



HAL
open science

Institucionalización y reinstitucionalización de la salud: Salud y hegemonía en Venezuela

Jorge Díaz Polanco

► **To cite this version:**

Jorge Díaz Polanco. Institucionalización y reinstitucionalización de la salud: Salud y hegemonía en Venezuela. Encuentro de Latinoamericanistas Españoles (12. 2006. Santander): Viejas y nuevas alianzas entre América Latina y España, 2006, s.l., España. pp.1007-1017. halshs-00103938

HAL Id: halshs-00103938

<https://shs.hal.science/halshs-00103938>

Submitted on 5 Oct 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

INSTITUCIONALIZACIÓN Y REINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD: SALUD Y HEGEMONÍA EN
VENEZUELA

Jorge DÍAZ POLANCO*
Profesor-Investigador del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES)
Universidad Central Venezuela.
jdpolanco@cantv.net

RESUMEN: Este artículo enfoca el proceso de cambio social en Venezuela a partir de 1999, frente a la crisis de legitimidad del sistema político, enfatizando en una de las políticas sociales más importantes en el discurso del gobierno bolivariano, como lo es la política de salud. Esta se enfoca en sus aspectos institucionales y se analizan sus resultados, tanto sanitarios como políticos, después de cuatro años de haber puesto en marcha planes masivos de atención primaria en salud y de haber producido importantes transformaciones institucionales en el sector. Se analizan tales resultados y los problemas de poder involucrados en la transformación del sector y se plantean escenarios a futuro.

Palabras Clave: Salud, Políticas de Salud, Barrio Adentro, Venezuela, Hegemonía

El tema de la atención primaria a la salud ha sido una inquietud constante, tanto de organismos internacionales como de muchos de los países de América Latina desde hace ya varias décadas. Esas tendencias se expresaron como preocupaciones de numerosos organismos planificadores en algunos países y llegaron incluso a formularse en los programas de formación del personal médico. Fueron numerosos los talleres y seminarios que se llevaron a cabo con el objetivo de conseguir el médico necesario para cada país. Todos esos intentos tuvieron como denominador común la definición del médico general por considerarlo de importancia capital a la hora de organizar la atención primaria a la salud. Es de destacar que desde comienzos de los años sesenta, esos intentos contaron con el auspicio de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que también apadrinó la búsqueda de conocimientos al respecto. Pero la que puede efectivamente considerarse como su universalización, se dio sólo merced a la iniciativa de la OMS a finales de la década de los años 70 con la conferencia de Alma Ata en la cual, por primera vez, los países se comprometieron al logro común de ciertas metas relacionadas con lo que entonces se denominó “Salud para todos en el año 2000” y que tenía implicaciones, tanto para la educación médica y la investigación científica, como para la forma de organizar y administrar los sistemas de salud.

Se desarrollaron, como se ha señalado, un conjunto de investigaciones al respecto que abarcaron desde el análisis de los currícula, hasta versiones experimentales de diseños educativos de pregrado en los cuales se intentaba vincular al estudiante de medicina con actividades comunitarias, como intentos de superar las visiones “hospitalocéntricas” (Bronfman y Díaz Polanco, 1978).

En los años ochenta se definió a la medicina familiar como una especialidad que permitiría suplir la inexistencia del médico general y su escasa figuración en los planes de salud. Numerosos estudios se desarrollaron para poner en evidencia cómo la ignorancia pública acerca de las especialidades médicas y del papel de los médicos generales, inducía una demanda sesgada que significaba altos costos por las implicaciones que tenía sobre el patrón de uso de medicamentos y tecnología destacando, como consecuencia, los problemas de accesibilidad y de equidad que ello planteaba. Igualmente, ese patrón de la demanda tenía desiguales impactos en diferentes sistemas de salud. En aquellos países en los cuales los sistemas operaban sobre la base de financiamiento privado en cualesquiera de sus modalidades, el acceso a los servicios se veía limitado por las condiciones socio-económicas de la población; por su parte, en los países con sistemas públicos de salud, imponía onerosas cargas para el Estado. En ambos casos, aún cuando con implicaciones sociales distintas, se trataba también de un problema de costos y de su contención. Ello llevó a algunos autores a plantear que las iniciativas que favorecían la atención primaria, especialmente el caso de la medicina familiar, eran intentos de frenar los costos, restringiendo el acceso a la tecnología de punta a ciertos grupos sociales menos favorecidos constituyendo así, no una atención primaria, sino “primitiva” reproductora de las desigualdades sociales y las inequidades en el terreno de la salud (Testa, 1983).

Como se ve, el tema de la atención primaria ha sido objeto de una enorme cantidad de discusiones sobre todo porque el compromiso político de los Estados no dio el resultado previsto en el plazo establecido (año 2000) y ello no es sólo atribuible a ineficiencias administrativas y de gestión, sino también a los nuevos problemas de salud que se fueron desarrollando en el mundo constituyendo casi epidemias mundiales, como es el caso del VIH-SIDA, por sólo poner un ejemplo y a la reaparición de viejas y supuestamente superadas endemias, como es el caso de la malaria y la fiebre amarilla. Igualmente debe tenerse en cuenta el papel que pueda haber jugado el envejecimiento de la población que ha venido ocurriendo en los países desarrollados y que comienza a verse en algunos países en desarrollo.

Un lugar destacado dentro de los desarrollos de la atención primaria, ha sido ocupado por Cuba. El desarrollo post-revolucionario de la medicina en este país, basado en la atención primaria y en la focalización hacia los grupos más necesitados, produjo importantes resultados en la reducción de la mortalidad infantil, así como en otros indicadores sanitarios, fuertemente influidos por las condiciones de vida. Este modelo, basado en una masiva producción de personal de salud se sustentó en un férreo control de la sociedad civil por el Estado cubano y en ese proceso, la compulsión por la salud parece haber jugado un papel importante, al conjugar en la práctica cotidiana de la prestación de servicios de salud y el control social de la población para garantizar un comportamiento sanitario adecuado. Este modelo de formación masiva de personal de salud, obedeció a su escasez. Para 1960, había emigrado de Cuba más del 50 % de los médi-

cos (OPS, 1961). En una población mayoritariamente joven, con altas tasas de natalidad y con grandes problemas de salud materno-infantil, este personal jugó un papel fundamental en la posterior y drástica disminución de los indicadores, que fueron citados como ejemplo mundial de eficacia del sistema cubano de salud a partir de la fecha señalada.

Frente a las limitaciones de las diferentes formas de atención primaria y de los intentos de reforma de los sistemas de salud, Venezuela se ha visto en medio de un conjunto de iniciativas que parecen destinadas a construir una nueva institucionalidad en el terreno sanitario y que están especialmente dirigidas hacia la atención de la salud de las poblaciones más necesitadas. Se trata de la Misión Barrio Adentro (MBA), como opción de atención primaria con un fuerte y decisivo apoyo del gobierno cubano. Pero esos lazos de colaboración entre Venezuela y Cuba no deben verse restringidos sólo al ámbito sanitario; de hecho, el proceso de cambio político actual por el cual atraviesa Venezuela, coloca importantes componentes políticos en el escenario, de manera que es necesario un esfuerzo analítico importante para poder distinguir entre las implicaciones en salud, y aquellas que están directamente relacionadas con la conquista, preservación y acrecentamiento del poder. Por ello se hace indispensable un análisis del contexto político y un recuento de los hechos históricos que contribuyan a ubicar y esclarecer el sentido y la dirección de BA.

EL CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO VENEZOLANO

Basado en una economía básicamente rentista-petrolera, el Estado venezolano a partir de mediados de los años 40 se convirtió en una fuente de ingresos permanentes que no requerían de esfuerzo productivo sistemático, de manera que la política entró en ese escenario como la forma en que se pactaba el acceso, disfrute y dilapidación de la riqueza petrolera entre los grupos acordados. Muchas predicciones sobre el futuro de la sociedad venezolana fueron elaboradas sobre la base de las crisis petroleras y su repercusión en el proceso de distribución y re-distribución de la riqueza, como fuerzas reordenadoras de las relaciones sociales (Silva Michelena, 1970). A partir de 1959 el ejercicio del poder se podría definir como la alternancia pactada entre dos grupos políticos. Por eso, durante esos años de democracia post dictadura, el ejercicio de la ciudadanía se vio seriamente restringido y la base sobre la cual se diseñó el Estado, fue la exclusión social y política de importantes minorías de la población venezolana.

Una prolongada crisis fiscal, producto de la reducción de los precios del petróleo, condujo a devaluaciones monetarias sucesivas, como forma de enfrentar la crisis, con el consiguiente impacto en el ingreso personal y familiar y deterioro de las condiciones generales de vida, además de un creciente proceso de endeudamiento externo. Se deshizo el sueño de una sociedad opulenta en la cual había llegado a existir pleno empleo, se deterioró gravemente la imagen de la democracia y de los partidos que habían venido sustentándola.

Para quienes pudieron percibir las crisis que se avecinaban, fue imperiosa la creación de la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) que intentó sin éxito, una reforma constitucional y promovió la descentralización del Estado, tema que escasamente avanzó en algunos sectores, especialmente en el terreno de la salud. Sin embargo, no existía en el gobierno la voluntad política para echar a andar la redistribución del poder político y nunca se contó con un verdadero respaldo a las políticas de descentralización. En el caso de los servicios de salud, que fueron transferidos entre 1993 y 1998 a 17 de las 24 entidades federales de la República, este proceso se dio prácticamente sin la participación del gobierno central el cual acató esta estrategia como una forma de deslastrarse de los problemas que significaban muchos años de desatención a la población más necesitada y su exclusión del sistema sanitario. Esta exclusión se patentizaba en las disposiciones establecidas al respecto en la Constitución de 1961, en la cual el sistema público de salud existía en virtud de la atención a quienes no pudieran acceder a alguno de los regímenes especiales, incluidos el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y el sector privado. Era, en suma, un sistema para pobres de solemnidad pero que, merced al “desfinanciamiento” progresivo a que fue sometido, carecía de los elementos esenciales para garantizar dicha atención, de manera que su evolución se caracterizó por crecientes tendencias a la privatización expresada en el pago directo o indirecto de los servicios que prestaba, multiplicando así los problemas de acceso. Esta tendencia no varió demasiado con la descentrali-

zación porque la escasez de recursos colocaba a los gerentes de los sistemas regionales en la situación de cobrar a los usuarios o cerrar los establecimientos de salud. La mejora de los servicios sanitarios no tuvo dolientes y es uno de los escenarios privilegiados para observar la crisis de legitimidad del sistema político que había venido imperando y que se expresó en el desmantelamiento de los partidos políticos y en la quiebra de los canales de intermediación entre la sociedad civil y el Estado (Díaz Polanco, 1992). Este fue el terreno abonado para el surgimiento de un nuevo tipo de liderazgo vinculado a una visión más centralista del Estado y de sus relaciones con la sociedad civil.

En 1998, luego de dos intentos de golpe de Estado, Hugo Chávez Frías gana las elecciones a las cuales se postuló con amplio apoyo de los votantes y, al mismo tiempo, un alto margen de abstención¹. Este ascenso fue posible gracias a la alianza de fuerzas muy diversas, entre las cuales se cuentan quienes abjuraron de los partidos tradicionales y los marginados políticos del anterior pacto social, sobre todo los grupos más ortodoxamente marxistas-leninistas. Además del componente reivindicativo que estos grupos podían enarbolar para proponer su acceso al poder, también los unía un fuerte resentimiento social, producto de la exclusión ya mencionada.

La Comisión Presidencial para la Reforma de la Salud y la Seguridad Social

Tal y como estaba previsto en la oferta electoral de Chávez, se convoca una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) y se otorga al recién electo Presidente, una Ley Especial Habilitante que le permitiría tomar decisiones importantes, entre ellas, las relacionadas con el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y el sistema de Seguridad Social. A los efectos del diseño del SPNS, se designó una Comisión Presidencial para recoger el consenso de los más de 40 actores involucrados en la que apareció como inminente reforma del sistema de salud. Esta Comisión Presidencial tenía como metas:

1. Desarrollar y hacer efectivo el mandato constitucional de garantizar la salud como derecho social fundamental
2. Regular todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad
3. Regular la organización, funcionamiento y financiamiento del Sector Salud

En sitios públicamente identificados, comenzó su labor de escuchar a los actores y recibir propuestas para la nueva Ley y para el SPNS que debería estructurarse de acuerdo al mandato Constitucional y a las metas fijadas. En ese sentido, se recibieron más de 50 propuestas, se celebraron reuniones y asambleas con más de 40 actores del sector, se hicieron consultas específicas a los trabajadores de la salud y se invitó a expertos internacionales como conferencistas y asesores. Luego de varios meses de trabajo, la Comisión redactó un proyecto de Ley Orgánica del SPNS, en el cual se destacaban los elementos y principios fundamentales del futuro SPNS, a saber:

- Único
- Descentralizado, organizado como un sistema intergubernamental (SIS)
- Participativo
- Intersectorial
- Financiamiento y Provisión Públicos

El carácter único del sistema apuntaba hacia la necesidad de reunir, bajo una sola rectoría, a todos los sistemas públicos existentes en el país. Esta fragmentación es y ha sido una característica constante del sistema público de salud venezolano confiriéndole un alto grado de ineficiencia e inequidad. Esa estructura fragmentaria, a su vez, es el producto de las prebendas que diferentes grupos lograron construir para sí. De hecho, los principales regímenes especiales tanto de salud como de seguridad social, están vinculados a las profesiones u oficios, siguiendo la lógica laborista del IVSS. De esta manera, la defensa de tales prerrogati-

¹ Las cifras oficiales señalan que un 56,2 % de los votantes sufragó por Hugo Chávez y que la abstención en esas elecciones presidenciales fue de 36,6 % (Carrasqueño, Maingón y Welsch, 2005)

vas se hizo cada vez más enconada, en la medida en que se acentuaba la percepción inminente de la crisis fiscal y política, como una forma de asegurar parcialmente el nivel de vida de los grupos así favorecidos. Maestros y Profesores, docentes universitarios y gremios contratantes con el sector público, entre muchos otros, o disponían de seguros colectivos pagados por los empleadores, o tenían sistemas paralelos que constituyeron verdaderos sistemas asistenciales con estructura y funcionalidad propias, parcial o principalmente financiados con recursos públicos.

Esta fragmentación del sistema de salud, con múltiples formas de contribución o cotización, además de redundar en la creciente ineficiencia del sistema sanitario público venezolano, ha impuesto a sus usuarios una doble y hasta triple tributación y ha reforzado la creencia en la mejor calidad de la prestación privada. Incluso, la distinción entre público y privado tiende a hacerse muy sutil, dadas las relaciones que se establecen entre el destino del gasto público dedicado a salud y los beneficiarios de tal gasto. De esta manera si se cataloga el gasto como la variable definitoria de la naturaleza (pública/privada) del sistema de salud, habría que concluir que el venezolano es un sistema de salud predominantemente privado (Díaz Polanco y otros, 2004).

La unificación del SPNS propuesto pasaba entonces, no sólo por decretar dicha unidad, sino por la necesidad de negociar con los actores afectados por una tal decisión, de manera que esa negociación impusiese, tanto al oferente como al demandante de servicios, el reto de aumentar significativamente la cobertura y calidad de los servicios públicos, de manera de ofrecer a los grupos afectados, al menos, lo que tenían anteriormente. A nuestro juicio, partir de esta base tiene ventajas porque aunque más complejo el proceso, no debe fallar en el necesario aumento de la eficacia y la calidad de la oferta de servicios para el ciudadano.

Debía, además, -siguiendo lo pautado en la Constitución sometida a referéndum popular en 1999- continuar y profundizar el carácter descentralizado de los servicios regionales de salud y promover la participación activa de las comunidades en su evaluación y control. Aquí el problema se presenta cuando desde el gobierno se define a la descentralización, a pesar de lo declarativo de los principios constitucionales, como una rémora de las políticas sociales neoliberales que tanto daño hicieron a comienzos de la década de los años 90 y que caracterizó a la cooperación técnica de los organismos multilaterales. Esa visión, predominante en grupos importantes en el poder, ha impedido hacer una lectura objetiva de los resultados que se obtuvieron con la descentralización de los servicios de salud. De esta manera, se identificó descentralización con fragmentación del sistema de salud y con modelos políticamente inaceptables de carácter neoliberal.

Quizá el rasgo más relevante fue el referido a su financiamiento, en el cual se descartaba lo que había planteado la Ley de 1998 -referente a la administración privada de los fondos de salud- y se entendía que las Organizaciones Estadales de Salud (OES) que habían nacido como producto de la descentralización, se constituirían en los órganos administradores de los recursos que se transferirían a los sistemas regionales de salud desde el gobierno central. Se establecían condiciones para la participación de los sectores privados de prestadores de servicios, pero quedaba claramente establecido que la administración y la prestación de dichos servicios debería obedecer, entre otros, a los principios de equidad, solidaridad y gratuidad².

Finalmente, se establecía un lapso estimado de 10 años a los efectos de la consolidación del sistema y se planteaba la necesidad de sustituir el régimen contributivo de atención médica del IVSS e ir convirtiendo progresivamente el financiamiento del SPNS en un sistema básicamente tributario de origen fiscal. Para ello, debía lograrse también la unificación temporal de las diversas fuentes de financiamiento en una suerte de Fondo Nacional de Salud, todo ello edificado sobre la suposición de una economía saneada y en crecimiento, una reforma fiscal y tributaria y criterio claros en materia de política redistributiva.

En términos de los arreglos institucionales del sector, estas propuestas estaban planteando, implícita o explícitamente, la desaparición del IVSS, considerado como una de las instituciones más corruptas del país que en el pasado había hecho manejos dolosos de los fondos de pensiones y de atención médica, con

² Por gratuidad debe entenderse acá la prestación de servicios de salud sin pago directo por parte del usuario.

una enorme deuda interna y una gran incapacidad operativa.³ Ello implicaba al mismo tiempo, un cambio radical en la concepción de la Seguridad Social, virtualmente inexistente en el país. Los “seguros sociales” habían venido funcionando sólo para los trabajadores formales, en forma esencialmente curativa y rehabilitadora y con discutibles niveles de efectividad y calidad (Díaz Polanco, 2006). Sin embargo la vinculación de ciertos asambleístas con el IVSS y la necesidad de afirmar el liderazgo de este Instituto sobre el sector salud, fueron creando dificultades a la hora de tomar las decisiones.

Pese a la fuerte oposición y a los estragos de una huelga general que incluyó la industria petrolera, el régimen logra sobrevivir y re-legitimarse electoralmente en condiciones no muy claras aún, por las denuncias y problemas que se crearon en torno al proceso de elecciones pero en el cual se supone que las “Misiones”, especialmente BA, debieron jugar un papel importante para la obtención del favor electoral.

A pesar de la claridad de estas conclusiones de la Comisión Presidencial y de lo que se estaba planeando para la Ley que regularía el SPNS, su consideración y aprobación, al igual que la de la Ley Orgánica de la Seguridad Social, fue postergada, merced a la solicitud hecha al Presidente, durante el desarrollo de las actividades de la ANC, para que no tomase esas decisiones y las dejara en manos de la AN. Y así transcurrieron casi seis años. Los efectos de tal postergación pueden identificarse como:

- Desregulación, al carecer de Ley o de una normativa que permitiese operar al sector salud con una mediana eficiencia
- Incertidumbre para todos los actores involucrados en la medida en que la toma de decisiones nunca se ha llegado a concretar en un marco jurídico que de solidez a las decisiones y en la medida en que los intentos al respecto han excluido la consulta con dichos actores y han obviado las que se habían realizado anteriormente.
- Aumento improductivo del gasto público, tanto el dedicado al gasto corriente como el que se destina a otras acciones especiales, como es el caso de BA, de cuya eficiencia e impacto, no se tiene noticias.
- Imposibilidad de valorar los productos del proceso de descentralización, por existir en los decisores visiones contradictorias al respecto.
- Supervivencia del IVSS, quizá el mayor impedimento para despejar la incertidumbre, dadas las características que de este Instituto se han señalado anteriormente.

Hubo intentos adicionales para tratar de llegar a consensos básicos, pero todos ellos terminaron en el fracaso.⁴ Recientemente, se hizo una propuesta de Ley Especial de Salud a la AN, la cual, incluso por su mismo carácter (el de no ser Orgánica), pareciera estar reñida con los principios establecidos en la Constitución de 1999. Una de las características más importantes de esa propuesta es la desaparición de las competencias regionales en materia de salud y su regreso, en forma centralizada, al MSDS. Incluso, cuando se argumenta acerca de la rectoría del SPNS, se habla del “órgano con competencia en salud” de manera que se trata de ignorar el papel que debe desempeñar el Ministerio. Ello, a su vez, refleja las confusiones y contradicciones que existen entre el ejercicio de esa importante función (la Rectoría), es decir, por el ejercicio del poder sobre el sector salud.

Por otra parte, es obvio que se trata de privilegiar al IVSS sobre el MSDS, con criterios que técnicamente parecieran no tener fundamento, en la medida en que el Ministerio (MSAS/MSDS/MS) ha sido históricamente la institución responsable por la inmensa mayoría de los establecimientos de salud del país y poseedor de una importante experiencia histórica en materia del combate contra las endemias más importantes que azotaron el país entre 1936 y 1950. Estas pugnas y el incumplimiento del mandato Constitucio-

³ En sus mejores momentos, el IVSS dio cobertura al 30% de la población, correspondiente a los trabajadores formales y sus familiares.

⁴ Uno de esos intentos fue el auspiciado por el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) que funcionó con actores políticos durante los primeros meses del año 2004. Esas actividades concluyeron en un documento que identificaba los principales problemas del sector y proponía algunas soluciones. Se le definió como un documento de trabajo a ser considerado por los actores del país, sobre todo, los decisores. Sin embargo, esta última actividad, que garantizaría el consenso, nunca llegó a realizarse.

nal y de las recomendaciones de la Comisión Presidencial, tuvieron sus consecuencias, como se verá más adelante.

En el marco de una institucionalidad extremadamente lábil, comienza una suerte de depuración de los cargos públicos según la cual sólo los afectos al régimen pueden desempeñar tales funciones, asunto que ha sido públicamente reconocido por el régimen y que aún tiene vigencia, sobre todo en el caso de la industria petrolera en razón de la huelga del año 2000. Igualmente, comienza a surgir una institucionalidad paralela especialmente importante en el caso de las políticas sociales y asistenciales, según la cual estos servicios deben ser prestados prioritariamente a quienes fueron definidos como “excluidos” por los regímenes políticos anteriores.

BARRIO ADENTRO: SALUD Y HEGEMONIA

El origen de la Misión Barrio Adentro (MBA) debe situarse en la tragedia que azotó el estado Vargas, al norte de Venezuela, en diciembre de 1999, cuando un contingente cubano de 454 médicos y otro personal de salud, llegan a Venezuela como apoyo y solidaridad con nuestro gobierno. Posteriormente, la Alcaldía de Caracas elabora un convenio con Cuba para lo que entonces se denominó el “Plan Barrio Adentro”, modelo que, por decisión del Presidente, fue convertido en MBA en 1993 (Ildis, 2000).

Ya para el año 2000 y merced al convenio firmado ese mismo año en La Habana y refrendado el año 2005, la MBA se oficializa a todo el país contra el pago que se haría a Cuba en barriles de petróleo. Debe señalarse que por esa misma vía llegaron al país otras formas de cooperación cubana, sobre todo en materia educativa. Los aspectos generales de dicho convenio se especifican en la siguiente tabla-resumen.

Acuerdos	Especificaciones
Traslado de personal de salud cubano a Venezuela	Traslado de médicos, especialistas y técnicos de la salud a Venezuela, quienes prestarían atención en lugares donde no hubiera disponibilidad de personal, así como entrenamiento a personal venezolano en el país, sin mención del tiempo de estadía del personal cubano en el país. Los salarios del personal cubano así como la manutención de sus familias en Cuba, quedaban a cargo del Gobierno Cubano mientras que los gastos de alimentación, alojamiento y transporte serían pagados por el Gobierno Venezolano ⁵ .
Formación de personal médico y de enfermería en Cuba	Formación de post-grado para estudiantes venezolanos en especializaciones médicas, medicina general, epidemiología y otras a determinar con el fin de contribuir a fortalecer y ampliar los servicios del sistema de salud. Capacitación de personal de enfermería y otros técnicos de salud en cursos intensivos para ser colocados en zonas aisladas, donde este personal no exista o sea insuficiente.
Tratamiento de pacientes en Cuba	Tratamiento de adicciones (drogas, alcohol y fármacos) Tratamiento para restauración neurológica, retinosis, pigmentaria, ortopedia y traumatología, así como trasplantes de médula, corazón, hígado, riñón y córnea. Chequeos médicos especializados y eventuales tratamientos a los trabajadores y técnicos petroleros de Venezuela.
Venta de equipos y productos médicos cubanos a Venezuela	Medicamentos genéricos. Vacunas: Hepatitis B, antimeniogococcia tipo B y antileptospirosis; interferón Alfa 2B humano recombinante, 3,5 y 10 MUI para el tratamiento de infartos; eritropoyectina humana para la anemia; anticuerpos monoclonales. Medios de diagnóstico clínico: policinasol (ateromixol); trofin (reconstituyente

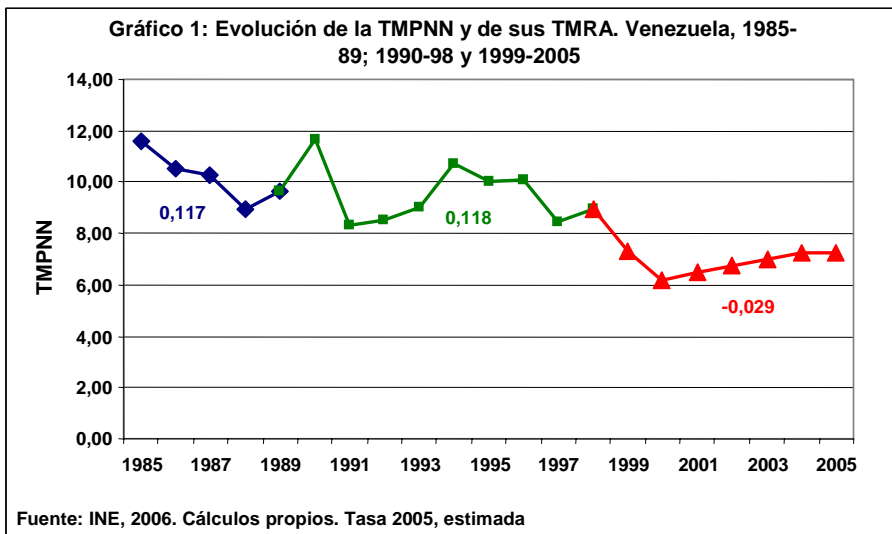
⁵ “Artículo IV. Disposición Especial. La República de Cuba ofrece gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicios en lugares donde no se disponga de ese personal. Los médicos especialistas y técnicos cubanos en la prestación de sus servicios en la República Bolivariana de Venezuela ofrecerán gratuitamente entrenamiento al personal venezolano de diversos niveles que las autoridades soliciten. La parte venezolana cubrirá los gastos de alojamiento, alimentación, transportación interna. El gobierno de Cuba garantizará a todos los galenos y demás técnicos sus salarios y la atención adecuada a los respectivos familiares en la Isla” (Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela).

antianémico y antiasmático de origen natural); melagenina (para vitiligo); coriodermina para psoriasis; crema basada en Factor de Crecimiento Epidérmico y medicamentos para la terapia retroviral contra el SIDA.
Medios de cultivo y medios criogénicos.
Equipos médicos: electrocardiógrafos con monitores, electroaudiómetros, equipos de electroencefalografía, electromiografía, prueba ergométrica, sistema ultramicro-analíticos (SUMA) y kits de diagnóstico, espectrofotómetros, sistema para neurocirugía estereotáxica, oxímetros de pulso.
Materiales y artículos ortopédicos, suplemento alimentario para implantes óseos y otros biomateriales.

Entre abril y diciembre de 1994, los médicos cubanos en Venezuela pasan de 300 a más de 10.000 y actualmente se estima existan unos 16.000 ubicados en consultorios populares, muchos de los cuales se localizan en casas de familias de las comunidades pobres de cuya salud son responsables.

Se esperaba que este cambio masivo en el acceso a servicios de salud tuviese impacto en los indicadores más sensibles para medirlo. No ha sido así. Las evaluaciones recientemente realizadas en Mortalidad Materna (MM), Infantil (MI) y Post-neonatal (MPNN) indican que estas tasas experimentaron un aumento desde el año 2003 y que los esfuerzos realizados para disminuirlas fueron infructuosos. El gráfico 1 presenta el caso de la MPNN, indicador que es el más sensible a la calidad de la atención a la salud (Starfield, 2001; Gutiérrez y Bertossi, 2004)

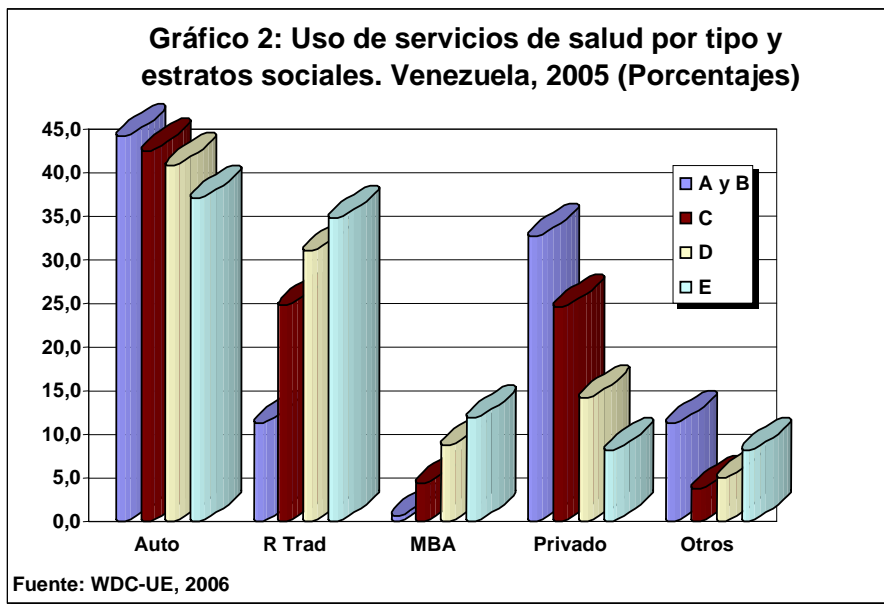
En este gráfico se presentan tres periodos; el primero (1985-89) corresponde al lapso previo a la descentralización de los servicios de salud; el siguiente (1990-1998) fue aquel en el cual los estados ejercieron el manejo semiautónomo de los mismos y, por último el lapso 1999-2005, durante el cual entró en funcionamiento la MBA bajo el gobierno del Presidente Chávez. Las cifras debajo de cada uno de los lapsos corresponden a las Tasas Medias de Reducción Anual (TMRA) que miden la intensidad de la reducción en cada momento. Como puede observarse, esa Tasa llega incluso a ser negativa (-0.029) a partir de 1999, y la TMPNN experimenta un importante ascenso desde el año 2000.



Algo similar ocurre con la MI y la MM y en el caso de esta última, el deterioro es mucho mayor. Estos datos son importantes porque los indicadores mencionados deberían haber sido los que sufrieran mejoras sustantivas en función del incremento del acceso a los servicios promovido por la expansión de la atención primaria reforzada por la MBA.

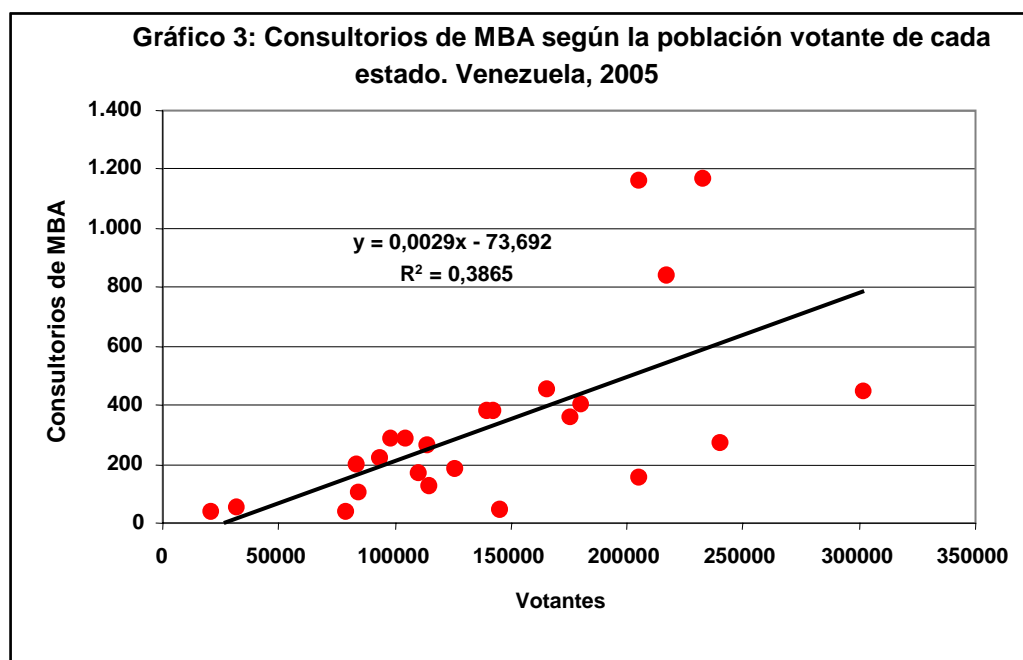
Una encuesta realizada por la Unión Europea a solicitud del gobierno venezolano en octubre-diciembre de 2005 muestra igualmente que aún cuando el acceso y la cobertura de la MBA pudo haber sido importante, la demanda

de la población por dichos servicios, no lo fue. El siguiente gráfico muestra el uso de los servicios de salud, por tipo y según clases sociales.



Aparte de la alta proporción de todos los estratos sociales que se automedican frente a la última enfermedad sufrida (Auto), existe una abierta preferencia por la red tradicional de servicios preexistente a MBA (R Trad) y muy poco uso de MBA, que crece en forma inversamente proporcional al estrato social de que se trate pero que, en el mejor de los casos (estrato E), no alcanza el 15 % del total de la demanda efectiva. En total, sólo el 9,5 % de la población utilizó los servicios de BA en el año 2005.

En contraste, cuando se observa la relación entre la población votante y la cobertura de la MBA, hay una fuerte asociación entre estas variables, como se muestra en el gráfico siguiente.



Tampoco puede identificarse ningún efecto de la MBA en el reordenamiento y el apoyo a la creación y puesta en marcha de un Servicio Público Nacional de Salud (SPNS), como era una de las metas fundamentales de esta iniciativa. Lo que ha ocurrido es un aumento de la fragmentación del sistema público

que está conduciendo a un aumento importante de la ineficiencia y del gasto corriente (Díaz Polanco, 2006).

La MBA no satisfizo las demandas de la población en materia de salud pero, dentro de este complejo espectro de opciones, todas las encuestas de opinión señalan la aprobación generalizada que la idea tuvo y ha tenido en todos los niveles de la sociedad venezolana, porque permitió, por primera vez desde el inicio de las actividades del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936 (MSAS), el acceso a servicios de este tipo por parte de una población que había estado excluida de tales beneficios en función del carácter clasista que adquirió el SPNS venezolano, sobre todo después de la década de los años sesenta del siglo pasado (Díaz Polanco, 2006).

Pero en contraste con lo que ha ocurrido con los indicadores de salud, la MBA ha actuado como uno de los mecanismos más importantes para el fortalecimiento de un proyecto hegemónico regional que se fundamenta en varios elementos: El primero en el descrédito de la política norteamericana y su evidente decadencia como potencia hegemónica en América Latina, tema que ha sido planteado últimamente de manera dramática por Wallerstein (2005) y, de alguna manera por Crouch (2004) en su análisis de la post-democracia.

Un segundo elemento importante es la salud y su atención en la forma en que se han articulado los intereses de Cuba y Venezuela para potenciarse mutuamente en función de propuestas alternas para la región, sobre todo si se toma en cuenta que la historia de tales relaciones ha sido mayormente conflictiva. En tercer lugar, un marcado giro hacia la izquierda de la mayor parte de los gobiernos de la región que han comenzado a coincidir en posiciones antiimperialistas frente a la decadente hegemonía de los Estados Unidos. Por último, el alto nivel de los precios del petróleo en el mercado mundial que ha incrementado la capacidad negociadora de Venezuela que ha diseñado proyectos continentales de energía atractivos para muchos países.

Sin embargo, éste último elemento, es la base de una sustentabilidad y una continuidad dudosa que le confieren a la alianza cubano-venezolanas, ciertas limitaciones estructurales. Por otra parte está la dirección política de los demás países que, aún cuando puedan coincidir en algunos objetivos comunes, no necesariamente están dispuestos a aparecer en la escena política internacional, bajo la égida de la cooperación cubano-venezolana.

¿Se puede formular un proyecto de hegemonía que sea viable, cuando el proponente no ha sido capaz de satisfacer las demandas esenciales dentro de su propio país? La respuesta a esta pregunta parece dudosa pero en todo caso si ello fuera posible, requeriría de la aplicación de mecanismos de represión y fuerte control social sobre la población. Esto, a nuestro juicio, es lo que progresiva y sutilmente, ha venido ocurriendo en los últimos años en Venezuela y la concentración del poder que ello implica ha llevado a la proliferación de denuncias acerca del creciente autoritarismo del régimen de Hugo Chávez y a la constatación de su escaso apego a las reglas elementales de la administración pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BRONFMAN, Mario y DIAZ POLANCO, Jorge. Transferencia de Tecnología en Educación Médica. La adopción del plan A-36: Un ejemplo de solución espúrea. *Primer Seminario Nacional sobre Transferencia de Tecnología en la Educación*. Caracas: Universidad Simón Bolívar, 1978.
- CARRASQUERO, José V.; MAINGON, Thais y WELSCH, Federico. *Venezuela en Transición: Elecciones y democracia 1998-2000*. CDB Caracas: Publicaciones/REDPOL, 2006.
- CROUCH, Colin: *Posdemocracia*. Editorial Taurus. México, 2004.
- DIAZ POLANCO, Jorge. El Proceso de toma de decisiones en políticas de salud en la década de los 80. El caso de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. *Informe técnico para la OPS*. Caracas: CENDES, 1992.

- DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador). La Descentralización de la Salud en Venezuela: Aprendamos de la experiencia. Ediciones de la Fundación Polar. Caracas: CENDES-IESA-CORPOSALUD-CIEPROL-MSDS, 2004.
- DIAZ POLANCO, Jorge. La Seguridad Social en Venezuela: ¿De Seguro a Seguridad?. En: MAINGON, Thais (Coord.): *Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela*. Caracas: ILDIS. Fundacion Friedrich Ebert, 2006.
- GUTIÉRREZ, J.P. y BERTOZZI, S. La brecha de la salud en México medida a través de la mortalidad infantil. *Salud Pública de México*. 2003, Vol. 45, N° 3. pp. 102-109.
- INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES (ILDIS). *Informe Social 5. 1999*. Caracas, 2000.
- JAEN, María H., SALVATO, Silvia y DAZA, A. *Costos y Sostenibilidad Financiera del Sistema Público Nacional de Salud*. Edición preliminar. Caracas: IESA,. 2004.
- OPS. *Revista Panamericana de la Salud*. 1961, Vol 2 N° 12. Washington, D.C.
- SILVA MICHELENA, José A. Crisis de la Democracia. Caracas: CENDES-UCV, 1970.
- STARFIELD, Barbara. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. 2001, Vol. 31, N° 3. pp. 545-566.
- TESTA, Mario. Atención Primaria en Salud: Elementos para el análisis de la propuesta. En: VERONELLI, Juan C. (Coordinador). *Administración de la Salud en América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica, 1983.
- UNION EUROPEA-WORLD DEVELOPMENT CONSULTANTS. *Encuesta Epidemiológica* (Mimeo). CONACUID, Caracas, 2005.
- WALLERSTEIN, Immanuel. *La Decadencia del Poder Estadounidense. Estados Unidos en un mundo caótico*. México: Ediciones ERA, 2005.