

## **Relatoría Foro No. 1 (sector salud)**

**Fecha: 14.12.21**

### **Panelistas participantes:**

Dr. Julio Castro Méndez (UCV)

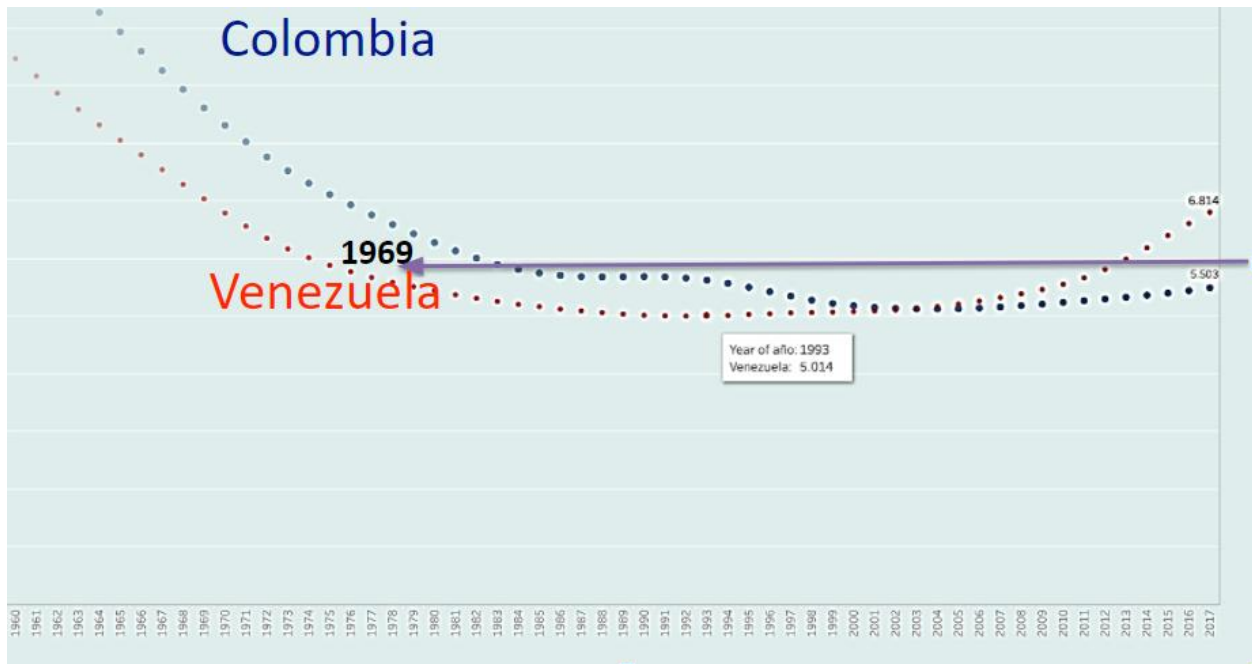
Dra. Maritza Durán (UCV)

Dr. Jorge Hernández Rojas (University of Miami)

### **Moderator:**

Dr. Gustavo Villasmil P (UCV)

Una aproximación al problema sanitario venezolano pasa necesariamente por el trazado de una línea de base al estatus de sus sistemas de atención médica, en el entendido de que su robustez y accesibilidad depende en no poca medida el nivel de salud poblacional (González, 1998). No se pretende con ello “medicalizar” la salud reduciéndola al resultado de acciones de carácter estrictamente médico que se ejerzan sobre la población, siendo que la misma es función compleja de diversas variables que inciden sobre la calidad de vida (educación, empleo, vivienda, etc); antes bien, acompañamos la tesis de que las crecientes dificultades en el acceso a un mínimo de prestaciones médicas de calidad están incidiendo negativamente en términos de mortalidad general. Al respecto ofrecemos una medida de comparación con la vecina Colombia, país al que superamos en dicho indicador:



## El entorno epidemiológico venezolano I: las enfermedades infectocontagiosas

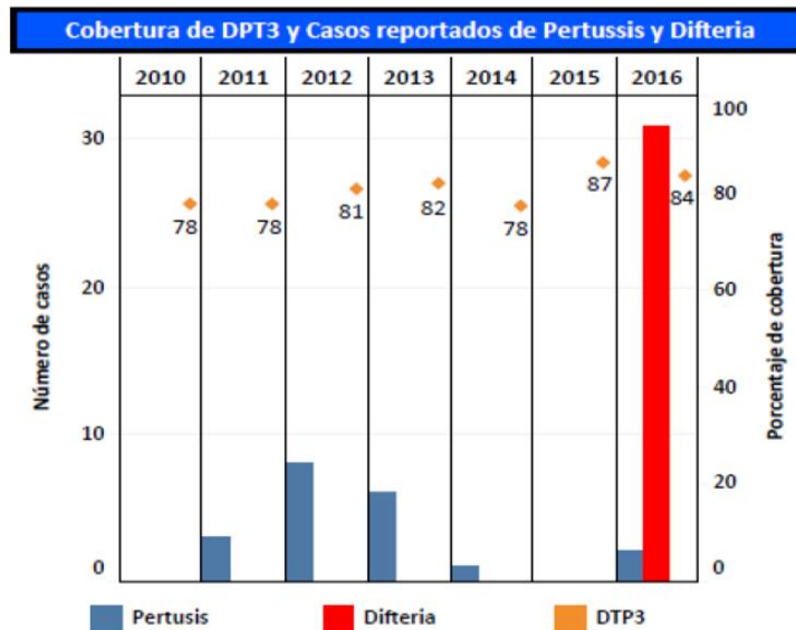
Parece claro que al menos desde 2010 en Venezuela dejó de ser una prioridad de política sanitaria el mantenimiento de coberturas de inmunización en la población en niveles adecuados. Datos de OPS/PAHO, basados siempre en cifras oficiales, así lo demuestran. Todo lo cual explica más allá de toda duda, por ejemplo, eventos como el

**Organización Panamericana de la Salud**  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

### Cobertura inmunizaciones

### Venezuela 2010-2017

brote de difteria de 2016



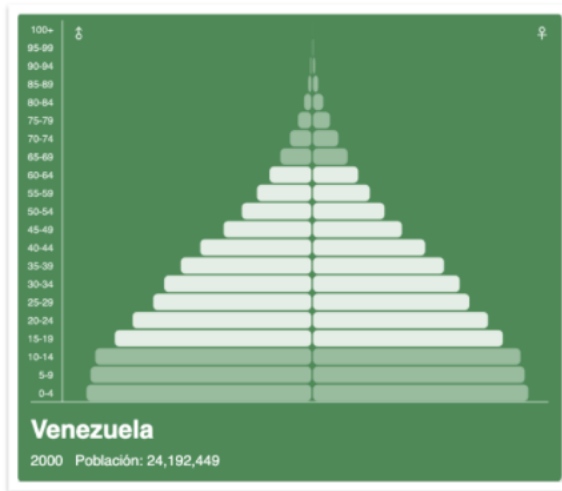
La causa de la notoria debilidad de estos programas hay que ubicarla en el sostenido desabastecimiento de vacunas en el que Venezuela ha incurrido por lo menos desde 2010, lo que explica el incremento de la población vulnerable. Es de hacer notar que el estado venezolano se mantiene en mora con el Fondo Rotatorio de Vacunas, mecanismo históricamente preferente para el aprovisionamiento de tales productos por sus homólogos iberoamericanos. En tal sentido son contundentes los datos de OPS/PAHO:

Desabastecimiento de Vacuna						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	No	No		No	Sí	No
Fiebre amarilla	Sí			No	Sí	No
Influenza	No	No		No	No	No
IPV						Sí
Jeringas desechables	No		Sí	Sí	No	No
Pneumo Conj	Sí			No	Sí	Sí
Polio	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Rotavirus	No	No		No	No	Sí
Tdap						NA
Toxoide tetánico	No	No		No	No	No
Vacunas contra el sarampión	No	No		No	No	No
Vacunas que contienen DTP	No	No		No		No
Vacunas que contienen hepatitis B	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Vacunas que contienen Hib				No		No
VPH						

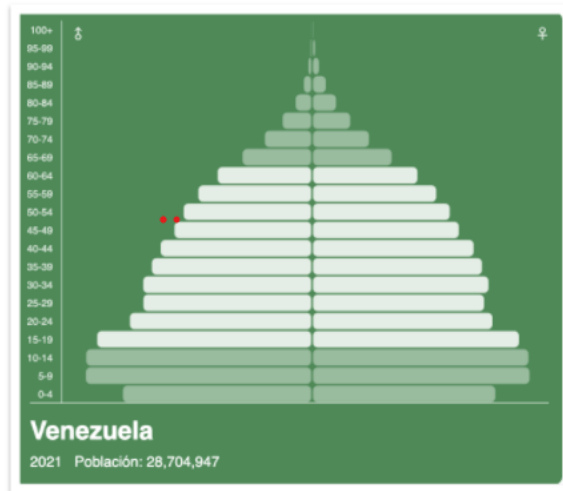
## El entorno epidemiológico venezolano II: las enfermedades crónicas no transmisibles

Contrariamente a lo percibido, Venezuela ya no es un país joven. La pirámide poblacional ha venido cambiando en la medida en que grandes variables demográficas como la migración y la disminución de la esperanza de vida al nacer han venido imponiéndose al punto de hacer del nuestro un país cuya base poblacional de jóvenes se ha estrechado:

PIRAMIDE POBLACIONAL VENEZUELA: 2000-2021



Población total	24,192,449	100.00%
Población joven	8,219,319	33.97%
Población en edad de trabajar	14,887,914	61.54%
Población vieja	1,085,216	4.49%



Población total	28,704,947	100.00%
Población joven	7,616,917	26.54%
Población en edad de trabajar	18,744,288	65.30%
Población vieja	2,343,742	8.16%

[United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Prospects \(2019 Revision\)](#)

El notable incremento de la población adulta en Venezuela plantea una epidemiología en la que el fenómeno de la enfermedad crónico-degenerativa no transmisible está perfilando nuestra salud poblacional de manera contundente, con todo el impacto que ello supone en términos de carga de enfermedad y sus implicaciones. La investigación publicada al respecto da cuenta de la importante prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial en nuestro medio, entidades estas directamente relacionadas con la cardiopatía isquémica, primera causa de muerte en Venezuela:

**PREVALENCIA DE HTA Y CASCADA DE CUIDADO DE LA HTA EN VENEZUELA**

Prevalencias EVESCAM de HTA $\geq$ 140/90 mmHg	
Estudio	EVESCAM
Año de Estimación	2016
Población Adulta (INE- 65,3%)	20.261.700
Hipertensión (%)	34.1
<b>Estimado de Adultos</b>	<b>6.909.240</b>

Localización	Prevalencia	Diagnóstico	Hipertensos tratados	Diagnosticados tratados	Hipertensos controlados	Tratados controlados
Urbana	983 (35.7)	717 (72.9)	508 (51.7)	490 (49.8)	339 (34.4)	216 (43.9)
Rural	181 (27.4)	121 (67.2)	94 (52.0)	92 (50.8)	52 (28.7)	42 (45.6)
Total	1164 (34.1)	838 (72.1)	602 (51.7)	582 (50.0)	391 (33.6)	258 (44.1)

Primary Care Diabetes 2021, Feb

**PREVALENCIA DE DIABETES Y PREDIABETES EN VENEZUELA**

**Prevalencias EVESCAM**

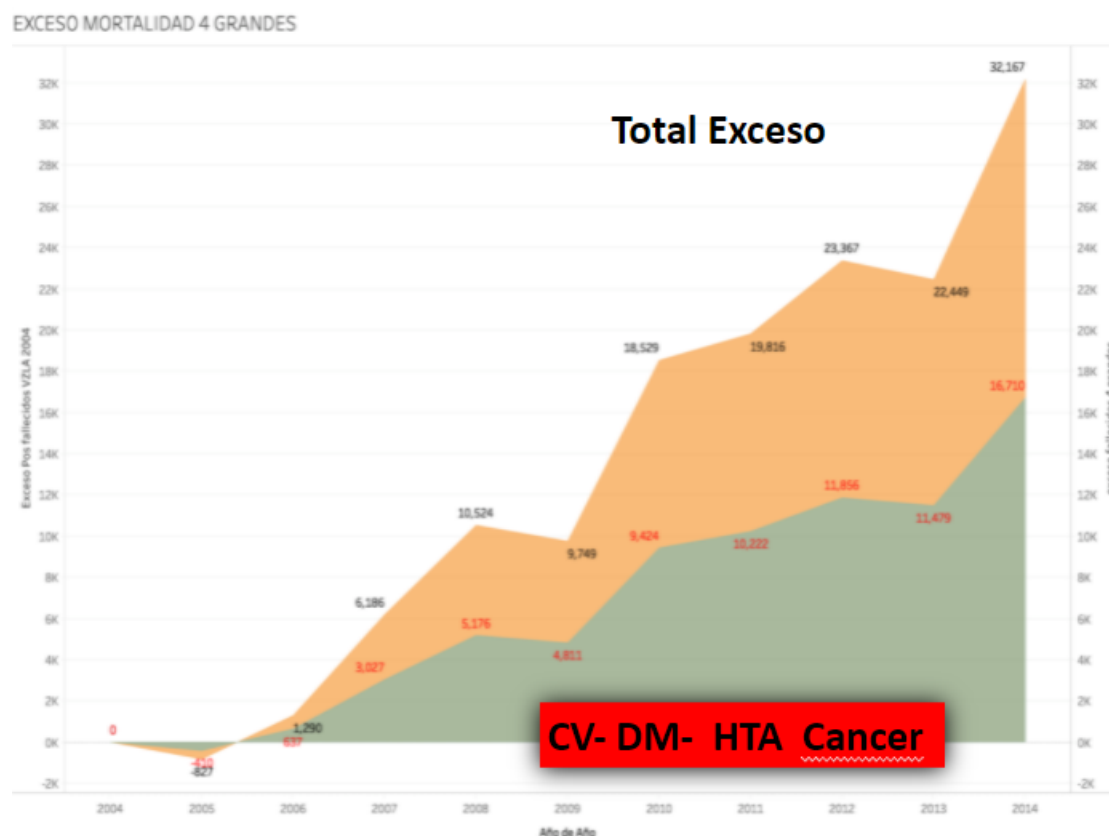
Año de Estimación	2016
Población Adulta (INE- 65,3%)	20.261.700
	0

Diabetes (%)	12,3%
<b>Estimado de Adultos</b>	<b>2.492.189</b>

Prediabetes (%)	34,9%
Estimado de Adultos	7.071.333

Primary Care Diabetes 2021 Feb

Fenómeno este que puede generalizarse, en una perspectiva más general, a otras patologías de notable relevancia epidemiológica (diabetes, hipertensión arterial y cáncer), en las que la tendencia de la mortalidad en Venezuela por dichas causas va también en alza:

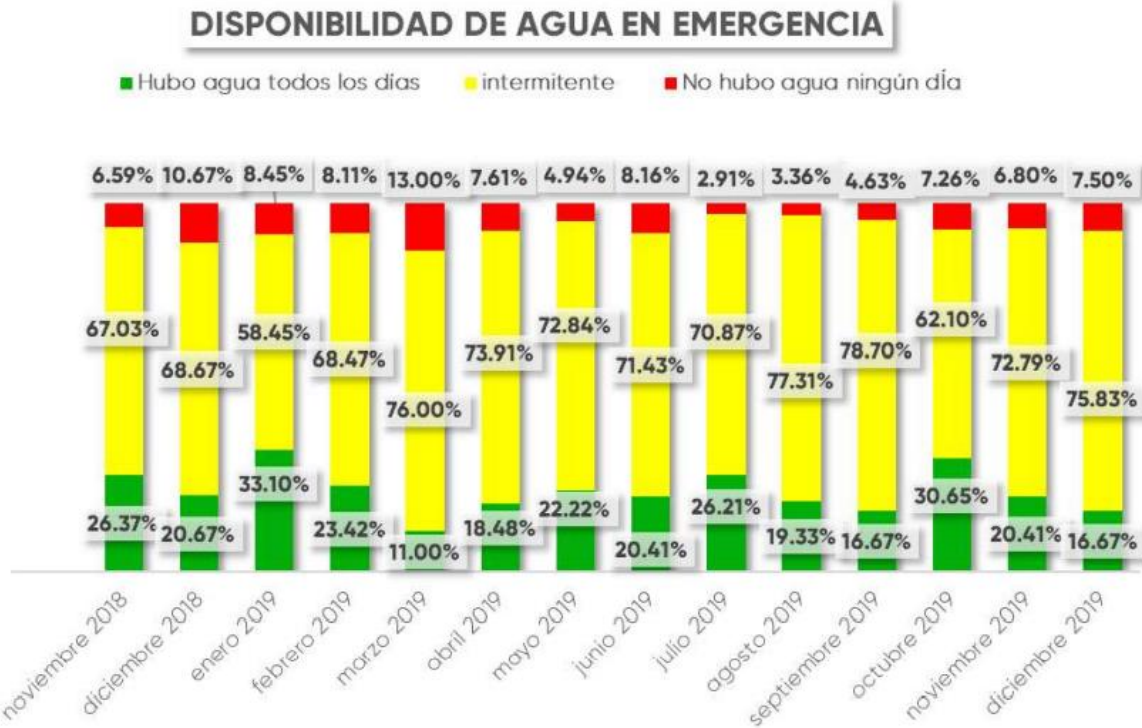


### El problema de la atención médico-hospitalaria en Venezuela:

Nuestra aproximación al problema se basa en el estudio sistemático de seis variables principales relacionadas con el funcionamiento hospitalario, a saber: estatus de los servicios en red (agua potable y electricidad), disponibilidad de camas, servicio de cuidado intensivo, disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio e imagenología), de medicamentos y material médico-quirúrgico y dotación de personal profesional. A tal fin ofrecemos los resultados reportados por le Encuesta Nacional de Hospitales durante el periodo 2014-2019 (Villasmil y cols. 2022):

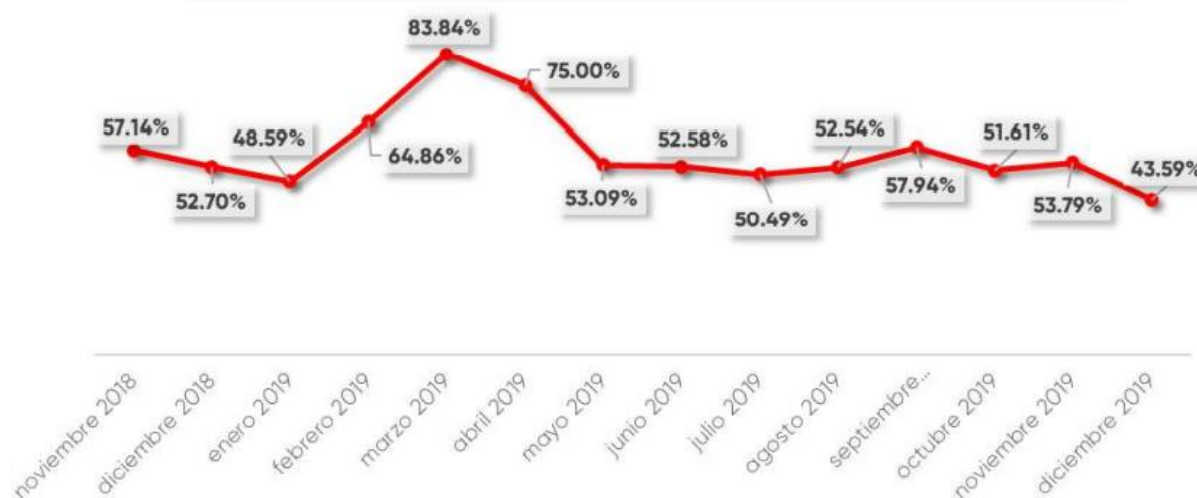
**Servicios en red (agua y electricidad):**

Los servicios de agua y electricidad en los hospitales públicos venezolanos hasta el pasado año se han caracterizado por su marcada irregularidad, al punto de poder señalar que ningún establecimiento incluido en la muestra contó con estos de manera consistente y predecible durante el periodo de medición:





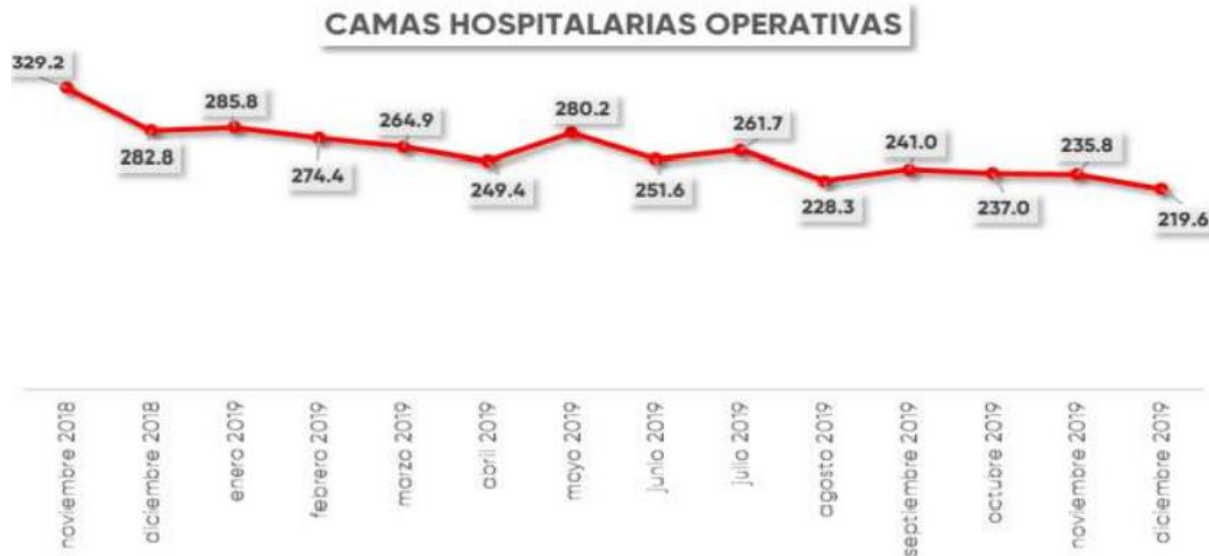
## PORCENTAJE DE HOSPITALES QUE REPORTARON FALLA DE LUZ



Se entenderá que la intermitencia en la provisión de estos dos elementos hace materialmente imposible la planificación de la atención, especialmente en áreas de cuidado crítico (UCI) y quirófanos, puesto que la requieren de manera constante, abundante e inmediata.

### **Disponibilidad de camas hospitalarias:**

Venezuela cuenta hoy con menos camas por habitante que en 1964. Notablemente, aproximadamente la mitad de las mismas no está disponible por razones tan diversas que abarcan desde el mobiliario más elemental, los servicios en red (ya comentados), de insumos, apoyo diagnóstico y, sobre todo, de personal profesional:



Apenas entre 319 y 219 camas a escala nacional ofrecieron en conjunto los 44 hospitales integrados en nuestra muestra, planificados para proveer de asistencia médica a el 63% de la población, cifras estas a todas luces insuficientes para acogen dicha demanda.

Ello se traduce en una tendencia incremental del número de camas de emergencia, planificadas para acoger al paciente por no más de 12 horas hasta decidir su admisión o su alta pero que en la práctica han venido operando en áreas convertidas en improvisadas salas de hospitalización en las que el paciente permanece ya no horas, sino días e incluso semanas. Esta tendencia, absolutamente cuestionable, se ha institucionalizado en tanto los administradores hospitalarios perciben en ello una oportunidad para concentrar los escasos recursos disponibles precisamente en el área en la que la presión del público tiene a ser mayor. Así las cosas, la emergencia del hospital ha pasado a convertirse en un “hospital dentro del hospital”:

## CAMAS OPERATIVAS EN EMERGENCIA



### ***Servicios de cuidados intensivos:***

Por ser los de más compleja operación, invariablemente sujeta a subprocesos muy específicos y por tanto no sustituibles, estos servicios son los más propensos a fallar como consecuencia de las debilidades e inconsistencia de los que le brindan soporte (típicamente, servicios en red, imagenología y suministros), ello sin dejar de mencionar el carácter crítico de la dotación del personal que los opera dado su alto nivel de especialización y entrenamiento. Como se puede observar, entre el 13 y el 20% de las camas de cuidado de pacientes críticos se mantuvo no operativa desde noviembre de 2019, dato a destacar en un país cuyo déficit de camas críticas previo a la pandemia estaba estimado en no menos de 1000 unidades, contando actualmente con poco más de 2000 a escala nacional.

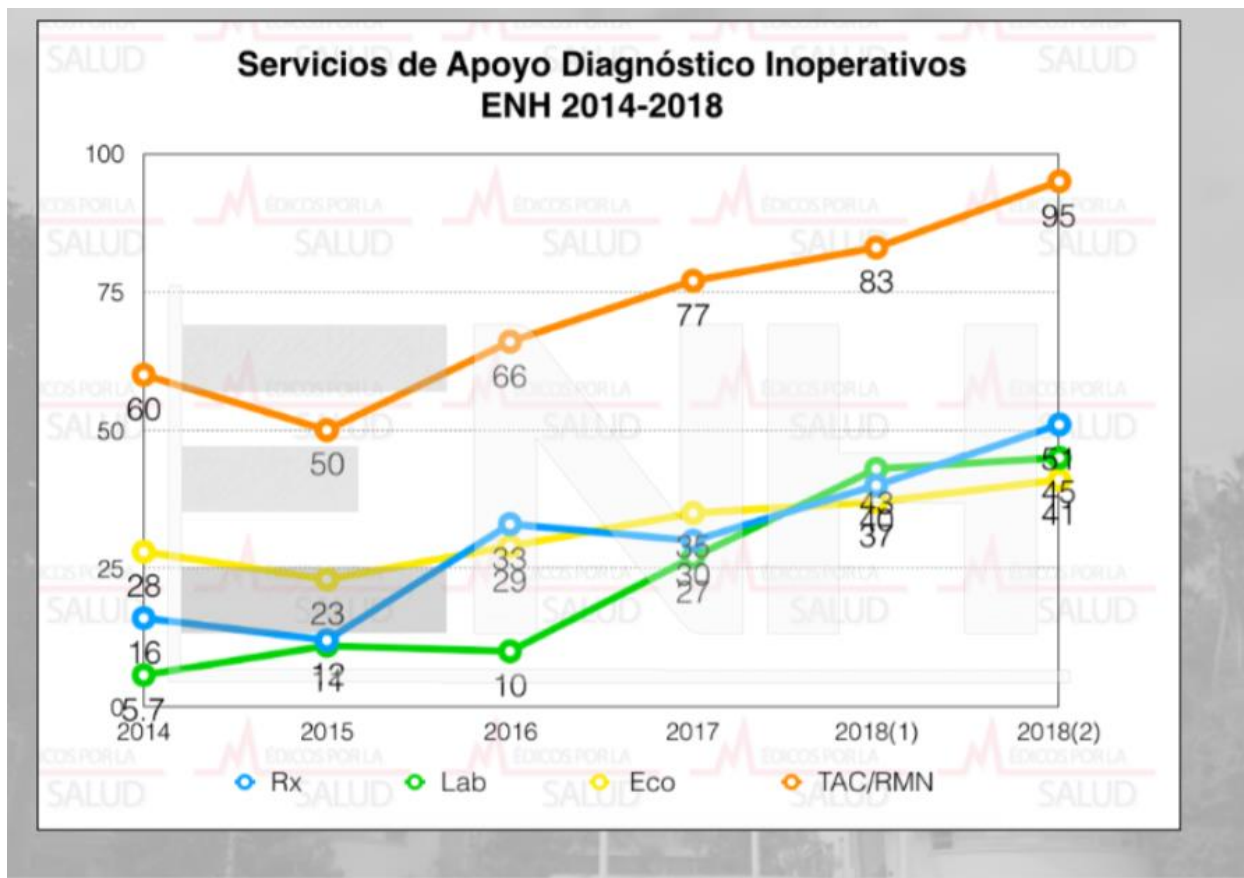
## OPERATIVIDAD UTI



### **Servicios de apoyo diagnóstico:**

Nos referimos aquí básicamente a los servicios de imagenología y de laboratorio clínico, sin cuyo concurso son insostenibles los procesos de atención médica en hospitales complejos.

Como se puede apreciar, más del 50 % de los servicios de laboratorio clínico y de radiología convencional, así como el 95% de los de tomografía y resonancia magnética en los hospitales de la muestra estaban inoperativos en 2018, tendencia esta ya bastante clara desde 2014. Ello se traduce en la ya institucionalizada práctica de la provisión de estos apoyos “por fuera” (es decir, de fuentes externas al hospital y mediante “gasto de bolsillo” por parte del paciente):

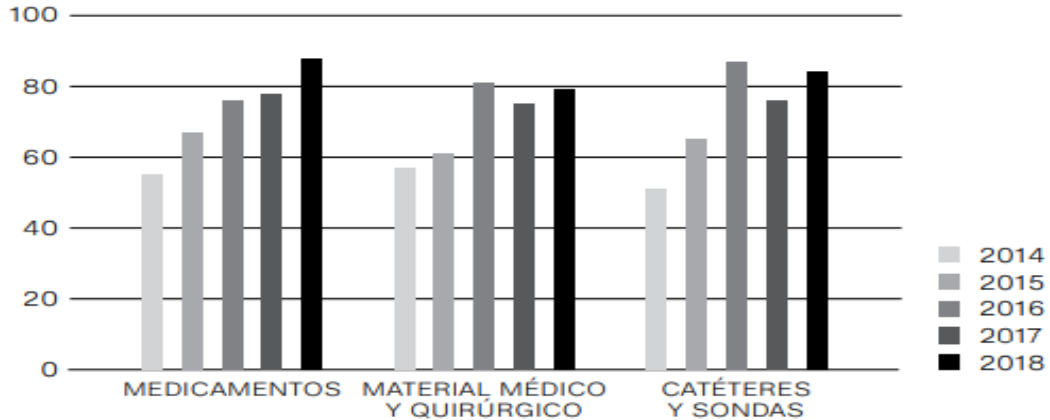


***Medicamentos y material médico-quirúrgico:***

La no provisión de medicamentos y material médico-quirúrgico es quizás la expresión más cardinal de la debilidad de la atención médica en los hospitales públicos venezolanos y una de las variables que, unida a la anterior (no disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico), ejerce mayor impacto en términos de generación de “gasto de bolsillo”, rasgo clave de la inequidad sanitaria venezolana.

A continuación, se presentan datos del último quinquenio, entre los que destacan fallas superiores al 80 % sobre todo en 2018:

**GRÁFICO 4.1. ENH Situación comparativa de insumos en falla severa o inexistente**



***Dotación de personal:***

La dotación de personal posiblemente sea la única variable de comportamiento favorable en el entorno hospitalario venezolano. El médico venezolano, pese a ser el peor remunerado de la región y no obstante lo adverso de las condiciones en la que debe ejercer sus funciones ha tendido , al menos hasta ahora, a permanecer en su posición, como se puede apreciar, a continuación:

## RELACIÓN DE PERSONAL MÉDICO

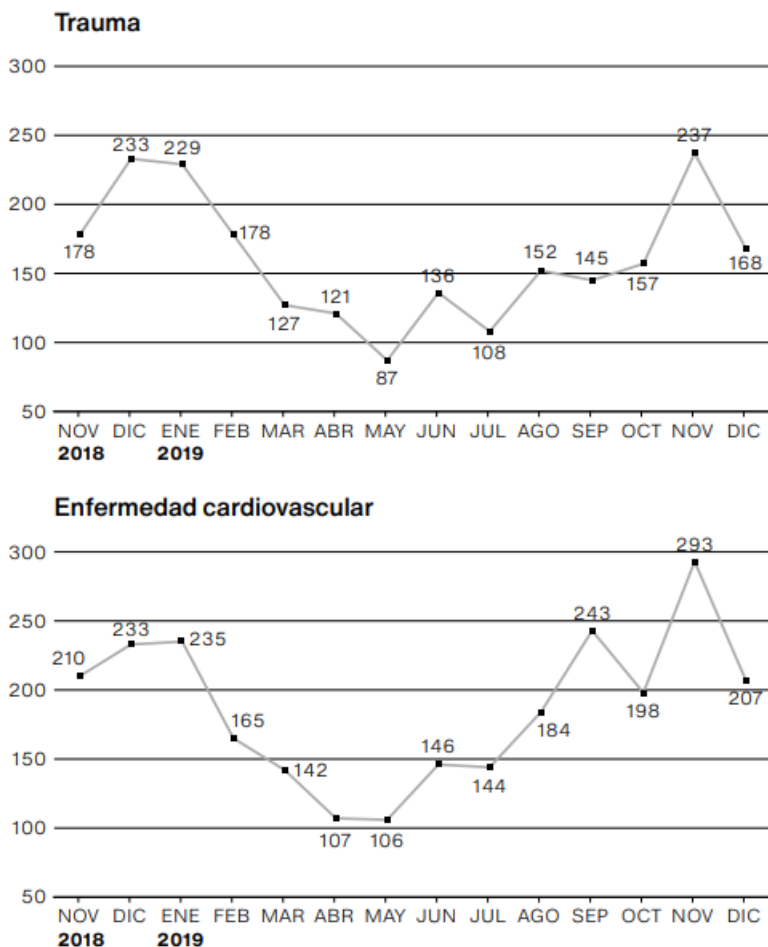


Es de destacar el hecho de que el personal médico de servicio en los hospitales venezolanos entre 2018 y 2019 fue predominantemente el formado en las escuelas médicas llamadas “tradicionales”, siendo todavía escasa el posicionamiento en el sistema de los llamados Médicos Integrales Comunitarios. Actualmente nos encontramos realizando mediciones de esta variable.

### **Alta mortalidad hospitalaria: resultados de la operación del sistema de atención médica en Venezuela:**

Para 2016, en la única y última comparecencia del ministro del ramo ante la Asamblea Nacional Legislativa, *la mortalidad hospitalaria en Venezuela alcanzó el alarmante nivel del 31.2 %*. (MPPS, Memoria y Cuenta, 2015). Hemos de destacar, basados en nuestras investigaciones, el creciente fenómeno de la muerte evitable atribuible a las falencias y debilidades de la atención médica esperables en un entorno caracterizado por la precariedad de medios en lo que respecta a la atención de dos de las patologías de mayor peso en nuestra mortalidad general, cuan son el trauma y la enfermedad cardiovascular:

**GRÁFICO 7.3. Número de muertes evitables.**



### Conclusiones:

1. La aproximación a las condiciones prepatogénicas propias del entrono venezolano deben tomar en cuenta aspectos novedosos como el del envejecimiento de la población, el ascenso del impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles y la baja cobertura de vacunación.
2. La oferta de servicios de atención médico-hospitalaria en Venezuela es precaria tanto por su escasez (dada por un número insuficiente de camas hospitalarias) como por su debilidad en términos resolutivos, la cual se asocia a fallas en cuanto a la provisión de servicios elementales (agua potable y electricidad), de apoyo diagnóstico (imagenología y laboratorio clínico), de soporte al enfermo crítico (UCI) y de dotación de medicamentos y material médico-quirúrgico.
3. El impacto de tales falencias en términos de salud poblacional ya es ostensible, como lo demuestra nuestra muy alta mortalidad hospitalaria y el exceso de mortalidad por causas conocidas (diabetes, enfermedad cardíaca, trauma y cáncer). Otras mediciones, como ENCOVI, son consistentes con dicho hallazgo.



## **Bibliografía:**

Risquez, A. *Situación epidemiológica de las enfermedades vacuno-prevenibles, Venezuela, 2018.* <http://hdl.handle.net/10872/18924>

Villasmil-Prieto, G. *Soluciones privadas a problemas públicos: ideas para la reforma del sector sanitario en Venezuela.* Ediciones CEDICE-Libertad, Caracas, 2020.p.63-75.

Villasmil-Prieto, G (editor) 5 años. *Encuesta Nacional de Hospitales. Venezuela.* Ediciones GIDETI-UCV, 2021, 156p.

## **Relatoría Foro No. 2**

**Fecha: 31.3.21**

### **Panelistas participantes:**

Dr. JF Oletta (UCV, exministro del ramo)

Dr. C. Walter (UCV-CENDES, exministro del ramo)

### **Moderator:**

Dr. Gustavo Villasmil P (UCV)

### **Apreciación general del problema político de fondo:**

Se destacó como problema central el de la reinstitutionalización de la sanidad pública venezolana, cuyo marco legal actual, en principio difuso y todavía enmarcado en legislaciones anteriores a la actual CRBV, ha venido siendo impuesto a través de la interposición de instrumentos de rango sublegal (Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud emanado de la Presidencia de la Republica y publicado en GORBV con fecha 16 de julio de 2015) sin que medie debate intersectorial alguno en el que se ventilen cuestiones inherentes a su financiamiento, articulación intersectorial con políticas de seguridad social, vivienda, etc. Todo lo cual conduce a una organización sanitaria “incrustada” (que no inserta) en el tejido institucional venezolano, dependiente en extremo de tutela extranjera, carente de capacidades técnicas críticas y centrada prioritariamente en el control social de los ciudadanos antes que en el abatimiento de los grandes problemas público sanitarios que hemos venido señalando.

La figura de las llamados *Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC)*, base de dicha organización sanitaria, no está contemplada en el marco legal sanitario venezolano vigente. En tanto que estructura impuesta sobre las redes nacionales, estatales y municipales previstas tanto en la mencionada legislación sanitaria como en las distintas constituciones y legislaciones estatales en materia sanitaria y en la Ley Orgánica del Poder Público Municipal, su espíritu no obedece al del carácter federal y descentralizado del estado venezolano previsto en la CRBV; muy por el contrario, dicha estructura ahonda en carácter marcadamente centralizado de la sanidad pública venezolana que ya en 1998 venía siendo objeto de un serio esfuerzo de transformación

en el marco de una política concertada a cuya cabeza se situara la recordada Comisión para la Reforma del Estado, COPRE.

Entre las características más cuestionables de la estructuración sanitaria basada en las ASIC se destacan las siguientes:

1. Desconoce la competencia de estados y municipios en materia sanitaria y es contraria al carácter federal de la República consagrado en la CRBV.
2. Como consecuencia de ello, sustrae recursos públicos a redes asistenciales distintas a ella, sobre las que recae el mayor peso de la asistencia médica dispensada a la ciudadanía.
3. Desplaza al funcionariado experto para favorecer a factores políticos afines al régimen carentes incluso de formación sanitaria básica.
4. Profundiza la burocratización de la sanidad pública venezolana al crear 593 ASIC, 5 viceministerios, 11 direcciones generales sectoriales y 24 direcciones estatales (regionales) superpuestas a las respectivas estructuras adscritas a los gobiernos estatales.

Como consecuencia de todo ello, la sanidad pública venezolana hoy:

1. Exhibe sus peores resultados, en términos de indicadores de salud, de toda su historia desde 1936.
2. Técnicamente, carece de legislación que la rija, por lo que opera anárquicamente.
3. No ejerce rectoría real sobre la red asistencial que pretende gestionar.
4. Revierte los importantes avances logrados tras el inicio del proceso de descentralización hasta 1998.
5. Ha perdido un valioso capital humano difícilmente sustituible.
6. Está sometida al gravoso peso de convenios internacionales técnicamente inauditaes (caso Misión Barrio Adentro, a la que se le han transferido 40.400.285 millones de dólares hasta 2018).

### **Consideraciones estratégicas de la propuesta:**

La reinstitucionalización de la sanidad pública venezolana deberá acometerse en sentido ascendente (“de abajo hacia arriba”), es decir, atendiendo con prioridad las

tareas de mitigación inmediata de la actual sanitaria venezolana mediante el apuntalamiento de capacidades mínimas de producción y dispensación de servicios y programas esenciales partiendo de las redes asistenciales ya existentes.

En tal sentido, se propone:

1. Atender las carencias extremas de medicamentos e insumos esenciales, materiales y equipos diagnósticos, para tratamiento y rehabilitación.
2. Corregir el deterioro observado en cuanto a acceso, cobertura y calidad e servicios de atención médica.
3. Fortalecer la promoción a la salud.
4. Revertir el marcado deterioro observado en cuanto a la dotación de personal profesional (médico, etc) cualificado, marcadamente afectado por la migración masiva de este.
5. Corregir el deterioro de la infraestructura sanitaria existente, con especial énfasis en los servicios en red (agua, electricidad, succión, etc), transportación vertical (ascensores), gases medicinales, TIC, calderas, esterilización, seguridad e instalaciones y manejo de desechos biológicos.

De todo lo anterior se deriva al menos tres desafíos en cuanto al diseño de políticas públicas para el sector que pasan necesariamente por consideraciones de carácter intersectorial:

1. La promoción de la salud como política de estado más allá de *slogans* y declaraciones de principios. Esto alude a temas tan concretos como empleo, seguridad social, seguridad pública, escolaridad, atención directa a grupos vulnerables (gerontes, indígenas, embarazadas, privados de libertad, personas en situación de calle, trabajadores informales, menores en situación irregular, emigrantes, etc.)
2. La gobernanza sanitaria entre niveles (ámbitos) de gobierno distintos (nacional, estatal, municipal).
3. La gestión profesional de establecimientos y redes de servicios de atención médica.

4. La generación de políticas de formación profesional y de incentivos para la restauración de las plantillas profesionales en la red de atención pública.
5. El financiamiento de programas dirigidos a alcanzar tales fines.

## **Relatorías foros No. 3 y 4 (sector salud)**

**Fechas: 19. 9. 22 y 7.10.22**

### **Panelistas participantes:**

Dr. Marino González (Universidad de La Rioja, España)

Dra. Christi Rangel (ULA)

Dr. Carlos Walter (CENDES-UCV)

Dr. Pedro del Médico (UCV)

### **Moderator:**

Dr. Gustavo Villasmil P (UCV)

El estado provee de un espacio en el que se producen intercambios en los que él mismo participa, bien como ofertante o como demandante de bienes y servicios. De manera que pensar a la atención médica exclusivamente desde el estado o desde el mercado es, cuando menos, inexacto.

Desde 1936, la atención médica en Venezuela ha gravitado sobre todo alrededor del estado como su gran proveedor. Políticas de estado muy a tono con las de la época – inserción de Venezuela en la economía mundial como consecuencia de la expansión petrolera- atendieron a los requerimientos que en materia médico-sanitaria imponía aquel momento. La respuesta a la necesidad de un brazo ejecutor de tal política fue la construcción de un gran monopolio público –el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)- a cargo de la planificación, financiación y ejecución de programas y redes de atención médica cuyas ejecutorias resultaron extraordinariamente exitosas. Factores críticos de tal éxito fueron la acción de un liderazgo político y una tecnocracia sanitaria técnica y moralmente solventes, la provisión consistente de recursos financieros, la marcada robustez institucional venezolana de entonces, la relativamente escasa población del país y una epidemiología signada por las enfermedades infecto-contagiosas (malaria, tuberculosis, gastroenteritis, entre otras) en las que intervenciones técnicamente simples, de bajo costo y reproducibles con grandes economías de escala fueron la norma..

El momento sanitario, institucional, económico y político venezolano actual es totalmente distinto. Estamos inmersos en una transición epidemiológica en la que reemergen las enfermedades infecto-contagiosas controladas en el pasado que coexisten con las de tipo crónico no transmisible (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, trauma, etc). La institucionalidad venezolana ha perdido robustez, al punto de que la ausencia del estado es notoria en extensas zonas del país, así como en prácticamente todos los sectores del quehacer nacional. Nuestra economía decrece consistentemente y los consensos políticos de antaño ya no existen. Así las cosas, el desafío consiste en proponer políticas sanitarias susceptibles de ser adoptadas por un estado institucionalmente débil y con la esperanza de que sean acompañadas por una sociedad en conflicto en medio de un momento epidemiológico particularmente complejo.

**El estado que financia la atención médica a la población no está llamado a ser necesariamente el único que la provea.** En la tradición médica venezolana de más de 250 años, la presencia del “estado que cura” es relativamente reciente. Durante el primer siglo de la república, fueron proveedores privados (médicos, dentistas y boticarios en ejercicio liberal o filantrópico) quienes tuvieron a su cargo la prestación de tales servicios con una débil presencia del estado. El efecto de la renta petrolera en la capacidad de consumo del venezolano hizo sostenibles proyectos empresariales en materia de asistencia médica materializados en hospitales privados de complejidad en principio comparable a la de los públicos y que hoy es claramente superior.

**Ocasionalmente, el estado se ha apalancado en las fortalezas de privados para proveer la atención médica que él mismo no puede generar.** La compra de servicios de atención médica por el estado a proveedores privados no es reciente y sus resultados son interesantes. Podrían citarse las experiencias del Fondo Mirandino de Salud entre 2010 y 2015, con el gobierno del Estado Miranda actuando como comprador directo de servicios médicos y quirúrgicos a proveedores privados en su jurisdicción y la de Fundahígado y el Programa Metropolitano de Trasplante, con el gobierno nacional como pagador de dicho servicio a su único proveedor privado.

**La descentralización como una de las claves del éxito.** La historia de las gestiones médico-sanitarias más exitosas del sector público en los últimos años no casualmente fue protagonizada por organizaciones en las que la figura del directivo-funcionario designado por la alta burocracia estatal fue desplazada por equipos directivos integrados en formas de gestión dotadas de notable autonomía financiera y sometidas tanto al debido control fiscal como al escrutinio público. Fue el caso de la constitución de los hospitales Vargas de Caracas, JM de los Ríos y de la Maternidad Concepción Palacios, como servicios autónomos sin personalidad jurídica dotados de cuerpos de autogobierno. Caso muy distinto fue y sigue siendo el de aquellos hospitales gestionados como institutos autónomos (casos HUC, IHULA y Universitario de Maracaibo, entre otros), prácticamente reducidos a unidades ejecutoras de los presupuestos asignados por el órgano central. La experiencia parece clara: las administraciones hospitalarias por “delegación de firma”, en las que la autoridad recae en burócratas no sometidos más que al control de quien los designa, sin autonomía y sin participación de “dolientes” (stakeholders) fundamentales (comités de usuarios, representantes de las plantillas profesionales, universidades), están destinadas al fracaso.

**La participación de privados a cargo de la prestaciones y servicios de servicios más allá de las capacidades técnicas de los proveedores públicos** forma parte de un conjunto de experiencias de gestión claramente exitosas en las que el ciudadano ha podido ser objeto de atención médica privada financiada con fondos públicos en casos y circunstancias muy específicas. Muy lejos están tales experiencias de ser tenidas como parte de alguna velada política privatizadora de la atención médica en Venezuela; al contrario, es el estado el que contrata y paga tales servicios en ciertos casos que por su tipo o complejidad no poder atender de manera directa en sus propias instituciones, materializando así el derecho a la salud del ciudadano enfermo.

**Sin seguridad financiera no hay atención médica posible.** Tras la pandemia, la situación general de salud en las Américas se ha deteriorado al punto de retroceder en sus indicadores más esenciales a niveles de hace una década. Urge expandir el gasto público en salud como porcentaje del PIB para abatir el creciente “gasto de bolsillo” a



sus ciudadanos niveles inferiores al 10%, siendo que actualmente en Venezuela es superior al 60%. Pero por otra parte, la aludida expansión al gasto público en salud deberá atender a criterios de eficiencia, siendo que la nuestra es una economía que acumula casi una década de decrecimiento y las fuentes alternativas de financiamiento escasean.

Desde 1947, el llamado “derecho a la salud” (que en realidad es a la atención médica a cargo del Estado) ha venido figurando en el elenco de derechos fundamentales consagrados constitucionalmente. Es así como lo encontramos recogido lo mismo en los textos de 1961 y de 1998. El papel del Estado venezolano en materia de provisión de asistencia médica es preponderante. En 2018, el 60 % de los partos y los accidentes, el 50 % de los pacientes hipertensos y diabéticos y el 76% de las vacunas provistas en el país estuvieron a cargo de redes adscriptas al MPPS.

El desafío, hoy como ayer, consiste en cómo materializar tal derecho, un cometido en la que el problema del financiamiento resulta crucial toda vez que el derecho a la atención médica pasa por garantizar dicha financiación a todos y cada uno de los ciudadanos derechohabientes. Sin garantía de financiación, el derecho a la atención médica al ciudadano nunca será materializable.

**Las experiencias estudiadas señalan que cuatro son las políticas preferidas al respecto, a saber:**

1. Financiamiento fiscal
2. Financiamiento contributivo
3. Financiamiento privado
4. Financiamiento mixto

El financiamiento fiscal supone una acción por parte del Estado que aplique recursos aportados por la sociedad vía impuestos generales, en tanto que la de tipo contributivo los extrae exclusivamente de su sector productivo (trabajadores y empresas) y la privada de la mayor o menor renta personal del ciudadano. Finalmente, existen esquemas de financiamiento mixto en los que la carga de dicha financiación se reparte

en proporciones variables entre el estado, los sistemas de seguridad social y el ciudadano, en este último a través de sistemas de copago.

Se puede decir que la experiencia internacional es variada. Países como Dinamarca financian la atención médica a sus ciudadanos es 100% de financiación fiscal, en tanto que en otros como Alemania y Francia la base de la misma es contributiva. En Estados Unidos, el modelo de atención es esencialmente privado, en tanto que en América Latina coexisten sistemas públicos poco eficientes y subfinanciados de manera variable mediante fondos fiscales o contributorios al lado de redes de atención exclusivamente privadas a las que se accede mediante pago por servicios ("fee-for-service"), bien sea directo o a través de coberturas aportadas por sistemas privados de aseguramiento.

En términos generales, se aspira que la atención médica en Venezuela reúna los siguientes atributos:

1. Que tenga su base en un gran sistema público. Históricamente, el propietario de los grandes activos en materia hospitalaria y de atención médica en general (plantas físicas, tecnologías, redes de alcance nacional), ha sido y es el Estado. De tal manera que ninguna solución podrá ser concebida fuera de tal premisa. No quiere decir esto que la gestión directa de dichos activos deba recaer necesariamente sobre las administraciones públicas, cuyas fortalezas en la materia son precarias.
2. Que sea capaz de proveer al ciudadano, con las garantías del caso, de una cesta concertada de prestaciones médicas de alto valor, superando así el estigma de "sanidad de mínimos" que viene caracterizando a la venezolana desde hace más de dos décadas.
3. Que se financie por vía fiscal, lo cual garantiza a cada ciudadano la seguridad financiera que la atención sanitaria requiere evitando así inequidades política y éticamente aceptables. Los presupuestos públicos deben recuperar su función de instrumento esencial de política pública haciéndose auditables y su ejecución debe estar volver a manos de administraciones específicas. En 2022, más de la mitad de lo erogado por el Estado para sufragar gasto sanitario está siendo ejecutado por administraciones distintas al MPPS cuyas misiones poca relación

guardan con la dispensación de servicios de atención médica o la gestión de programas sanitarios. Tal es el caso de las vicepresidencias de la República y los ministerios de Defensa, Alimentación y de Educación.

En general, en Iberoamérica se dedica poco al gasto sanitario, aproximadamente un 3.,7 % en promedio. En Venezuela, apenas US\$45 per cápita es lo erogado por concepto de gasto sanitario. Si se aspira a un gasto per cápita de US\$ 500 en torno al 6% del PIB (similar al de Ecuador), la financiación fiscal supondrá inversiones que demandarán grandes acuerdos sociales hoy inexistentes. Adicionalmente a ello, los organismos a cargo de dispensar servicios de atención médica deberán aceptar notables ajustes a lo interno así como una fiscalización permanente, lo cual se justifica ante el inmenso esfuerzo fiscal que una política expansiva del gasto sanitario supondría en medio de una contracción económica tan marcada como la actual.

La financiación fiscal luce preferible a la contributiva por su progresividad y porque no impone al empleo, sino a la renta. A partir de la experiencia descentralizada se han identificado vías novedosas vías de financiación que impongan, en cada estado federado, al hecho generador directo de enfermedad o de condiciones que la hagan propicia. Tales son los casos de la comercialización de tabaco y de especies alcohólicas y de combustible para vehículos de uso personal.

4. Que se organice sobre una base territorial (sistemas descentralizados). El gran monopolio sanitario estatal ha fracasado en Venezuela; antes bien, han sido las experiencias de gestiones descentralizadas territorial y administrativamente las que mostraron capacidad innovadora, de liderazgo y de gestión basada en buenas prácticas en Venezuela, al menos hasta 1998. Actualmente, apenas el 0.7 % del gasto público sanitario es ejecutado por organismos del poder estatal y municipal, lo cual en términos prácticos se traduce en una absoluta sujeción de la prestación de tales servicios al poder nacional.

El empadronamiento (a la manera de la sanidad autonómica española) es fundamental para poder ejercer una adecuada gestión de la demanda de estos servicios. Sin restricciones territoriales mínimas, la demanda seguirá

concentrada en unos pocos grandes centros nacionales, lo que se traducirá en la subutilización de gran parte de las redes disponibles y en la desaparición de incentivos para el desarrollo de estas.

5. La gestión sanitaria en la Venezuela por venir habrá de basarse en resultados y ya no más en la ejecución más o menos afortunada de presupuestos históricos corregidos por inflación, lo cual es materialmente imposible en la Venezuela de hoy. La definitiva entrada de tecnologías de apoyo a la gestión es esencial. En tal sentido, herramientas como la historia médica electrónica, las plataformas de telemedicina y el control digital de procesos administrativos básicos (compras, gestión de personal y de infraestructuras, etc) nos situarían en un nivel hasta ahora no visto de control de la operación del sistema sanitario en momentos en los que eficacia y eficiencia se convierten en valores fundamentales a garantizar.
6. La dispensación debe ser en lo posible mixta. La gestión y operación privada de redes hoy inoperativas o de precario funcionamiento puede ser una opción que además de incrementar la capacidad de atención, incentive la permanencia en el país de valiosos recursos humanos, promueva mejores estándares de calidad y descongestione a los hospitales en las ciudades principales del país, hoy reducidos a la condición de “ambulatorios gigantes” a expensas de la misión con la cual fueron creados. En este último sentido, debemos destacar la necesidad imperiosa de una operación eficiente de las redes ya existentes, ya que no vemos probable una inversión en infraestructuras que pretenda doblar, como se ha postulado, la capacidad física sanitaria instalada en el corto y mediano plazo.

### **En síntesis:**

Venezuela debe asumir la tarea de reconstruir su sanidad pública histórica. A tal fin, la financiación fiscal, aunada a un diseño federal descentralizado que promueva la conformación de redes de organizaciones sanitarias públicas, privadas o mixtas a cargo de proveer una sólida cesta de servicios de atención médica y que operen con altos grados de autonomía, que atiendan a estándares de clase mundial y cuyas actuaciones se evalúen sobre la base de indicadores “duros”, debe ser la premisa.

**Informe No. 1.**

Risquez, A. Situación epidemiológica de las enfermedades vacuno-prevenibles, Venezuela, 2018. <http://hdl.handle.net/10872/18924>

Villasmil-Prieto, G. Soluciones privadas a problemas públicos: ideas para la reforma del sector sanitario en Venezuela. Ediciones CEDICE-Libertad, Caracas, 2020.p.63-75.

Villasmil-Prieto, G (editor) 5 años. Encuesta Nacional de Hospitales. Venezuela. Ediciones GIDETI-UCV, 2021, 156p.

**Informe No. 2:**

Oletta Lopez JF. Health Care System Decentralization, the Case of Venezuela Historic Evolution, Results, and Consequences of its Institutional Reversal. J Qual Healthcare Eco 2022, 5(S1):000S1-001.