publicitan por parte del gobierno, son meramente administrativos, referidos como hemos señalado en la primera parte de este informe, a aspectos relacionados con la magnitud de la inversión, la cobertura de algunos problemas de salud y las toneladas de medicamentos repartidos, entre otros. No existen en los reportes oficiales señales de querer evaluar el impacto sobre los indicadores de salud, de aquí la importancia de lo que al

respecto se ha presentado como aproximación a esos impactos en la primera parte de este informe.

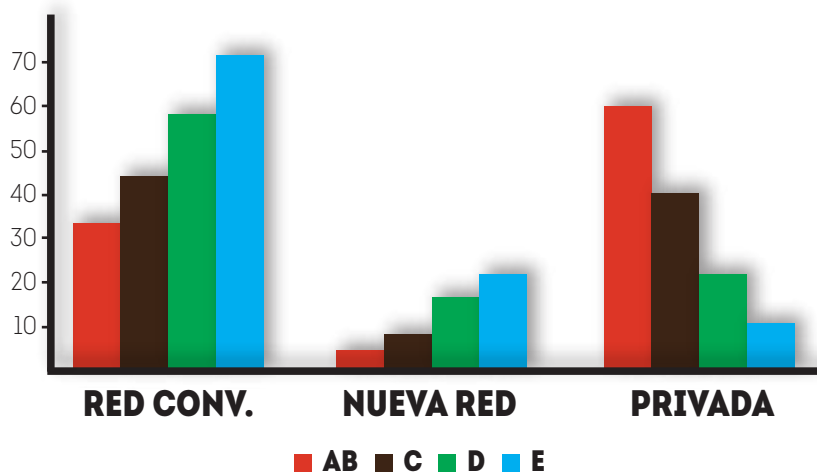
Sobre la Accesibilidad a los servicios

En el año 2005, dos años después de puesta en marcha la MBA, se realizó una encuesta epidemiológica financiada por la Unión Europea que cubrió la totalidad del país, en una muestra de 11.000 familias y cuyos resultados mostraron un uso limitado de los servicios ofrecidos por la MBA. 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 (UE-WDC, 2006). Al respecto, obsérvese el gráfico 10.

Por Red Convencional (Red Conv. en el gráfico) se entiende la suma de establecimientos de salud preexistentes a la MBA, es decir hospitales y ambulatorios no dependientes de la Misión Médica Cubana (MMC) y adscritos, directa o indirectamente al Ministerio de Salud o a las gobernaciones regionales; por Nueva Red, los correspondientes a la MBA, y la categoría “Privada” agrupa a los prestadores de la red

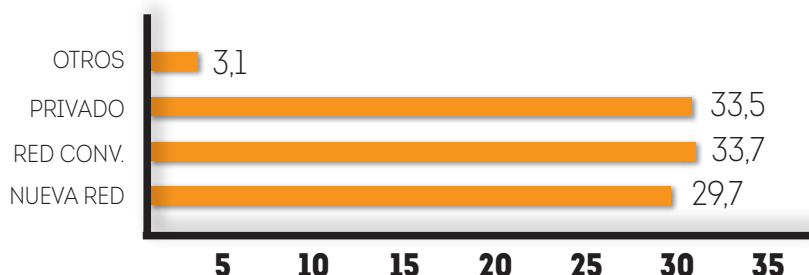
Gráfico 10: Uso de servicios de salud por tipo de red y niveles socioeconómicos.
Venezuela, 2005
(% sobre el total de cada estrato)



privada, lucrativa y no lucrativa, de servicios de salud. Obsérvese que el estrato más bajo (E) usa mayoritariamente los servicios públicos aquí llamados convencionales y muestran un uso importante de la red privada; en último lugar, la red de la MBA. Estos hallazgos fueron corroborados en varios estudios posteriores (PROVEA, 2008; PROVEA, 2010; PROVEA, 2011). Incluso en la Encuesta Nacional de Presupuesto Familiar de 2009 que conduce el Banco Central de Venezuela (BCV) se encontró una situación similar que se presenta en el siguiente gráfico en el cual se puede apreciar el uso incremental de los servicios privados aunque no está diferenciado por estratos sociales como el gráfico anterior. Pero, además, en los datos del BCV están consideradas todas las Misiones en salud; el gráfico 11, sólo se refiere a los servicios dispensados por la MBA.

Aquí se pone de manifiesto, la creciente privatización de los servicios ofrecidos y, por otra parte, la importancia que sigue teniendo para la

Gráfico 11: uso de servicios por tipo de red Venezuela, 2009. (% total de usuarios)



población la red de servicios públicos pre-existentes a la MBA y que es la que recibe menos recursos.

De esta forma, independientemente de cuán accesibles puedan haber sido los servicios de la red de la MBA, en la realidad, su demanda, medida por el uso de los servicios aquí mostrado, no tiene significación para mejorar ni la salud ni la calidad de vida como se propuso la MBA.

Esta situación también podría contribuir a explicar el cambio de dirección de la política de salud que dejó de referirse a la PAS para concentrarse en los niveles de mayor complejidad, de manera que el gobierno anunció la construcción de nuevos hospitales y la reparación y mejoramiento de los existentes, lo que se llamó MBA IV. Son conocidas las

múltiples denuncias por el incumplimiento de esas metas. Pero hay un aspecto importante que tuvo que ver con ese cambio de política y fue la redefinición del papel de los MIC en los servicios de salud, dada la situación de abandono de la red primaria de la MBA.

Recursos Humanos

Merced a los convenios firmados desde el año 2000, tanto en Cuba como en Venezuela, se pusieron en marcha programas de educación para aspirantes a médicos, conocidos como Medicina Integral Comunitaria (MIC) cuyos egresados, ante el deterioro de la red primaria de atención de la MBA y la creciente demanda insatisfecha de servicios de salud, 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 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 de salud y el propio ex presidente Chávez.

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 de la calidad del acto médico, al tiempo que atentará 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 escuela de medicina 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.

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 evaluación de los MIC realizada entre enero y abril de 2012 en la misma escuela de

medicina, 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”.¹³

A esta situación, por demás preocupante, se suman los siguientes problemas:

- Emigración de profesionales de la medicina a otros países, principalmente España y los Estados Unidos de Norteamérica, Colombia, Perú, entre otros países que han recibido a los médicos venezolanos.
- Violencia incontrolada y deterioro de las condiciones de trabajo por falta de insumos y equipos
- Salarios bajos, a diferencia de lo que teóricamente se cancela a los profesionales cubanos. Sobre este tema es necesario recalcar que, en términos reales, lo que efectivamente recibe el personal cubano, es una pequeña parte de lo acordado



¹³ Publicado por la mencionada escuela de medicina en el Diario El Universal. Caracas, 20/11/2013

en con-venios firmados, porque la mayor parte va al gobierno de Cuba, configurándose así una situación de explotación de la fuerza de trabajo proveniente de ese país.

Conclusiones

Como puede verse, las metas fundamentales de la MBA no han sido ni siquiera medianamente alcanzadas. La cuantiosa inversión realizada ha debido tener un destino diferente a aquel para el cual fue destinada originalmente porque de otra forma, no se puede entender el deterioro de los diferentes establecimientos y servicios y, sobre todo, la inexistencia del SPNS, habiendo existido una ley para su constitución y funcionamiento.

Como se ha comentado, otro de los problemas es el acceso a la información sobre salud, que se ha convertido en un misterio, violando el derecho de todos los ciudadanos a conocer la situación de salud del país. En la primera parte de este informe se han señalado ejemplos de las incongruencias entre las diferentes fuentes que proporcionan información sobre salud en Venezuela.

Todo lo aquí mostrado constituye un fraude sanitario porque los verdaderos objetivos de la MBA nunca fueron explicitados de manera suficientemente clara ya que se constituyó en una fuente más de corrupción, de ejercicio incontrolado de la violencia, destruyendo iniciativas destinadas a mejorar la salud y la calidad de vida, violando el derecho a la salud de todos los venezolanos, especialmente de los grupos más deprimidos, dando la sensación de que se hacía una oferta históricamente inexistente en el país, cuando en realidad se ha tratado de ofrecer “medicina para pobres” que, como se sabe, es una “pobre medicina”. Lo que si queda claro es el uso político electoral de la MBA, como lo declaró el difunto Presidente Chávez y se ha presentado en la primera parte de este informe. La MBA ha sido no sólo la primera sino la más importante desde el punto de vista político porque ha servido de base para los acuerdos y convenios con el gobierno cubano y como instrumento de consolidación del poder con muy poca vinculación con la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.



LAS IMÁGENES UTILIZADAS A LO LARGO DEL INFORME SON UTILIZADAS NETAMENTE CON FINES DIDÁCTICOS, EN NINGÚN MOMENTO SERÁN PARTE DE ALGUNA TRANSACCIÓN COMERCIAL.