GUSTAVO J.
VILLASMIL PRIETO

SOLUCIONES PRIVADAS A PROBLEMAS PÚBLICOS:

IDEAS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SANITARIO EN VENEZUELA

Observatorio de Derechos de Propiedad

cedice Libertad 35 Años

GUSTAVO J.
VILLASMIL PRIETO

SOLUCIONES PRIVADAS A PROBLEMAS PÚBLICOS: **IDEAS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SANITARIO EN VENEZUELA**

Observatorio de Derechos de Propiedad

cedice Libertad 35 Años

CONTENIDO

7 Presentación
13 Liminar

21 El cuarto Estado: Los pobres siguen llegando
25 La caída de las democracias liberales europeas: la catástrofe que nadie lloró
26 Y no casualmente, alemanes
28 Liberalismo «basado en evidencia»

33 El Estado que cura: la idea sanitaria en la formación del Estado nacional venezolano
34 *La pax gommica*
37 La larga marcha hacia la construcción de una institucionalidad sanitaria moderna
42 En el tiempo de los positivistas
43 El legado de los «nuevos hombres» y sus «nuevos métodos»
46 El Estado que cura
47 «¡Desenvaine el machete, mi general!»
53 Lo sanitario en la construcción de un Estado viable
56 El inicio de la transición epidemiológica
57 Los presupuestos fiscales y aquella naciente sanidad
59 De la «paternidad» de la idea sanitaria en Venezuela (a manera de conclusión)

63 El hospital público venezolano: de la «crisis» al horror
66 La devastación sanitaria venezolana, legado de la revolución bolivariana (1998-2016)
67 Cuando la oferta de programas y servicios lo son todo
68 *Las infraestructuras*
69 *El capital humano*
70 *La tecnología*
71 *La logística de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos*
73 Los resultados

77 Del Estado que cura al Estado que procura: la sanidad pública para una sociedad decente
79 Enfermos pobres, pobres enfermos
80 La sanidad en la teoría política del siglo veinte y la homeostasia de los sistemas políticos
84 Hacia una nueva sanidad venezolana a partir de la idea de la «sociedad decente»
86 Pensando una política pública distinta
89 Tomando al toro por los cuernos: la entrega de valor agregado sanitario (VAS) como centro de toda política pública en salud
89 *El Valor Agregado Sanitario (VAS)*
92 *La creación de VAS y los presupuestos públicos: ¿es solo un asunto de dinero?*
96 El gobierno sanitario en red
97 ¿Cuál es el problema que hay que resolver en la sanidad pública venezolana?
98 La infraestructura
101 La gestión del capital humano
107 *El pago por desempeño*
108 Las tecnologías
110 *Las tecnologías de información y comunicación (TIC)*

112 La logística
113 La cuestión del liderazgo
115 *Dos personajes trágicos en la sanidad venezolana: el «buen tecnócrata» y el «político»*
117 No hay almuerzo gratis
120 *El dilema de la macrodistribución del recurso en la financiación de la sanidad: ¿cuánto es «suficiente» en materia de gasto sanitario?*
121 La microdistribución del recurso: ¿cuánto para cada uno?
125 Concluyendo: hacia una nueva narrativa sanitaria en Venezuela bajo el imperio de la ley del más débil

133 **Notas de guardia**
133 «La operación, estúpido, la operación»
134 El acceso a los servicios de atención médica como prioridad nacional
136 La inteligencia epidemiológica: «número mata letra»
138 A despecho de «expertos», ¡tirar la parada!
139 Los doce del patíbulo
141 El «Leviathan» sanitario venezolano
143 Hambre (pura y dura)
145 El retorno de las élites
147 *Historia magistra vitae est*
149 Las peras del olmo
150 *Quo vadis*
152 La salud municipal
153 Medicina para pobres, pobre medicina
155 En el asiento de atrás de un Volkswagen azul
156 Un silo de fecunda semilla
158 La infausta cultura del «operativo»
159 La historia médica electrónica
161 La concesión de servicios en la atención médica
162 Financiar al enfermo, no al hospital
163 La acreditación profesional: ¿quién le teme?
165 Recuerdos del profesor Weinberger
166 Pasar por GO
168 Venezuela empadronada
170 El subsidio al medicamento
172 La seguridad de las instalaciones sanitarias
173 El Estado como «pagador último»: hacia una ética de la renta petrolera
175 Ese cotidiano desprecio nuestro por la «carpintería»
176 La cotidiana humillación de la «ayuda médica»
177 «A grandes cirujanos, grandes incisiones (I)»
179 Hacer lo que hay que hacer (y que no es gratis): el tema de los protocolos de actuación médica
180 La auditoría del acto médico
181 La medicina anticipatoria
182 Los cuidados médicos domiciliarios
183 El mantenimiento y la gestión tecnológica de los establecimientos sanitarios
185 Las emergencias
186 «A grandes cirujanos, grandes incisiones (II)»
188 La ley del más débil
190 El *Medi-ticket*: procurando soluciones privadas a problemas públicos
193 ¿Dónde están los doctores? El drama del capital humano sanitario

199 **Epílogo**

PRESENTACIÓN

En Cedice Libertad, conscientes como estamos de la gran crisis que atraviesa el país, pero también entregados a la difícil y apasionante labor de pensar soluciones para su reconstrucción, hemos ido levantando en los últimos años una biblioteca de la que, sin falsas modestias, nos sentimos orgullosos. Este trabajo se ha venido haciendo de manera sostenida enfocados en los problemas medulares, ofreciendo herramientas tanto en espacios nacionales como estadales, pues llegado el momento de la acción ya habrá mucho camino recorrido en materia de reflexión y diálogo en torno a los grandes temas, para reencauzar la ya muy maltrecha economía e institucionalidad venezolana.

En este sentido, es un honor para la institución, y para mí particularmente, presentar el libro del doctor Gustavo Villasmil, *Soluciones privadas a problemas públicos. Ideas para la reforma del sector sanitario en Venezuela*. Conozco de su trayectoria como médico dedicado a su profesión con entereza y también como propulsor y hacedor de propuestas de políticas públicas en el sector sanitario al que ha dedicado su vida.

Se trata este trabajo de una contribución indispensable porque el doctor Villasmil reúne las cualidades de médico cirujano internista con las de gerente público, con formación académica tanto en gerencia como en ciencias políticas y organizaciones sanitarias. La

primera impresión que tenemos al leer este libro es, justamente, la de sentir que quien escribe sabe exactamente de lo que habla, conoce la historia de la medicina en Venezuela y ha visto, desde adentro de las salas del hospital, cada uno de los vericuetos del sistema sanitario venezolano. Como él mismo lo expresa en las páginas liminares, con este libro aspira:

> a recoger una reflexión basada en años de estudio en pos de la comprensión de la cuestión sanitaria venezolana; años, por cierto, vividos no tanto bajo el cobijo de altas posiciones académicas o corporativas sino que, por el contrario, a plena intemperie y al fragor de la intensidad del ejercicio médico en Venezuela, con frecuencia en condiciones extremas. No se encontrarán aquí juicios basados en compilaciones de lo que hayamos podido leer o estudiar al respecto, sino más bien en lo que hemos podido pensar a lo largo de veinticinco años de madrugadas al vilo en las salas de urgencia de los hospitales que sirven a una de las ciudades más violentas del mundo.

La contribución de Villasmil la hace en su condición de médico venezolano, de ciudadano con ideas políticas y consagrado a mejorar el sistema de salud, pero también a conquistar la libertad que los venezolanos hemos perdido.

Una de las mayores grietas que deberemos enfrentar en un futuro es la que se ha creado en el sistema de salud, ya no solo por el estado calamitoso de la infraestructura hospitalaria. A esta característica se ha añadido una peor y que costará mucho reparar: el éxodo de nuestro más calificado capital humano, calculado en más de veinte mil médicos que han salido del país buscando mejores opciones de vida. De acuerdo a las palabras del doctor Villasmil, unas palabras que nos quedan resonando por los fuertes y trascendentes para el destino del país: «asistimos cotidianamente a la pérdida de la mejor generación médica venezolana de todos los tiempos».

Sin embargo, este libro no se queda únicamente en pasar revista a los males de nuestro sistema de salud y precisar lo dañinas que han sido las soluciones «llave en mano», según las llama, como el gran fracaso de la Misión Barrio Adentro, sino que hace proposiciones muy concretas que, a grandes rasgos, quedarían definidas en la transición entre el Estado que cura y el Estado que procura. Esta, podríamos decir, es la tesis central de este libro que, desde ya, es imprescindible en la bibliografía sobre el tema en Venezuela:

> Del núcleo duro de esa misma duda surge nuestra tesis en torno ya no al «Estado que cura» sino a otro distinto, al «Estado que procura». Un Estado que procure en salud no es un Estado que se conciba a sí mismo como proveedor exclusivo o principal de bienes y servicios médicos; al contrario, el «Estado que procura» se entiende como parte de una red en los que otros actores –privados y tercer sector– es posible que exhiban mejores capacidades y experticias.

El Observatorio de Derechos de Propiedad ha querido promover esta publicación por la importancia y la novedad que, dentro del ámbito venezolano, tienen las ideas de Gustavo Villasmil para salir de la gran crisis sanitaria por la que atraviesa el país. En este trabajo se plantea esa alianza público-privada, necesaria para garantizar la vida, la libertad y la propiedad de los ciudadanos. Con admiración y respeto.

Rocío Gijarro
Gerente general Cedice Libertad

A María Magdalena

Salus populi suprema lex
(«Sea el bienestar del pueblo
la suprema ley»)
CICERÓN
De legibus, Libro III, c. 52 a.C.

Thus the idea was born
of the decent society
as a society which
does not humiliate
(«Es así entonces como surge
la idea de la sociedad decente
como la de una sociedad
que no humilla»)
AVISHAI MARGALIT
The decent society (1996)

LIMINAR

Emulando el gesto intelectual de uno de mis grandes –F.A. Hayek en el prefacio de la primera edición de su obra mas memorable, *Road to serfdom* de 1933– hemos de comenzar diciendo que el que aquí entregamos a la consideración del lector es un texto eminentemente político. En tanto que tal, no tiene la intención de pasar por manual para gerentes ni por compendio de recomendaciones técnicas para un eventual nuevo gobierno. Aspira, sí, a recoger una reflexión basada en años de estudio en pos de la comprensión de la cuestión sanitaria venezolana; años, por cierto, vividos no tanto bajo el cobijo de altas posiciones académicas o corporativas sino que, por el contrario, a plena intemperie y al fragor de la intensidad del ejercicio médico en Venezuela, con frecuencia en condiciones extremas. No se encontrarán aquí juicios basados en compilaciones de lo que hayamos podido leer o estudiar al respecto, sino más bien en lo que hemos podido pensar a lo largo de veinticinco años de madrugadas al vilo en las salas de urgencia de los hospitales que sirven a una de las ciudades más violentas del mundo.

En tanto que texto nacido de una motivación claramente política, el que aquí presentamos tampoco se limita a meros ejercicios diagnósticos con fines de legítima denuncia. Se trata de un texto que propone a sabiendas de que al así hacerlo se cuestionarán intereses que en la perspectiva de muchos deberíamos más bien defender.

En el mismo sentido en que lo aclara el gran economista austríaco, decimos que en ello va la que acaso sea la mejor garantía de honestidad intelectual que podamos ofrecer a quien generosamente nos lea. Poco nos importa que lo que aquí expresamos ponga en riesgo alguna posibilidad política futura. Miramientos de tal tipo no pueden sino ser gestos de necedad en un país en el que niños hambrientos se trepan a los árboles de mango o buscan en medio de basurales en plena Caracas algo con qué engañar el hambre. «Hayekianamente» hablando, pues, compartimos nuestra personal aproximación al drama sanitario venezolano en la esperanza de poder contribuir de alguna manera con ello a la búsqueda de opciones válidas y posibles en un país que ha chocado de frente contra sus verdades más duras.

La «crisis» venezolana es profunda, medular. Se equivocan quienes la atribuyen exclusivamente a una coyuntura de bajos precios petroleros o al declive de la institucionalidad democrática ante la fascinación que hace veinte años generara un militar populista. Nada quedó del sueño de la «Venezuela potencia» sustentado con renta petrolera; nada como no sean indicadores sociales de espanto que hablan de un país en el que hoy cunden la desnutrición, la enfermedad y la muerte. Venezuela, su sociedad, paga hoy con su hambre y sus carencias el alto precio de haber vivido profundamente equivocada. No podemos seguir esperando la lluvia para alimentar nuestras centrales hidroeléctricas, ni la aparición de barcos en el horizonte que nos traigan comida y medicinas. Cito al profesor Michael Penfold en brillante artículo de prensa de abril de 2016, a propósito de la reciente crisis eléctrica:

> El país está entregado a la parálisis. Sin planes. Estamos como el gobierno en Guri: contemplando la sequía. Y así también está la oposición: esperando que el futuro incierto lo favorezca. Mientras tanto, el país se apaga[1]

Así las cosas, no nos sentimos en el deber de otorgar el beneficio de la duda a ningún factor alrededor de la sanidad pública, sea que se trate de corporaciones gremiales o sindicales, de grupos de interés o incluso del Estado mismo. En la Venezuela de las filas de gente alineada a la espera del pan o de los enfermos de cáncer que como Jeremías el Suplicante pasean su tragedia por las calles tratando de reunir precarios medios con los que plantar cara a la enfermedad y la muerte, nadie tiene derecho a reclamar la garantía de su particular «zona de confort».

Hechas estas necesarias advertencias, presentamos a la consideración del lector cuatro grandes reflexiones. La primera tiene que ver con la necesidad de dar fundamentación a lo que hemos venido sosteniendo en debate público y académico en torno a lo sanitario desde nuestra conocida posición a favor del libre mercado a lo largo de casi veinte años. Alertamos desde ya que no encontraran aquí las expresiones esperables de un hombre de izquierdas, pues no es ese nuestro campo político de adscripción. Pero, ciertamente, sí se expresarán puntos de vista fraguados al calor de cuatro vivencias en nuestro caso definitivas: la del clínico en ejercicio, la de gestor de redes y servicios de atención médica, la de activista político «de calle» en el campo de la libertad y la del modesto estudioso de la economía, de la historia y de la ciencia política que he sido por años.

Venezuela se llenó de pobres, de enfermos pobres sin capacidad de pago que traduzcan su necesidad objetiva en términos de demanda efectiva de bienes y servicios a los fines de su satisfacción. Ningún liberal venezolano puede prescindir de tan grosero dato, so pena de quedar reducido al penoso rol de pintoresco conferencista en algún coloquio sobre economía austríaca o temas por el estilo en el mundo. Ciertamente, como lo expresara aquel célebre matador andaluz que fuera presentado a José Ortega y Gasett: «tié que haber gente pa´ tó». Y, en efecto, la hay. Pero nuestra eterna prisa con los enfer-

mos jamás nos permitiría el lujo de sumarnos a esos, los coros de los bien conocidos «ventetú» caraqueños que proliferaron desde los días de 1998[2].

La segunda responde a la necesidad de reflexionar acerca de la que es, sin duda, una muy antigua idea venezolana, anterior a la república: la idea del «Estado que cura». Originaria de los tiempos de la monarquía católica, la concepción según la cual el Estado español estaba en la obligación política, legal y moral de asistir a sus súbditos en situación de enfermedad está claramente expresada en las reales cédulas de Carlos III que en el dieciocho disponían la fundación de cátedras de Medicina, de organismos de gobierno sanitario –el Protomedicato– y de instituciones específicas para la materialización de sus mandatos, como el llamado «médico de ciudad». El primer siglo republicano en Venezuela transcurre entre el derrumbe de aquella institucionalidad pensada por los borbones y la vida cotidiana en medio de sus ruinas, hasta la «epifanía» sanitaria venezolana de 1936, expresiva de una política de Estado inspirada en el *motto* de «educar, sanear y poblar». ¿Es responsable seguir apelando a la idea del «Estado que cura» siendo que desde hace no menos de cuarenta años las grandes fortalezas del sector se han ido congregando más y más alrededor del sector privado y el no gubernamental?

La tercera reflexión a la que haremos referencia gira alrededor del constatable drama de aquella meritoria «epifanía» sanitaria que terminara perdiendo su estrella hasta acabar convertida en el reino del horror. La renta petrolera y sus efectos no serían inocuos para la sanidad venezolana, que hoy da cuenta del 12 por ciento de toda la nómina pública venezolana, pero que aún así no es capaz de garantizar que un preescolar en Apure complete el esquema único de vacunas o que una mujer caraqueña llegue al parto habiendo completado un embarazo controlado. El «Estado que cura» de los borbones ya no es tal; no lo es al menos desde mediados de los años setenta, cuando el efecto de la renta petrolera vertida sobre una pequeña economía para entonces de poco más de diez millones de habitantes apalancó el consumo privado, entre otros, de bienes y servicios sanitarios distintos a los de provisión pública. La sanidad pública «epifánica», emblema de modernidad en Venezuela, quedaba para el hiposuficiente, es decir, para el pobre, mientras que para los sectores de ingresos medios y altos se hacía perfectamente posible obtener una revisión médica anual en algún prestigioso hospital en Houston, Miami o Boston en tanto que portadores en sus respectivos bolsillos de una de las monedas más sobrevaluadas del mundo.

Hoy, con un signo monetario que ha perdido varios miles de veces el poder de compra que alguna vez tuvo, el venezolano enfermo no tiene otra opción como no sea aquel viejo y ahora desportillado hospital público construido seguramente entre los años cuarenta y ochenta del siglo pasado. ¿Puede el Estado por sí solo renovar y mantener su vieja promesa de curar? Del núcleo duro de esa misma duda surge nuestra tesis en torno ya no al «Estado que cura» sino a otro distinto, al «Estado que procura». Un Estado que procure en salud no es un Estado que se conciba a sí mismo como proveedor exclusivo o principal de bienes y servicios médicos; al contrario, el «Estado que procura» se entiende como parte de una red en los que otros actores –privados y tercer sector– es posible que exhiban mejores capacidades y experticias.

Una cuarta reflexión se ofrece como acicate moral a lo que puede se lea, superficialmente, como la típica contraposición que desde el campo de las ideas liberales se plantea ante toda iniciativa desde el Estado. Nada más lejos de ello. Es así como hemos defendido, lo mismo desde la academia que desde el debate público, la tesis del Estado como «pagador último» en lo que concierne a las expensas médicas generadas por el ciudadano venezolano titular del derecho a

la salud constitucionalmente garantizado. En ello estriba nuestra apelación a la idea del «Estado que procura» como alternativa a la del «Estado que cura». Nos referimos aquí a un Estado cuyas capacidades financieras, aliadas con el *know-how* de agentes privados y del tercer sector, contribuya a la construcción de una oferta de servicios de atención médica de primer orden al que pueda acceder todo venezolano en condiciones de necesidad, con independencia de su capacidad de pago. Poniendo la renta petrolera en función del ciudadano, que no del Estado, se materializaría el derecho constitucional de este a la asistencia médica, al tiempo que se contribuiría a «esterilizar» una renta petrolera expoliada por intereses particulares como nunca antes durante estos años.

Por último, ofrecemos a nuestro amable lector algunas viejas cuartillas escritas a trancos en medio de muchas noches de guardias. En ellas van algunas claves que en nuestra modesta perspectiva de clínico, político, académico y administrador podrían ser de alguna pertinencia en estos tiempos aciagos en los que asistimos al derrumbe de todo. En ello evocamos el exhorto que en su día nos hiciera nuestro maestro, el profesor Rafael Muci-Mendoza:

> Solo desde dentro de nosotros mismos [...] podrá emerger el antídoto que, curando nuestras lacras e insuficiencias, nos dignifique y nos haga volver a ser lo que alguna vez fuimos.[3]

Dispongámonos entonces a mirar al fondo de eso que fuimos, por doloroso que nos sea, procurando encontrar claves útiles para entender nuestro actual drama. Ello nos obliga a demostrar no tanto la vigencia y aplicación de las inexorables leyes de la economía, como la de aquella otra que aquí proponemos como suprema: la ley que privilegia al enfermo en tanto que débil entre los débiles, sometido a la esclavitud por una condición que jamás escogió: la enfermedad. Se nos dirá que lo que hacemos no es más que proponer ordenamientos sanitarios fundados en un «desenfrenado» moralismo. Asumimos desde ya tales críticas, prometiendo cargar con ellas como trágicos sísifos. Pero en nuestro descargo hemos de decir que abandonar a una persona humana a merced de una condición que no escogió –la enfermedad– no podrá ser tenido en ningún caso como atributo de una sociedad que aspire a ser tenida como libre y decente.

Ciudad Universitaria de Caracas,
marzo de 2019

1. Penfold, M. *El pais que espera la lluvia*. Prodavinci. 9 de abril de 2016.

2. Me refiero a Rafael Gómez Ortega, *El Gallo* (1882-1960), célebre torero andaluz a quien se atribuye la anécdota.

3. Muci-Mendoza, R. (2004). *Primun non noscere*, Caracas.

EL CUARTO ESTADO: LOS POBRES SIGUEN LLEGANDO

Pese a todo, en este siglo se han registrado
revoluciones positivas… la aparición del cuarto estado
y la promoción de la mujer tras varios siglos de represión
RITA LEVI MONTALCINI, neuróloga y neurocientífica,
Premio Nobel de Medicina y Fisiología (1986).

Disculpe el señor pero este asunto va de mal en peor.
Vienen a millones y curiosamente, vienen todos hacia aquí.
Traté de contenerles pero ya ve, han dado con su paradero.
Estos son los pobres de los que le hablé…
Le dejo con los caballeros y entiéndase usted…
JOAN MANUEL SERRAT (1992) *Disculpe el señor.*

La lectura de las páginas de Victor Hugo en *Los miserables* nos sitúa en los acontecimientos de París del 5 de junio de 1832, que presenciaba la crisis del último intento restaurador de la monarquía en Francia –la de Louis Phillippe, bajo la forma constitucional– aplastado entre las fuerzas del legitimismo más reaccionario y las de la plebe soliviantada por el llamado de las banderas rojas:

> Esta vez, sin embargo, en la alarma del 5 de junio de 1832, la gran ciudad sintió algo que quizás era más fuerte que ella. Tuvo mie-

do… ¿En qué concluirá esto? Por momentos, a medida que la noche iba cayendo, París parecía colorearse más lúgubremente con el formidable fulgor del motín[4].

El liberalismo estaba a poco de coronar sus esfuerzos históricos contra el absolutismo y sus derivaciones. La idea del gobierno constitucional limitador del poder y sus alcances como garantía de protección ciudadana ante sus desmanes, finalmente había triunfado. Pero una nueva amenaza al nuevo orden liberal ya se asomaba en Europa: la de la presión de las masas paupérrimas, ese hasta entonces insospechado *Quarto stato* que en 1901 plasmara Giuseppe Pellizza da Volpedo en el imponente lienzo que los milaneses guardan en un novísimo museo al modo de una sagrada reliquia. El liberalismo no enfrenta ya a los vestigios de la sociedad feudoaristocrática cuyos orígenes se hunden en el pasado gótico que siguiera al derrumbe de la romanidad y que tuviera su piedra angular en el homenaje ante la figura señorial. En lo sucesivo, la idea liberal habrá de vérselas con multitudes que no marchan impulsadas por la busca de honores, tributos o privilegios sino por el hambre.

Se plantea así la llamada «cuestión social», término acuñado en la Europa del decimonono denotativo de la complejidad social y política que siguió al fin de las economías agrarias y su sustitución por economías industriales de base tecnológica. Complejidad esta cuyas expresiones más conflictivas –la Revolución francesa de 1848 y la experiencia de los comuneros de París de 1871– se perfilaba como la más seria de las amenazas ante el orden liberal recién estrenado. Los venezolanos no fuimos del todo ajenos a aquel debate. Tan tempranamente como en 1842, el ojo acucioso de Fermín Toro, destacado por el servicio exterior venezolano en la Gran Bretaña, recogía en su novela *Los mártires* la expresión social que iba perfilando el llamado industrialismo manchesteriano:

> Veinticuatro millones de almas. De este número, algunos son poderosos, verdaderos potentados de la tierra; otra porción, y ésa la mayor, en una venturosa medianía, conocen el bienestar y los goces de la vida; pero otra muy considerable la componen los mártires de la sociedad, las víctimas de la riqueza, con cuya sangre se rocían los altares consagrados a su culto[5].

Apenas cinco años antes, en 1837, ve la luz el relato que del trágico Oliverio Twist hace Charles Dickens, testigo de excepción de aquellos tiempos, signados por la pobreza que mucho más que negadora de medios de vida elementales a quienes la sufren, les degrada en su condición humana. Así se desprende del diálogo entre el inescrupuloso jefe de la banda de delincuentes infantiles y Jacob Dawkins, conocido en las calles de Londres como *El Truhán* y su más experimentado líder, quien recluta para esta al hambriento Oliverio:

> –Un nuevo recluta –contestó Jacobo Dawkins, invitando a Oliverio a seguirle.
> –¿De dónde viene?
> –Del país de los inocentes[6].

La Iglesia católica se moviliza. Ante el avance de las ideologías ateas y la indiferencia del liberalismo, León XIII llama la atención sobre el inocultable fenómeno de la exasperante desigualdad social y su expresión en términos de pobreza extrema que se cierne sobre Europa. Poco más de cuarenta años antes, el Viejo Continente asistía al drama de su última revolución «burguesa» –en el sentido del historiador marxista británico Eric Hobsbawm– y a la primera edición del *Manifiesto comunista*, en cuyas primeras páginas leemos que

> La moderna sociedad burguesa, que se alza sobre las ruinas de la sociedad feudal, no ha abolido los antagonismos de clase. No ha

> hecho más que establecer, en lugar de las viejas, nuevas clases, nuevas condiciones de opresión…[7]

El liberalismo creyó haber cumplido su cometido al contemplar la definitiva derrota del absolutismo. La pobreza de cada quien quedaba reducida a un asunto limitado al ámbito de los más personal. La nueva pobreza que como terrible estela dejaba el industrialismo ni tan siquiera podía recurrir al refugio que podía ofrecerle la vida rural, puesto que aquel mundo había dejado de existir. Los años posteriores a las grandes revueltas sociales parisinas del diecinueve son, no casualmente, los de las primeras legislaciones británicas (las llamadas *Poor's Laws*) tendientes a incidir sobre el inocultable fenómeno de la pobreza. Pero el pensamiento liberal permanece, pese a todo, inmutable. Escribe Tocqueville en una muy poco referida obra suya, *Memoirs on pauperism*, de 1835:

> Cualquier medida que establezca la caridad legal sobre una base permanente y le dote de una administración, creará una clase de vagos y perezosos a expensas de la clase trabajadora e industrial[8]

La Iglesia católica es consciente de la compleja gravedad del fenómeno, pero su antigua alineación con el antiguo régimen le ponía en muy endeble posición para influir en tal debate más allá de los púlpitos. Pero ni qué decir que todo aquello advierte León XIII en la encíclica *Rerum Novarum* de 1891:

> Sea de ello, sin embargo, lo que quiera, vemos claramente, cosa en que todos convienen, que es urgente proveer de la manera oportuna al bien de las gentes de condición humilde, pues es mayoría la que se debate indecorosamente en una situación miserable y calamitosa, ya que, disueltos en el pasado siglo los antiguos gremios de artesanos, sin ningún apoyo que viniera a llenar su vacío, desentendiéndose las instituciones públicas y las leyes de la religión de nuestros antepasados, el tiempo fue insensiblemente entregando a los obreros, aislados e indefensos, a la inhumanidad de los empresarios y a la desenfrenada codicia de los competidores. Hizo aumentar el mal la voraz usura, que, reiteradamente condenada por la autoridad de la Iglesia, es practicada, no obstante, por hombres codiciosos y avaros bajo una apariencia distinta. **Añádase a esto que no sólo la contratación del trabajo, sino también las relaciones comerciales de toda índole, se hallan sometidas al poder de unos pocos, hasta el punto de que un número sumamente reducido de opulentos y adinerados ha impuesto poco menos que el yugo de la esclavitud a una muchedumbre infinita de proletarios** (destacado nuestro)[9]

La caída de las democracias liberales europeas: la catástrofe que nadie lloró

Poco más de veinte años más tarde, aquella Europa «estable, liberal y burguesa», como la describe el marxista Hobsbawm, dejaría de existir. Señala el mencionado autor:

> Mientras la economía se tambaleaba, las instituciones de la democracia liberal desaparecieron prácticamente entre 1917 y 1942, excepto en una pequeña franja de Europa y en algunas partes de América del Norte y Australasia, como consecuencia del avance del fascismo y de sus movimientos y regímenes autoritarios satélites[10]

El liberalismo no tuvo respuesta ante el gigantesco, creciente y suficientemente anunciado fenómeno social constituido por el «cuarto estado», la nueva pobreza urbana. La «mano invisible» no operó para proveer de esperanza a la masa depauperada. Incluso en países como Francia, con todo su pasado revolucionario a cuestas, la inequidad siguió prevaleciendo al punto que durante la *Belle Épo-*

que la desigualdad era más intensa que en los tiempos del *Ancien Régime*[11]. La exacerbación de lo que Spengler denominara «lo fáustico» en su apelación a lo étnico cuando no a los viejos mitos propios de los pueblos de la «Europa primera» –desde la promesa hitleriana del *Walhala* a los caídos por la causa del Reich alemán hasta la de la restitución de la antigua gloria de Roma ofrecida por Mussolini– pudieron más que las referencias a Montesquieu y la separación de poderes. Fue así como por dos veces –1918 y 1945– la democracia liberal en Europa tendría que ser salvada *in extremis* por otra: la democracia liberal norteamericana.

Y no casualmente, alemanes

Ocuparse del pobre en tanto que «hiposuficiente», entender que en su protección reside la clave de la estabilidad de la democracia liberal tiene sus referentes esenciales en tres importantes pensadores alemanes. El primero es Lorenz von Stein, quien tan tempranamente como en 1850 destaca el fin de las revoluciones políticas y el surgimiento de las grandes revoluciones sociales (García-Pelayo, 1991: 1594). Es otro alemán, Herman Heller, quien en su *Teoría del Estado,* publicada póstumamente en 1934, postula que:

> El ser del estado es, cabalmente, su devenir a través de actos de decisión política constantemente renovados… [si bien]… no toda actividad de estado es actividad política…[12]

Pero es tan tardíamente como en 1938 –apenas a uno de la Gran Guerra– que otro pensador germano, el *ius* administrativista Ernst Forsthoff, expone la necesidad de que el ciudadano, hasta ahora tenido como sujeto de protección ante los desmanes del Estado, pase a ser, por el contrario, protegido por este en tanto que proveedor de unos medios mínimos de vida, la llamada «procura existencial»[13]. Con ello asistimos a la génesis de las tesis del *Sozialstaat* finalmente recogida en la forma del «Estado social y democrático de derecho» establecida por la Ley Fundamental (constitución) alemana de 1949.

Órdenes humanos distintos del económico y no supeditados a él en los que perviven valores y concepciones profundas que el hombre occidental no está dispuesto a sacrificar, operan desde su autonomía expresándose en el discurso de pensadores alineados en la gran tradición liberal alemana, pero que han asistido a la destrucción de la guerra. Distanciándose de los llamados «liberales austriacos», Wilhelm Röpke postula, en 1979, que:

> …constituía un grave error ignorar la estrecha relación existente entre los diversos órdenes humanos, particularmente la propia del orden político y económico. **Aquí debe radicarse, a todos los efectos, aquello que diferencia al liberalismo alemán de la II postguerra del neoliberalismo de los profesores austriacos de economía y sus seguidores, particularmente los economistas norteamericanos** (destacado nuestro)[14]

Se reconoce así, desde la gran tradición liberal alemana –la misma de Frederik Naumann, la de Maria Lüders y la del gran liberal, médico y patólogo Rudolph Virchow así como desde la experiencia del III Reich y la guerra, la interdependencia (que no mera dependencia, insistimos) entre los órdenes político y económico. Entendemos desde tal comprensión el surgimiento de uno de los más notorios fenómenos económicos, sociales y políticos del siglo veinte, el llamado «milagro alemán». Milagro que no es tal, sino que es la resulta de lo que uno de sus grandes artífices, Ludwig Erhard, destaca como:

> …la consecuencia del esfuerzo honrado de todo un pueblo que, **siguiendo principios liberales**, ha conquistado la posibilidad de volver a emplear iniciativas humanas, humanas energías (destacado nuestro)[15]

Contrariamente a mucha conseja liberal en nuestro medio, no hay en tal postura concesión alguna al asistencialismo socializante. Sí hay mucho de piedad frente al prójimo y de solidaridad ante el que desfallece, que son valores nucleares en la ética cristiana de Occidente. Tranquilice a los que dudan lo que asevera el más grande de los llamados economistas austríacos, Friedrich von Hayek:

> **No existe razón alguna para que el Estado no asista a los individuos cuando tratan de precaverse de aquellos azares comunes de la vida contra los cuales, por su incertidumbre, pocas personas están en condiciones de hacerlo por sí mismas (...) como en el caso de la enfermedad y el accidente (...)** o víctimas de calamidades como los terremotos y las inundaciones. Siempre que una acción común pueda mitigar desastres contra los cuales el individuo ni puede intentar protegerse a sí mismo ni prepararse para sus consecuencias, esta acción común debe, sin duda emprenderse, (…)...contra unas disminuciones de sus ingresos que, aunque de ninguna manera las merezcan, ocurren diariamente en una sociedad en régimen de competencia, contra unas pérdidas que imponen severos sufrimientos sin justificación moral, pero que son inseparables del sistema de competencia. Esta demanda de seguridad es, pues, otra forma de la demanda de una remuneración justa, de una remuneración adecuada a los méritos subjetivos y no a los resultados objetivos de los esfuerzos del hombre (traducción y destacado nuestros)[16].

Liberalismo «basado en evidencia»

«Un espectro se cierne sobre Europa», decían Karl Marx y Friedrich Engels en la primera página de su célebre *Manifiesto*. El espectro ha vuelto. No es el fantasma del comunismo sino el de la pobreza, el temido «cuarto estado» pintado por Volpedo y del que nos advirtiera la gran Rita Levi Montalcini.

En la práctica médica, desde mediados del siglo pasado se ha impuesto el paradigma de la evidencia fundada en el dato «duro». Un ejercicio de tal inspiración podría ser útil para apreciar en términos empíricos algunas bondades de las tesis ordo-liberal en el ejercicio de gobierno:

TABLA 1. Desarrollo humano, desigualdad y crecimiento económico, Alemania - EE.UU. (varios años)

PAÍS	ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, IDH (2014)	DESIGUALDAD (COEFICIENTE DE GINI, 2005-13)	CRECIMIENTO ECONÓMICO ESTIMADO, 2016 (% PIB)
Estados Unidos de América	0.915	41.1	2%
República Federal de Alemania	0.916	30.6	1.5%

Fuente: UN Development Program: Human development report.
En: www.http:/hdt.undp.org/es/data (recuperado el 12 de junio, 2016).

La evidencia apunta a que los alemanes han podido lograr un IDH muy similar al de los norteamericanos y con un crecimiento económico bastante comparable (recordemos el peso que sobre su economía tuvieron los costos de la reunificación y la actual crisis de la eurozona), pero sin el enorme pasivo en términos de exclusión social en el que han debido incurrir los segundos.

Si bien Hayek advirtió severamente acerca de la «fatal arrogancia» de los socialistas, sus reflexiones más postreras también invitan a los liberales a «vacunarse» contra similar mal. Existe entre los liberales una cierta tendencia –comparable con la que se observa en la compleja taxonomía de las izquierdas– a «graduar» la calidad o «pureza» de todo discurso liberal a partir de pretendidas «métricas» tan inconsistentes como arbitrarias, planteando dilemas radicales donde

no siempre los hay. En aras de fomentar una vuelta a la humildad entre los liberales, evoquemos lo que en ensayo de 1953 –lamentablemente conocido entre nosotros solo 45 años mas tarde, en 1998– decía Hayek a propósito de esos «dilemas» que crispan nuestros debates y nos presentan ante el mundo real como seres «incomestibles»:

> **Las nociones de solidaridad humana, de responsabilidad social y la idea de justicia se han enriquecido y expandido gracias al concepto positivo de la «libertad»**, y éste ha servido también para frenar o abolir iniquidades como la esclavitud, el racismo, la servidumbre y la discriminación (destacado nuestro)[17].

Con más de 70 % de pobreza en Venezuela, ¿nos planeamos con seriedad encarar la dura realidad del barrio apenas armados con el chascarrillo del *laissez faire*, *laissez passer*?[18] ¿Somos «menos liberales» si abogamos por la educación y la sanidad universales, por ejemplo? Será bueno tenerlo presente en estos tiempos, siendo que –continuando con Serrat– «llegan más y más pobres y siguen llegando» y que «no se han enterado que Carlos Marx está muerto y enterrado».

NOTAS

4. Hugo, Victor (ed. esp., 2005). *Los miserables*. Ediciones Punto de Lectura, Buenos Aires, tomo II, pp. 467-469.

5. Toro, F. (ed. 1963). *Los mártires*. En: OO.CC. Ediciones de la Academia Venezolana de la Lengua, MCMLXIII, Caracas. Tomo I, pp. 70-130.

6. Dickens, Ch. (ed. esp. 1985). *Oliverio Twist*. Ediciones Sarpe, Madrid, p. 78.

7. Marx, K. (ed. esp. 2007). *El manifiesto comunista*. Colección «Grandes obras de la literatura universal», Ediciones Brontes S.L., Barcelona, p. 91.

8. Tocqueville, A. (ed. ingl. 1997). *Memoir on Pauperism*. Civitas, London, p. 30.

9. León XIII, *Rerum Novarum* (1891). http://w2.vatican.va/content/leo-xiii/es/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html (Recuperado el 20 de junio, 2016).

10. Hobsbawm, E. (ed. esp. 2001). *Historia del siglo XX*. Editorial Crítica, Barcelona, p. 17.

11. Piketty, T (ed. ingl. 2014). *Capital in the 21st century*, Harvard University Press, Cambridge, p. 272.

12. Heller, H. (ed. esp. 2007). *Teoría del Estado*. Ediciones del Fondo de Cultura Económica, México, pp. 84 y 262.

13. García-Pelayo, M. (1991). OO.CC., Ediciones del Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, tomo II, pp. 1596 y sucs.

14. Röpke W, citado por Casanova (2015). En: *Libertad, emprendimiento y solidaridad. 10 lecciones sobre economía social de mercado*. Editorial Alfa, Caracas, pp. 27-28.

15. Erhard L. citado por Casanova. *op. cit*. p. 35.

16. Hayek, F. (ed. 2007). *The road to serfdom*. The University of Chicago Press, Routledge, London, p. 148.

17. Berlin I. (ed. esp. 1998). *El erizo y la zorra* (traducción de Carmen Aguilar). Editorial Península, Barcelona, p. 20.

18. Expresión acuñada, por cierto, por un fisiócrata francés del dieciocho, Vicent de Gournay, en los tiempos de lo que Fernando Salas Falcón bien llama la «prehistoria» del pensamiento económico. Véase: Salas Falcón, F. (2016). *Sobre la libertad y la economía*. Ediciones Cedice, Caracas, p. 162.

EL ESTADO QUE CURA: LA IDEA SANITARIA EN LA FORMACIÓN DEL ESTADO NACIONAL VENEZOLANO[19]

La historiografía escolar, cuyos textos nos bebimos desde los bancos de nuestra infancia, nos refiere a la Independencia, en tanto que hito central en la historia venezolana, como el proceso iniciado entre 1810 y 1811 que culminara, en todo caso, en 1830, con el fin del proyecto colombiano. Manuel Caballero nos ofrece una perspectiva distinta a la de los reduccionismos historicistas, particularmente de aquellos –a los que fuimos tan adictos– afincados en una concepción épico-romántica de la historia. Más cercana a la idea de esta como *mater et magistra* y a la de una perspectiva fruto de la reflexión crítica sobre el suceder histórico, la que Caballero nos plantea es mucho más amplia y nos propone la inclusión del largo período comprendido entre la Independencia y las guerras civiles del diecinueve –guerras entre jefes liberales, cabría mejor decir– dentro un mismo y complejo proceso: el de la formación del Estado nacional venezolano. Aquella fue, diría el citado autor, nuestra «guerra de los cien años»[20].

Digámoslo desde ya: la idea sanitaria en Venezuela es anterior a la república. Promovida inicialmente como política de la ilustración borbónica, se habría de materializar en función de cada particular etapa dentro del referido proceso de formación del Estado nacional venezolano hasta su epifanía total, en 1936, a algo más de un siglo de fundada la república en Venezuela. En las presentes páginas

ofrecemos una aproximación a la evolución de tal idea en tanto que expresión y parte de tan complejo proceso: el de la formación del Estado nacional venezolano.

La pax gommica

Así se referiría Caballero al tiempo de Gómez y a la paz que a hierro impuso. La Venezuela de fines del diecinueve estaba signada por la reducción del nuestro a un Estado anómico. La «Venezuela de papel» a la que se refiere Mirla Alcibíades, plasmada en las constituciones sucesivamente promulgadas en el país desde aquella de 1830, no se materializaba en un orden tangible capaz de dar cauce a la vida social[21]. Ya en abril de 1899, cuando se propone la reforma constitucional que buscaría perpetuar hasta el siglo por venir a la hegemonía liberal llanera encarnada en el crespismo y que aspiraba a sobrevivir tras la muerte en combate en Mata Carmelera del último de los «taitas» llaneros apenas meses antes, parecía claro que el gobierno de Ignacio Andrade era insostenible. No de otro modo se explica el triunfo de una brevísima campaña militar de apenas cuatro meses, en la que las operaciones bélicas destinadas a contenerla carecieron de la contundencia esperada por Andrade pese a haberlas encomendado a jefes militares tenidos por solventes.

La economía cafetalera estaba agotada tras la caída de los precios internacionales de los *commodities*. El país era económicamente inviable, con la guerra de pillaje como principal medio de vida de grandes masas campesinas sin inserción en otra economía como no fuera la de la subsistencia. Solo la región de los Andes, de economía local relativamente «globalizada» en virtud de su fuerte orientación agroexportadora y sus vinculaciones con los sectores cafetaleros colombianos y los comerciales del Zulia, estuvo de algún modo aislada de los impactos tanto de la guerra de Independencia como de las guerras federales. Señala Ángel Ziems:

> hasta 1899 [los andinos] no participaron en aquel escenario político-regional; eran simples convidados de piedra en los festines guerreros generados por los centrales, llaneros, guayaneses, larenses y corianos[22]

No por casualidad entonces fue que en la región andina surgiera el único factor político capaz de introducir un cierto orden en medio de aquel caos. Es Caballero quien destaca cómo, toda vez designado vicepresidente en 1901, el estallido de la llamada Revolución Libertadora da a Gómez la oportunidad de convertirse en un jefe militar. A partir de entonces, un Castro disperso en lo que a su enfoque político se refiere delegará progresivamente en su lugarteniente el ejercicio de la fuerza necesaria para contener los frecuentes levantamientos armados que se sucedían a todo lo largo y ancho de un país levantisco a merced de jefecillos locales armados sin poder para imponer su regla sobre el resto, pero con suficiente capacidad de perturbación como para amenazar la gobernabilidad que Castro ansiaba construir. En ese sentido, la acción pacificadora de Gómez tendrá su culmen en la derrota infligida al último gran caudillo oriental, Nicolás Rolando, en la batalla de Ciudad Bolívar, librada el 21 de julio de 1903. Sería el último acto en el drama de la formación del Estado nacional venezolano iniciado casi un siglo antes.

Con todos los poderes fácticos a su favor –el militar, el político, el de los factores económicos y el que le diera la anuencia de los poderes foráneos– las opciones de Gómez parecían claras: o tomar el control del Estado vía golpe o dejarlo de nuevo a merced de unos caudillos locales persuadidos de la definitiva desaparición de Castro de la escena política. Sin embargo, Gómez y los andinos optarían por una ruta distinta a ambas: plantearían «una evolución dentro de la misma causa». Se referían a la llamada «Causa Liberal Restauradora» de 1899, que ahora tenía en Gómez –la «Espada de la Restauración»– a su mejor expresión.

El ascenso de Gómez da paso a la que Carrera Damas ha denominado como la dictadura liberal regionalista de los andinos, denominación discutible si partimos de la definición schmittiana de dictadura[23]. Aunque incruentamente, Gómez derroca a Castro. Se conformó así un cuadro político, en palabras de Caballero, más proclive a la tiranía. El carácter liberal de aquel régimen quizás resulte reivindicable en tanto que supuso la culminación de un avataroso proceso de evolución institucional desde la primera expresión republicana de 1830, apenas distinguible de la monarquía en virtud de la anulación de la figura del monarca, hasta la de una república basada –al menos nominalmente– en un gobierno constitucional, con separación de poderes y con procedimientos formales para la transferencia pacífica del mando. Finalmente, su carácter regionalista resulta obvio en virtud del predominio del componente social andino transversalmente extendido a todas las funciones básicas del Estado, desde el ejército hasta la alta dirección pública y el servicio exterior.

La Venezuela pugnaz había sido derrotada con Arévalo Cedeño en Ciudad Bolívar. Quedaba ahora un país a merced de un caos que se hacía imperioso problematizar en términos técnicos a los fines de su intervención a partir de acciones específicas desde un Estado y que ya para 1928 tenía en la renta del petróleo su principal fuente de financiamiento. Un novedoso conjunto de grandes temas dominarían la agenda del gomecismo temprano, entre ellos el militar, el de la hacienda pública y el petrolero. En lo militar, el gomecismo se concentrará en la formación de un verdadero ejército profesional de alcance nacional, con lo que quedarían superadas las apelaciones a la razón armada que caracterizaron el siglo diecinueve venezolano. El ordenamiento de la hacienda pública tendrá su centro en la gestión de Román Cárdenas, esfuerzo este parangonable quizás con el que en su día intentase Santos Michelena en los tiempos del paecismo. Es Cárdenas quien introduce las modernas prácticas de presupuestación y control hasta entonces ausentes en la administración pública venezolana. Finalmente, corresponde a Gómez gestionar la nueva realidad económica que traería el siglo: el petróleo, pues si bien las primeras concesiones otorgadas en la Petrolia del Táchira datan de 1878, es a partir de los años veinte del siglo pasado que el fenómeno de la renta petrolera habría de irrumpir definitivamente y para siempre en el proceso histórico venezolano.

La larga marcha hacia la construcción de una institucionalidad sanitaria moderna

«Venezuela no tiene problemas; lo que tiene son necesidades». Es Laureano Vallenilla Lanz quien mejor define el *ethos* positivista ante la ruina heredada con el siglo. Para 1930, en las nuevas élites venezolanas había calado suficientemente el nuevo credo positivista. Para estas, el gran esfuerzo nacional por realizar no estaría centrado tanto en la resolución de tensiones como en la acometida técnica de problemas concretos. Lo sanitario, aunque marginalmente, también estaba siendo objeto de debate y reflexión para entonces. Ya en 1924 es Razetti quien apunta a la magnitud y complejidad del problema sanitario venezolano al advertir, en su célebre encuesta epidemiológica del Distrito Federal, que la expectativa de vida del venezolano de entonces no alcanzaba los treinta años, así como el hecho documentado de 50.128 nacimientos contra 51.027 defunciones contabilizadas entre 1908 y 1924. La materia sanitaria demandaba la atención del Estado en tanto que sus expresiones demográficas amenazaban la viabilidad material de un país ahora inserto en la economía global merced del fenómeno petrolero. Argumenta Razetti:

> La consecuencia de nuestro desprecio por la Higiene Pública es la enorme cifra de mortalidad, que ha pasado en caracas de 35p. 1000 habitantes, cuando en ciudades populosas como Londres apenas alcanzan 20p. 1000[24]

En acta correspondiente a la 622ª sesión de la Academia Nacional de Medicina del 10 de abril de ese año, se deja constancia de que

> [Razetti], leyó un trabajo titulado «El decrecimiento de la población de Caracas», en el cual el autor demuestra que la población de esta ciudad decrece y atribuye este decrecimiento a la excesiva cifra de mortalidad general, superior a la de natalidad, y que el autor atribuye a la gran cantidad de niños menores de 5 años que mueren, por diversas causas, especialmente por el abandono en que se desarrolla la infancia en esta ciudad[25].

Destaca el historiador de la Medicina Ricardo Archila la sucesión de esfuerzos que en materia de organización sanitaria se registraron desde 1901[26].

1. Hasta 1911, correspondiente a organismos varios.
2. Desde 1911 hasta 1930, Oficina de Sanidad Nacional, adscrita al Ministerio de Relaciones Interiores.
3. Desde 1930 a 1935, Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría.
4. Desde 1936, hasta la fecha, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Dos rasgos principales destacan en tales iniciativas; en primer término, su temprana adscripción administrativa al Ministerio del Relaciones Interiores. Ello desvela una clara asimilación de la política sanitaria a una función de orden público cercana a la de los órganos de policía. La segunda característica a destacar es la de su definitiva vocación de convertirse eventualmente en órganos de alcance nacional, aspiración esta que nunca alcanzaron a concretar las juntas sanitarias de principios de la república.

No fue aquel un esfuerzo carente de debate conceptual previo. El Congreso de Municipalidades de 1911 se constituyó en el primer gran esfuerzo de diagnóstico y conceptualización sistemáticos en materia de política sanitaria que se documente en la historia nacional. No se trató de un compendio de políticas basadas en aplicaciones teóricas sin mayor basamento empírico como tampoco de la copia acrítica de prácticas foráneas, pues medió en ello un esfuerzo único; proceso que fue técnico, pero también político. La base de la sanidad por construir no estaría ya en establecimientos hospitalarios aislados y pretendidamente «nacionales» como el Vargas de Caracas, orgánicamente inconexos entre sí, sino en una expresión institucional mucho más compleja construida verticalmente desde el nivel territorialmente más elemental –el llamado distrito sanitario– hasta el de las complejas redes estadales y nacionales.

No casualmente se trató de un esfuerzo articulado con iniciativas de carácter internacional surgidas a la luz de dos nuevas realidades: la guerra europea y la expansión del capital estadounidense. Estados Unidos se perfila ya como la potencia emergente ante la ruina de las antiguas economías europeas. En 1902 es convocada la I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, que posteriormente daría paso a la Conferencia Sanitaria Panamericana como órgano especializado de la Unión Internacional de Repúblicas Americanas precursora de la actual Organización de Estados Americanos. La materia sanitaria preocupa y moviliza la atención global en tanto que se convierte en factor crítico de éxito en iniciativas tan complejas como la construcción del Canal de Panamá. Al calor de la movilización internacional alrededor de la temática sanitaria y como parte de las iniciativas gubernamentales con motivo de la conmemoración del primer siglo de la república, el gomecismo promueve la celebración del I Congreso de Municipalidades de 1911, foro este en el que la materia sanitaria lograría una visibilidad nunca antes vista. La primera medida eficaz derivada de las conclusiones del congreso está en la constitución de la Comisión Nacional de

Higiene Pública, que en breve sería sustituida por el Consejo Nacional de Higiene y Salubridad Pública, y en 1911, tras dictarse la novísima Ley de Sanidad Pública, la organización de la Oficina Sanitaria Nacional. Señala Martín-Frechilla en el citado ensayo:

> Las competencias de la Oficina eran amplias. Incluían la profilaxis (epidemiología, vacunación, desinfección, desratización, luchas contra moscas y mosquitos, drenajes, hospitalización); la inspección de farmacias y profesiones; los certificados de salud; los servicios de puericultura, antituberculoso, antivenéreo; la ingeniería sanitaria; los laboratorios de bacteriología y parasitología, química, aguas; la inspección de casas, alimentos, aseo urbano[27].

Es de destacar la notable amplitud de materias específicas de las que se ocupa la mencionada oficina pese a tener al Ministerio de Relaciones Interiores como órgano de adscripción. Resultaba todo ello del proceso de ajuste progresivo de la naciente institucionalidad sanitaria a los estándares pautados por los nuevos referentes internacionales y que incidían en términos directos en la formación de una política pública específica hasta entonces sin precedentes en el proceso político venezolano.

Estábamos entonces ante un verdadero esfuerzo por construir un orden sanitario nacional por primera vez en nuestra etapa republicana. Invocamos aquí la teoría vertida por García-Pelayo al referirse a la relación ordenación, orden y organización[28]. La ordenación del mundo a la verdad experimentalmente demostrada está para entonces establecida como paradigma científico-médico dominante, con el positivismo como la tabla de salvación a la que asiera con inusitada fuerza la episteme racionalista moderna. Y como *telos* de dicho paradigma, la nueva modernidad suscribe las promesas aunadas al progreso como un nuevo e ideal orden que habría de surgir a partir de la sujeción de prácticas, políticas y aún de actitudes al nuevo paradigma de la verdad experimentalmente demostrada[29]. De allí entonces que para uno de los más destacados referentes del régimen, Laureano Vallenilla Lanz, el proceso venezolano de principios de siglo no esté fundado en las contradicciones heredadas del pasado decimonónico tanto como en las muchas y complejas necesidades cuya satisfacción había que acometer a partir de acciones de carácter técnico. Organizaciones como la Oficina Sanitaria Nacional se diseñaron con obediencia a tal fin.

Estamos ante un hito sanitario parangonable a aquel de la monarquía ilustrada que encarnara la Expedición de la Vacuna de 1806. Una vez más, se hacía expresa una política deliberada, orgánica y de la mano del Estado como su actor fundamental. Una política articulada con iniciativas de pretendido alcance global como las promovidas por la Unión Internacional de Repúblicas Americanas en un esfuerzo modernizador de escala internacional empeñado en la unción de Iberoamérica al carro del progreso. Este notable giro dentro del mismo paradigma científico-médico, a cuya progresiva instalación asistimos desde mediados del diecinueve, va de la mano y en íntima relación con la notable tarea de reforma de los estudios médicos emprendida por Razetti tras su llegada de París en 1892. Concebida conjuntamente con Dominici, la iniciativa razettiana es tenida por la historiografía médica venezolana como la del resurgimiento de la medicina nacional tras la desaparición del referente vargasiano[30]. Es Razetti quien propone la modificación de los *pensa* de los estudios médicos, la introducción de la práctica clínica reglada en hospitales bajo supervisión de cátedras universitarias así como la de la formación del estudiante en ciencias experimentales. La enseñanza médica en Venezuela abandonaba –ahora sí– los últimos resabios heredados de la vieja medicina ilustrada y lo hacía bajo el influjo poderoso de la nueva filosofía positiva.

De manera tal que paradigma científico-médico y expresión organizacional sanitaria quedaban claramente hermanados. Y el elemento de hermanación no fue otro que el lenguaje. En las aulas de la Facultad de Medicina ya no se disertará más sobre los miasmas sino que se estudiará el mundo microbiano como base de la patología en boga. Las causas y los efectos de la enfermedad ya no se estudiarán desde una pura perspectiva lógico-formal, sino que se han de fundar sobre los hallazgos de la anatomía patológica. Las obras de los viejos tratadistas serán sustituidas por otras, incluso aún hoy en uso, como el notable caso del tratado de anatomía humana de los franceses Testut y LaTarjet. La llamada «etapa vargasiana» de la medicina venezolana tocaba a su fin y con ella la de la medicina ilustrada. Entramos así de lleno en el tiempo de los positivistas.

En el tiempo de los positivistas

«Nuevos hombres, nuevos métodos», exclamó Cipriano Castro al serle entregado el poder tras llegar a Caracas por Caño Amarillo. La apelación a un nuevo modo de aproximación a la realidad nacional está presente incluso en las iniciativas políticas que encarnaron los jefes andinos que disputaron con éxito el poder central a los últimos ecos del tardoguzmancismo. Es Castro quien en 1899, desde el lejano Táchira, se aventura al mando de sesenta hombres a retar a un poder central sin capacidad de resistencia militar y en franca disolución política. Los nuevos hombres –ellos– ofrecían traer en sus mochilas nuevos métodos contentivos de aquellas técnicas llamadas a hacer buena la promesa de un demorado progreso. Pero será el gomecismo en tanto que «una evolución dentro de la misma Causa» el llamado a continuar con la tarea de materialización del nuevo orden prometido por los adalides de la filosofía positiva. Razetti está entre los primeros que saluda el golpe de diciembre de 1908 que desaloja del poder a un ausente y enfermo Cipriano Castro:

> En el actual momento, una brisa suave de esperanza refresca el alma nacional. Un Gobierno de derecho se inaugura; las riendas del estado están en manos de un hombre sincero –la más excelsa de las virtudes políticas– que ha prometido hacer la felicidad de la patria por medio de la unión de todas las buenas voluntades, y todos debemos esperar que el soñado engrandecimiento del país se verá realizado en el período constitucional que principia[31]

Los positivistas vieron en Gómez la personificación del orden que habría de ser base para la construcción del ansiado progreso. Contrariamente a lo que pudiera pensarse, la alineación de la *intelligentsia* venezolana con el gomecismo fue notable. Es Yolanda Segnini quien llama la atención al respecto al destacar la notable profusión de publicaciones periódicas –173 en total, entre revistas técnicas y otras de interés general– que se experimentara en Venezuela a partir de 1908, una proporción no alcanzada antes. Fue la *intelligentsia* positivista la gran forjadora de un proyecto civilizatorio iniciado en su día por el guzmancismo y que ahora tenía ante sí las posibilidades que abría la *pax gommica*; la misma *intelligentsia* que habría de construir para el *Benemérito* una justificación histórica en tanto que «gendarme necesario». Entre sus miembros está, y no en posición menor, Razetti[32].

El legado de los «nuevos hombres» y sus «nuevos métodos»

Recaerá sobre referentes como Pedro Chacín Itriago, entre otros, la tarea de construir aquella primera organización sanitaria concebida en la ley de 1911. Un proceso demorado –de «baja velocidad», diría Archila– que tendrá su cenit en 1936, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social por el gobierno de López Contreras. Dará inicio allí a lo que podríamos bien llamar la «Venezue-

la Sanitaria», la de la sanidad «a alta velocidad». La acción de la organización sanitaria venezolana habría de cambiar el perfil epidemiológico heredado del diecinueve y, de allí, la demografía médica nacional.

Desde la perspectiva histórico-política es de destacar un hecho especialmente singular y es que tal salto paradigmático tuvo su acicate ideológico en la reflexión de una élite positivista absolutamente ajena y distante de todo pensamiento cercano a la concepción de la sanidad como derecho. Como hemos dicho, el fenómeno salud-enfermedad era para ellos una expresión del mundo de la *physis* cuyas variables críticas podían ser discernidas a partir del estudio científico de la realidad concreta. Los años precedentes a la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social fueron de intensa actividad de investigación biomédica centrada en problemas muy concretos atinentes a la particular epidemiología de aquel tiempo, con notable participación de referentes académicos auspiciados por el capital estadounidense, que con intensivas inversiones se asentaba en Venezuela. La acción sanitaria respondía a intereses de carácter económico y geopolítico al proveer de un mínimo de condiciones para el desarrollo de la aún naciente industria petrolera y demás ramos de industria necesariamente conexos[33]. El contrato colectivo del Ferrocarril Alemán de julio de 1919 ya establece cláusulas específicas atinentes a la cuestión del aseguramiento por enfermedad. Es de destacar que la primera misión oficial de la Organización Internacional del Trabajo a Venezuela de 1938, impropiamente llamada «la Comisión Suiza» por ser Ginebra la sede de dicha organización, estuvo encabezada por el experto inglés Clarence Wilfred Jenks y su informe final destacó la necesidad de financiar fiscalmente a los hospitales operados por las compañías petroleras en las zonas de producción cuando se vieren forzados a prestar asistencia al público general y/o patologías no atribuibles al trabajo[34].

La demanda social por servicios de salud no parece haber influido significativamente en ello. Salvo en colectivos dotados de cierta capacidad de presión, cual era el caso de los obreros petroleros, poca o nula podía ser la posibilidad de articular alguna capacidad de demanda efectiva del público al respecto. La alineación de la *intelligentsia* médica con el establecimiento político era notable. Así lo denuncia José Rafael Pocaterra en tono especialmente crítico contra la clase médica:

> El Hospital Vargas –lo único que existe como hospital moderno– está allí, con sus «salones» y sus «clínicas» de clisé de periódico y de estudiantuelos adulones. El paludismo arrasa los llanos y las Guayanas; la sífilis y el alcoholismo (del aguardiente de caña sin clarificar) dan cuenta del saldo de los centros urbanos[35]

Si bien el desarrollo organizacional de la nueva estructura sanitaria progresaría de manera parsimoniosa hasta 1936, los impactos observados en términos de salud poblacional en menos de una generación serían de innegable contundencia. Es notable la continuidad en cuanto a macropolíticas sanitarias que mantendría el Estado venezolano entre 1936 y 1945, y aún después, durante el llamado «trienio adeco» (1945-1948) y más allá, durante la llamada «década militar» (1948-1958) que encarnara lo que Urbaneja llama «programa positivista redivivo»[36]. La articulación de lo sanitario con el elenco de los derechos fundamentales constitucionalmente garantizados aparecería solo hasta la constitución de 1946.

Nuestra aún marginal inserción en la modernidad, con sus virtudes y miserias, ha permitido no obstante la introducción de prácticas que impactaron de modo definitivo en la expectativa de vida del venezolano de las generaciones que conocieron la vacuna antipoliomielítica, el DDT, el agua potable y la hasta hoy modesta ampici-

lina. Como en el Norte desarrollado, Venezuela vería eventualmente crecer a su propia generación de *baby boomers*. No puede decirse, por tanto, que la sanidad pública venezolana fuera, en modo alguno, expresión de un Estado democrático de derecho; muy por el contrario, la iniciativa de Estado que la fundara, lo mismo que su diseño y operación originales, recayeron sobre una élite profesional auspiciada por las autocracias representadas en los gobiernos de la llamada «hegemonía andina».

El Estado que cura

Como lo señala Herman Heller, la idea del Estado supone, más que la concreción de un orden normativo con fines abstractos, la de un centro integrador de toda actividad humana. El proyecto liberal venezolano del diecinueve no destacó precisamente tal función, si bien el guzmancismo diera importantes señales en tal sentido en tanto que primer intento sistemático de modernización en Venezuela.

El Estado liberal hijo de las ilustraciones se concibe a sí mismo conforme a una finalidad inmanente, cónsona con la raíz racionalista de la que conceptualmente emergiera; el Estado existe como una creación consciente de los hombres orientada a unos determinados fines pretendidamente comunes. Así pues, se esperaba que el Estado liberal legislara, hiciera la guerra o mediara entre intereses antagónicos, pero no necesariamente que educara y mucho menos curara. De allí que destaque García-Pelayo como ya desde mediados del diecinueve, con la efervescencia de la llamada «cuestión social» en Europa, sea Lorenz von Stein quien advirtiera acerca del nuevo carácter de las revoluciones por venir. Ya no serán revoluciones políticas como la de 1789; ahora se habrían de tornar, como la de 1844, en revoluciones sociales[37].

Introduce Heller una reflexión que creemos útil invocar en nuestro intento de aproximación al proceso de progresivo involucramiento del Estado venezolano en la cuestión sanitaria a partir de la muerte de Gómez y es que el Estado solo existe únicamente en sus efectos[38]. El gomecismo entendió que el principal efecto por generar no podía ser otro que el del orden, aun si autoritariamente concebido. Pero la cuestión para el lopecismo se planteaba mucho más allá de las complejidades propias de una sucesión política planeada y concertada: y es que para López Contreras, el efecto que se buscaba generar tendría necesariamente que ir más allá del orden procurado por las armas. La desaparición de Gómez puso de manifiesto las emergentes contradicciones sociales que ya experimentaba aquella sociedad aún profundamente agraria, pero en la que los usos urbanos comenzaban a imponerse en actividades que por más de un siglo habían tenido como escenario por excelencia el del mundo rural. La política estaba entre ellas. Surgían partidos políticos, organizaciones sindicales y estudiantiles. Corporaciones intermedias entre la masa –la muchedumbre informe, en el sentido de López Maya, hasta entonces ausente del debate político como no fuera desde la desventajosa posición de «carne de cañón»– y un Estado que en lo sucesivo, siguiendo con el argumento helleriano, debía organizar un *statu vivendi* capaz de contener una creciente complejidad social inadvertida durante veintisiete años de gomecismo[39].

«¡Desenvaine el machete, mi general!»

Quien así se expresara fue uno de los referentes médicos más destacados del gomecismo, el doctor José Izquierdo. Eminente cirujano y anatomista, fue Izquierdo, en la emisión radial de la Broadcasting Caracas de una tarde de febrero de 1936, quien así lo exigiría ante el apremio generado por los disturbios callejeros del día 14 de ese mes y que hicieron pensar en el naufragio de todo el orden gome-

cista. La necesidad de ratificar el orden fundado por Gómez se hacía imperiosa entre las élites. Febrero de 1936 suele ser registrado entre las fechas más emblemáticas del proceso de construcción de la democracia en Venezuela. Tras la muerte de Juan Vicente Gómez en diciembre de 1935 y la instalación en el poder de Eleazar López Contreras –uno de aquellos sesenta hombres bajo el mando de Castro en 1899– se pensó que el «gomecismo sin Gómez» estaría asegurado sin más. Como hemos visto, demoradas demandas sociales hicieron crisis ante la oferta de política continuista que inicialmente animara al lopecismo. Expresión reactiva ante dichas demandas fue el programa político leído por López Contreras ante las cámaras del Congreso el 21 de febrero de aquel año, documento este conocido como «Programa de Febrero»[40]. Señala en él López Contreras, refiriéndose a la cuestión sanitaria:

> Tales circunstancias imponen con urgencia la adopción de un vasto plan de higiene pública, y que se preste especial atención a las instituciones de asistencia social. El plan del Gobierno en esta materia comprendería:
>
> a. Creación de un Instituto de Higiene, con el objeto de atender a la formación de técnicos sanitarios, a la creación de la Administración Sanitaria Venezolana y de la estadística vital.
> b. Higiene rural. Lucha contra la anquilostomiasis, el paludismo y la tripanosomiasis.
> c. Higiene urbana. Aprovisionamiento de agua potable y de leche pura, lucha contra el zancudo y contra la mosca, cloacas, control sanitario del personal obrero y del medio en que vive. En nuestras principales ciudades podrían establecerse campos de experimentación para la creación de modelos.
> d. Protección de la madre y del niño. Consultas prenatales, maternidades, consultas externas para niños de pecho, hospitales de niños, suministro de leche pura, casas-cunas. Inspección sanitaria escolar, colonias de vacaciones, preventorios, sanatorios marítimos.
> e. Lucha antituberculosa nacional, con modelos en Caracas y Maracaibo. Dispensarios antituberculosos, sanatorios suburbanos y de altitud.
> f. Lucha contra las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis. Dispensarios antivenéreos.
> g. Reformas de la sanidad marítima para llevarla a la altura de los requerimientos exigidos por la Convención Sanitaria Panamericana.
> h. Creación de una sección de estudios sobre alimentación nacional, con la mira de elaborar el plan económico práctico regional de alimentación adecuada.
> i. Creación de una sección especial de propaganda sanitaria y de educación pública sanitaria, especialmente conectada con la instrucción pública y con el servicio militar obligatorio.
> j. Reorganización de nuestros institutos de beneficencia y de previsión social.

«Educar, sanear y poblar» son los efectores materiales del viejo sueño decimonónico del progreso. La nueva argumentación del Estado ha prescindido de la mera apelación a la fuerza para enfocarse, por el contrario, en la idea de una acción estadal distinta, ya no política (y, menos aún, militar) sino administrativa. *Mutatis mutandi*, el Estado venezolano se asimila ahora, en el sentido descrito por Heller, a una «unidad de acción humana de naturaleza especial» y no ya como aquella otra de carácter «orgánico» más propia del pensamiento político racionalista[41]. En tanto que «unidad de acción humana», las expectativas se han de centrar en lo sucesivo en un Estado que no solo «mande», sino que también «haga». Es la idea del Estado como organización que opera como «centro unitario de efectividad»[42]. Hasta ahora, Estado y sociedad habían coexistido como actores en cierto modo antagónicos. El orden político encarnado en

el Estado liberal de derecho ninguna injerencia tenía sobre los efectos derivados de la inserción de Venezuela en la dinámica capitalista mundial, como consecuencia de la instalación de la industria petrolera. La intensa urbanización generada por ello, unida a la transformación del antiguo *modo-de-vida* rural a la que condujo, trajo consigo la necesidad de introducir cambios profundos en la dinámica Estado-sociedad.

El 25 de febrero de 1936, en el marco de la política trazada por el Programa de Febrero apenas días antes, el presidente López Contreras decreta la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. No es ello en modo alguno expresión de las políticas de *welfare* que comenzaban a surgir en Norteamérica y el mundo como consecuencia, entre otras, de las crisis sociales derivadas del *crack* financiero de 1929 y toda la política social enmarcada en el *New Deal*. Estamos a más de una década de la introducción al lenguaje político-constitucional del término «Estado social y democrático de derecho», que aparece por primera vez enunciado en el articulo 28 de la Ley Fundamental (constitución) alemana de 1949. Hasta entonces, la asistencia médica disponible –precaria, por demás– lo era solo mediante la contratación de servicios privados o, cuando posible, a través de organizaciones de beneficencia. Pese a los esfuerzos iniciados por los creadores de la Oficina Nacional de Higiene y Salubridad Pública de 1911, la presencia del Estado venezolano en la prestación de servicios de atención médica era escasa y poco contundente. El planteamiento sanitario contenido en el Programa de Febrero supuso la superación del esquema contractual en materia de atención médica (es decir, el conmutativo, que encarna el pago por los servicios recibidos) y su sustitución por otro distinto, de carácter distributivo, inspirado en consignas reivindicadas incluso por los marxistas: «a cada quien según su necesidad». Es de destacar una vez más que el núcleo promotor de tal política es no solo ajeno al de los

teóricos que en Europa difunden las ideas precursoras del *sozialstaat,* de Forsthoff sino que, adicionalmente, proviene del «núcleo duro» del lopecismo, heredero a su vez del más rancio gomecismo.

El planteamiento de Forshoff en torno a la llamada «procura existencial» data de 1938 y obedeció a las reflexiones del pensador alemán tras la crisis de la República de Weimar más de dos décadas antes y, claro está, ante el consecuente ascenso de los totalitarismos nacionalsocialista, fascista y stalinista en Europa. La procura existencial, como nos la propone Forsthoff, supone la provisión por el Estado de aquellas condiciones materiales mínimas que, señala García-Pelayo, «aseguren al hombre las posibilidades de existencia que no puede asegurarse por sí mismo». Tal provisión, señala el mismo autor, iría más allá de las nociones de servicio público y política social, para convertirse en la «procura de una existencia rectamente entendida»[43]. Aspectos tan diversos como la política de fijación del salario mínimo y de empleo, la atención a personas en situación de minusvalía y, ciertamente, a los enfermos, forman parte esencial del planteamiento forsthoffiano. Todo ello, sin embargo, sería ajeno a la mentalidad de los fundadores de la sanidad pública venezolana de 1936. Como lo hemos sostenido, para ellos no se trataba tanto de desactivar una eventual fuente de conflictos como de intervenir sobre la realidad venezolana desde una perspectiva técnica robusta.

No parece exagerado postular al Programa de Febrero de 1936 como el hito fundacional por excelencia de la moderna sanidad pública venezolana. Hemos valorado las acciones que en el mismo sentido venían tomándose de forma bastante consistente por lo menos desde 1911. Sin embargo, el impulso sanitario de 1936 también parece inscrito en una reflexión distinta a la del gomecismo y en la que lo político parece trascender a un mero ejercicio de la fuerza desde el Estado en virtud de la irrupción en la escena de un has-

ta entonces inusitado actor: la masa, el «pueblo». Digamos mejor, siguiendo el argumento de López-Maya en su ya citado ensayo sobre los hechos acaecidos en otro febrero, medio siglo más tarde, en 1989: es la irrupción entrópica, sin dirección ni «canales regulares» de un nuevo e inusitado actor encarnado en la multitud, en la muchedumbre[44].

Los referidos acontecimientos del 14 de febrero de 1936 sacaron a relucir una sociedad inusitada para el viejo gomecismo a la que sus continuadores acertadamente dieron un trato muy distinto al esperado, cual era el de la represión. A pocos días de tales hechos, no es desde el seno de aquellas fuerzas sociales desatadas ni desde el de la oposición política aún en ciernes, sino desde el propio núcleo fundamental mismo de las élites positivistas reunidas ahora alrededor de López Contreras como antes de Gómez, de donde se estructura una agenda alternativa a la de la represión que sirviera de base a la construcción de un nuevo consenso menos basado en la fuerza. Referentes principalísimos de aquel elenco –Adriani, Egaña y Escalante, pero también Tejera, Gabaldón, Machado y Oropeza, entre otros– estarán entre sus principales artífices. El subprograma sanitario contenido en el Programa de Febrero de 1936 constituye la iniciativa más importante que en materia sanitaria había visto Venezuela desde que la monarquía católica impulsara, bajo las luces de las ilustraciones, la Expedición de la Vacuna de 1806.

Nunca como hasta ese entonces el Estado venezolano había asumido de modo más expreso e integral la iniciativa en materia sanitaria, convencidas sus élites del poder modelador que su acción ejercía. El Estado liberal extendía así sus efectos a la protección del ciudadano en términos de prestaciones concretas –sanidad y educación, esencialmente– abandonando así su secular posición fundada en la «política del escepticismo», en el sentido de Oakeshot, y reivindicando una nueva política, la «política de la fe» en la que

la materialización de acciones concretas –el «educar, sanear y poblar» del plan lopecista –pretende modelar a la sociedad a la medida de las aspiraciones modernizadoras de sus élites[45].

Lo sanitario en la construcción de un Estado viable

Consistentemente con la concepción de una Venezuela con necesidades a satisfacer antes que con problemas a acometer, la naciente sanidad pública se organizaría alrededor de algunas de las más sentidas de ellas. Notablemente destacaron los programas dirigidos a la atención de los enfermos palúdicos y tuberculosos. Señala Arturo Luis Berti en su biografía de Arnoldo Gabaldón como la mortalidad por malaria, que exhibía una tasa de 164 por 100.000 habitantes entre 1945 y 1950, se reducía a 8,5 en 1950, a 0,8 en 1954 y a cero en 1962[46]. El impacto demográfico de la malaria en la Venezuela anterior a la sanidad pública resultaba desolador: entre 1873, año del primer censo de población realizado en Venezuela, y 1936, año de la fundación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la población de los llanos venezolanos habría decrecido al punto de que la proporción de la misma respecto del total de la población nacional pasó del 30,8 % al 16,1 %, lo que supone que la población general en dicha zona decreció al menos en la mitad en poco más de una generación[47].

La Venezuela de entonces era un país rural. De sus 3.364.447 habitantes censados en 1936, 71 % eran campesinos y apenas poco más de 28 % habitantes de centros urbanos[48]. Según el mismo autor, la densidad de población del territorio nacional no llegaba a los cuatro habitantes por kilómetro cuadrado. Casi tres décadas de *pax gomica* no habían permitido aún repoblar a una geografía asolada por décadas de guerras civiles. La razón, entre otras, estaba en la situación sanitaria heredada del siglo diecinueve que a tres décadas

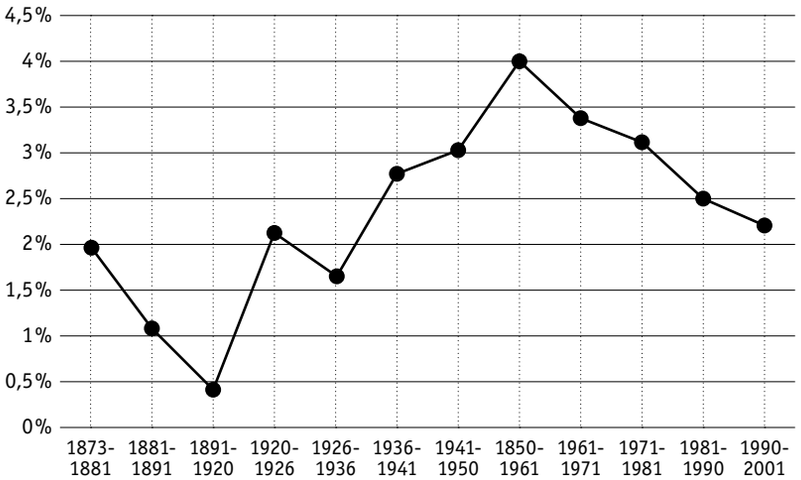
del veinte aún no había podido ser revertida. El mosquito *Anopheles* transmisor de la malaria es endémico en el 50 % del territorio nacional y no menos de una tercera parte de la población nacional estaba infestada de dicho mal[49]. La altísima mortalidad infantil –200 por cada 1000 nacidos vivos–, por otra parte, hacía inviable cualquier intento por incrementar la población. La esperanza de vida en la Venezuela de entonces montaba en 38 años para los varones y 41 en mujeres, con una mortalidad general de 30 decesos por cada 1000 habitantes[50]. Es claro entonces que la situación de Venezuela en términos demográficos era la de un país inviable.

La consigna del *educar, sanear y poblar* cobraba, por tanto, el sentido no ya de un lema, sino de un mandato de Estado en aras de la sobrevivencia material del país. En términos sanitarios, la política surgida a partir del Programa de Febrero estuvo centrada en llevar la presencia sanitaria del Estado a cada localidad del país, de modo que la «brigada» de saneamiento o de vacunadores –coloquialmente para entonces denominadas como «la sanidad»– llegaría, con frecuencia, la primera y aún única expresión material de la acción del Estado en la Venezuela profunda de entonces.

La unidad operacional básica de aquella estrategia fue la de la creación de las llamadas «unidades sanitarias». Se trataba de estructuras de servicios básicos –vacunaciones, atención a la madre y al niño, control de endemias rurales, etc.– de bajo costo de operación y desde la que podían dispensarse servicios de carácter sobre todo preventivo a relativa gran escala. Para 1940, señala Buttó, había no menos de cuarenta en funcionamiento, siendo las primeras las de Valencia y Villa de Cura[51]. El modelo de la unidad sanitaria venezolana derivó del que en su día propusiera la Fundación Rockefeller, bajo cuyos auspicios se llevaran a cabo las primeras encuestas epidemiológicas de uncinariasis y otras parasitosis intestinales en Venezuela. Posteriormente harían su aparición los llamados «centros de salud», inspirados en el modelo del *health centre* británico. Finalmente, la presencia médica en la inmensidad de aquel país rural se hizo posible tras la creación de las «medicaturas rurales».

El impacto sanitario y demográfico de tal despliegue se haría notar en menos de una década. En 1946, señala Buttó, la mortalidad infantil había descendido a 93 por cada mil nacidos vivos y la mortalidad específica por malaria de 35,2 a 12 por cada mil habitantes[52]. Ciertamente, destaca el notable descenso de la población entre 1891 y 1926, períodos estos dominados sobre todo por la égida gomecista en la que estuvo ausente el factor bélico. Sin embargo, dicho período sería también el de la pandemia de influenza que la historiografía médica habría de denominar impropiamente como «gripe española». El saldo de este evento en términos epidemiológicos resultaría devastador, lo mismo a escala planetaria que nacional.

GRÁFICO 1. Crecimiento aritmético poblacional interperíodos censales. Venezuela, 1873-1946



Fuente: Buttó, *op. cit*., 127.

Postulamos que la gran variable a la que hemos de atribuir la particular evolución demográfica nacional intercensal que caracteriza el final del siglo XIX y principios del XX –evolución esta caracterizada por un notable crecimiento aritmético de la población por el orden del 40 %– es, sin duda, la sanitaria. Ciertamente, en 1936 están operando, de manera simultánea, otras importantes intervenciones de política de Estado, como la de un cierto incremento en la escolaridad más básica y, sobre todo, la de la intensa urbanización que ha fomentado la actividad petrolera. Sin embargo, no luce plausible atribuir solo a estas –al fin y al cabo, variables cuyo impacto sanitario no suele ser inmediato– tan dramático y, sobre todo, rápido cambio de tendencia.

El inicio de la transición epidemiológica

Venezuela había entrado al siglo XX. Si en algún aspecto es posible verificar la certeza del juicio que emitiera Mariano Picón Salas tras la muerte de Gómez es, precisamente, en sus estadísticas vitales. En menos de una década, la epidemiología característica de la Venezuela de principios del XX, signada por la supremacía de la malaria y la tuberculosis como causas de muerte, habría de cambiar su perfil en al menos dos aspectos fundamentales: en primer lugar, hemos de destacar el del dramático descenso de las cifras de muertes por dichas causas. Algo más de diez años bastaron para que la tuberculosis y la malaria pasaran de ocupar los dos primeros lugares en mortalidad por todas las causas a los lugares quinto y sexto, respectivamente. El segundo fenómeno notable es el de la emergencia de las afecciones cardíacas como causa de muerte, un hecho no constatado sino a partir de los cuarenta. Ciertamente que las cifras citadas se refieren a tasas relativamente brutas a cuyo alcance escapan causas específicas de enfermedad cardíaca; sin embargo, es plausible suponer que entre tales causas de enfermedad cardíaca figure, preferentemente, la enfermedad isquémica del corazón, una afección no infecciosa característica de los medios urbanos y absolutamente característica de la modernidad.

La transición epidemiológica como fenómeno entraña el complejo proceso en virtud del cual el perfil epidemiológico de un grupo humano transita desde uno en el que predominan las enfermedades de naturaleza infecto-contagiosa atribuibles a la precariedad de las condiciones objetivas de vida –vivienda, acceso a servicios mínimos y a atención médica básica, saneamiento ambiental, etc.– hacia otro en el que la enfermedades predominantes son las de tipo degenerativo o, en todo caso, no infeccioso (típicamente, los distintos tipos de cáncer, las afecciones cerebrovasculares y las del corazón) conexos sobre todo con estilos y hábitos de vida urbanos –valga decir, modernos– entre los que destacan el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y la adopción de dietas ricas en sustancias promotoras de tales enfermedades. Dejaba de ser Venezuela, por tanto, el país cuya población perecía merced de las viejas plagas del medio rural para convertirse, progresivamente, en otro distinto, en el que la muerte y el morir se asimilaban más y más a los de las llamadas sociedades desarrolladas.

Los presupuestos fiscales y aquella naciente sanidad

En las disciplinas de la administración públicas suele afirmarse y con razón, que los presupuestos fiscales son el instrumento por excelencia tras toda política. Una de las evidencias más notables de la calidad del proceso de transformación que operó en la administración pública venezolana durante el lopecismo está precisamente en ello, en la configuración del gasto fiscal y su expresión en términos presupuestarios. A partir de 1936, los presupuestos públicos pondrán en evidencia un hecho absolutamente notable: el gas-

to fiscal correspondiente a los sectores sanitario y educativo dará cuenta de una asignación de recursos superior a la de los ministerios del Interior y Guerra y Marina juntos –41,9 *versus* 34 millones de bolívares, respectivamente[53]. Un hecho notable, como hemos dicho, en tanto que constituye la expresión de voluntad política de una autocracia militar heredera de otra que objetivamente desfavorecía al factor clave de su *constituency* político –los militares– en obsequio del gasto dirigido a sectores aún sin mayor capacidad de organización para el ejercicio de la presión. En la Venezuela de entonces, la estructura de organizaciones intermedias entre la masa y el Estado era notablemente débil. Apenas en 1936 surgía Organización Venezolana, ORVE, un protopartido al que no es posible atribuir un programa político absolutamente definido a este respecto. Muy por el contrario, las élites lopecistas sí estaban en posesión de un proyecto definido, ideológicamente fundado en las tesis positivistas y políticamente respaldado por el estamento social que le legara el gomecismo. Un proyecto que si bien pudo prescindir al principio de una organización de masas, pronto habría de procurarse una. Tal esfuerzo estuvo centrado en la construcción de un partido político propio del lopecismo, las Cívicas Bolivarianas. A partir de 1936, el gasto fiscal venezolano en sanidad y educación observará una tendencia al crecimiento que se mantendrá, con sus naturales variaciones, durante la siguiente década.

La política sanitaria inaugurada por el lopecismo se habrá de caracterizar, entre otras, por su sólida fundamentación en términos político-ideológicos, su consistencia en términos presupuestarios y por su continuidad administrativa en el tiempo, todo lo cual daría cuenta, como lo hemos demostrado, de notables impactos en términos demográficos y de salud poblacional. Su núcleo duro en lo ideológico, como se ha dicho, estuvo en la idea de intervenir el medio físico venezolano –su población como parte de él– a partir de acciones científicamente fundadas, todo ello en absoluta coherencia con la fe en la religión secular del progreso de la que participaban sus élites ductoras. De ello da cuenta la prioridad que en aquella política habría de cobrar la materia sanitaria, cuya participación en términos presupuestarios, como hemos visto, observaría una sostenida tendencia incremental hasta bien entrado el siglo XX.

De la «paternidad» de la idea sanitaria en Venezuela (a manera de conclusión)

El hecho político a destacar es que tan grande transformación en materia sanitaria no estuvo inspirada ni en su materialización habría de jugar papel alguno toda la teoría derivada del concepto de Estado democrático de derecho ni de sus precursores. En la constitución de 1936, la salud no figura entre los derechos bajo garantía constitucional, apareciendo por primera vez en el texto de la de Querétaro de 1919, consecuencia directa de la revolución mexicana.

La moderna sanidad pública venezolana es, por tanto, «hija dilecta» del pensamiento positivista y sus antecedentes más sólidos habría que ubicarlos en los tiempos pre-republicanos. Un positivismo que, abrazado por las élites intelectuales desde mediados del XIX, consustanciado con el poder personalista del entresiglo y enfrentado ahora a las nuevas exigencias planteadas de cara, aunque tardíamente, a un siglo XX a cuyas complejidades procuraba asomarse, no sin sobresaltos, la relativamente sobresimplificada óptica de aquellos pensadores. Se impone apelar, desde tales élites, al país. En tal sentido diserta Arturo Uslar Pietri en su célebre editorial «Sembrar el petróleo» de la edición del 14 de julio de 1936 del diario *Ahora:*

> Esa sería la única verdadera acción de construcción nacional, el verdadero aprovechamiento de la riqueza patria y tal debe ser el empeño de todos los venezolanos conscientes[54]

Sobresaltos estos representados por la emergencia de nuevos actores sociales y políticos –la masa, los protopartidos, los nacientes sindicatos–, económicos –el capital alrededor de la floreciente industria petrolera– y uno aún más novedoso: el de la opinión pública, a la cual apelaba con progresiva fuerza el propio núcleo del poder en procura de una base social mínima que sustentare aquel proyecto basado en la alianza entre la fuerza de las armas y la de la llamada «filosofía positiva»; una alianza que hiciera suya y que materializara –como en el tiempo de los borbones– la idea que definitivamente se sembraría en la cultura política venezolana: la idea del Estado que cura.

NOTAS

19. El presente capítulo está basado en nuestra obra titulada *El Estado que cura. Episteme y modernidad sanitaria venezolana en el primer siglo de la república (1830-1936).* Ediciones Cedice-Libertad, Caracas, 2017.

20. Caballero, M. (1995). *Ni Dios ni Federación*. Caracas: Editorial Planeta, Colección Ensayo.

21. Alcibíades, M. (2004). *La heroica aventura de construir una república. Familia-nación en el ochocientos venezolano, 1830-1865.* Caracas: Monteávila Editores Latinoamericana, Celarg.

22. Ziems, Á. (1995). «Un ejército de alcance nacional». En: Pino Iturrieta, E. (compilador): *Juan Vicente Gómez y su época*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.

23. Carrera Damas, G. (2013). *Rómulo histórico*. Editorial Alfa, Caracas.

24. Razetti, L. (1975). *Obras completas*. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Ediciones de la Academia Nacional de Medicina, tomo IX.

25. Razetti, *op. cit.*, p. 238.

26. Archila, R. (1956). *Historia de la sanidad en Venezuela.* Caracas: Imprenta Nacional, tomo I.

27. Martín-Frechilla, J. J. (2008). «El dispositivo venezolano de sanidad y la incorporación de los médicos exiliados de la Guerra Civil española». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*: 15(2): 519-541, abril-junio.

28. García Pelayo, M. (1949/1991). *Orden, ordenación y organización*. Cuadernos de la Fundación Manuel García Pelayo, N.º 3 (Serie Azul), Caracas.

29. Barahona, A. y E. Torrens (2004). *Telos aristotélico y biología moderna*. Ludis Vitales, vol. XII, [*on line*], 24. Disponible En: http://www.ludusvitalis.org/textos/21/21_barahona_torrens.pdf Recuperado noviembre 2011.

30. Travieso, C. R. (1968). *Homenaje a los grandes maestros de la medicina venezolana y las instituciones médicas nacionales*. Caracas: Ediciones de la Organización de Bienestar Estudiantil de la Universidad Central de Venezuela.

31. Razetti, *op. cit.*, p. 73.

32. Segnini, Y. (1997). *Las luces del gomecismo.* Caracas: Alfadil Ediciones.

33. Godio, J. (1980). *El movimiento obrero venezolano 1850-1944*. Caracas: Ediciones del Ateneo de Caracas-Ildis.

34. Jenks, C. W. (1938). *Informe presentado al Ministro del Trabajo y de Comunicaciones de los Estados Unidos de Venezuela acerca del proyecto del Código del Trabajo venezolano* (mimeo), 10 de octubre de 1938.

35. Pocaterra, J. R. (1927/1979). *Memorias de un venezolano de la decadencia*. Caracas: Monte Ávila Editores, 2 tomos.

36. Urbaneja, D. B. (1992). *Política y petróleo en la Venezuela del siglo XX.* Caracas: Monte Ávila Editores.

37. García Pelayo, M. (1977/1991). *Las transformaciones del Estado contemporáneo*. En OO.CC., t. 2. Ediciones del Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.

38. Heller, H. (1934/1998). *Teoría del Estado*. México: Fondo de Cultura Económica, p. 259.

39. López-Maya, M. (1996). «Venezuela. La rebelión popular del 27 de febrero de 1989: ¿resistencia a la modernidad?». *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol. 5, N.º 2-3, abril-septiembre.

40. López Contreras, E. (1936). *Programa de febrero* http://www.anhvenezuela.org/textosHistoricos.php?pag=11&codigo=101&cod= (recuperado en junio, 2015).

41. Heller, *op. cit.*, p. 293.

42. Heller, *op. cit.*, p. 297.

43. García Pelayo, M. (1977/1991). *Las transformaciones del Estado contemporáneo*. En OO.CC, t. 2. Ediciones del Centro de Estudios Constitucionales, Madrid. p. 1605.

44. López-Maya, *op. cit.*, p. 1996.

45. Oakeshott, M. (1998). *La política de la fe y la política del escepticismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

46. Berti, Arturo L. (1997). *Arnoldo Gabaldón. Testimonios sobre una vida al servicio de la gente*. Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República, Caracas.

47. Buttó, L. A. (2002). «Síntesis histórica de los cambios ocurridos en el Índice de Desarrollo Humano en Venezuela entre 1930 y 1945». *Investigación y postgrado*, vol. 17, N.º 2.

48. Buttó, *op. cit.*, 117 y sucs.

49. Bastidas, A. (1983). *A un año de la fundación del Ministerio de Sanidad Asistencia Social*. El Nacional, edición XL Aniversario, agosto, Cuerpo 6.

50. Buttó, *op. cit.*, p. 117 y sucs.

51. Buttó, *op. cit.*, p. 117 y sucs.

52. Buttó, *op. cit.*, p. 117 y sucs.

53. Mandato, E. (1998). *El gasto social en Venezuela durante el siglo XX. Aplicación y resultados*. Caracas: Ediciones Impregraf.

54. Uslar Pietri, A. (1936). «Sembrar el petróleo» (editorial). *Ahora*, Caracas: 14 de julio.

EL HOSPITAL PÚBLICO VENEZOLANO: DE LA «CRISIS» AL HORROR

Horror! Horror has a face, and you must make a friend of horror. Horror and moral terror are your friends… the horror, the horror

Monólogo final del coronel Walter E. Kurtz [Marlon Brando], FRANCIS FORD COPPOLA, *Apocalypse now* (1979)

Hablar de Venezuela es hablar de un país enfermo. Atrás quedaba aquel tiempo en el que los puericultores evaluaban la progresión del peso y la talla de los niños venezolanos a partir de las tablas inglesas del profesor Tanner. Eran años de pleno crecimiento económico –7 % interanual en promedio entre 1952 y 1957, mayor que el del llamado «milagro» económico alemán–, lo que supuso que un escolar de los Andes venezolanos, de los Llanos o de Caracas creciera de acuerdo con estimadores aplicables a un niño de Londres o de Glasgow. Los de ahora son tiempos muy distintos. Dos de cada tres hogares venezolanos apenas ingresa lo suficiente para hacer una o quizás dos comidas al día y apenas en poco más del 6 % entre los más pobres pueden incluir proteínas en su dieta[55]. En Miranda, nuestro estado, el impacto de tal situación es elocuente: estudios aún no publicados dan cuenta de 20 % de desnutrición proteino-calórica en una muestra estratificada de más de once mil escolares asisten-

tes a las escuelas públicas bajo su administración, 12 % de los cuales acusan franca clínica de anemia carencial[56].

En otro orden de ideas, es de destacar que una de cada cuatro casas en Venezuela está cundida de larvas del temible mosquito *Aedes*, transmisor de los virus responsables de las actuales epidemias de dengue, chikungunya y zika, esta última enfermedad cercana ya a alcanzar el millón de casos desde el inicio de la epidemia en junio de 2015. La malaria cerró en 2015 con más de 136 mil casos, proyectándose que rebase la barrera de los 200 mil a finales de 2016[57]. Este último dato no deja de ser sensiblemente significativo en Venezuela, que en la primera mitad de la década de los sesenta había reducido su incidencia anual a poco más de 2000 casos tras haber completado la hazaña sanitaria que supuso el control de la malaria en más de dos tercios de su territorio, mucho antes que la antigua Unión Soviética. Hoy, junto con la República Dominicana y Haití, es el único país en las Américas en el que la malaria no solo no ha retrocedido, sino que muestra de los mayores avances en el mundo. Al calco de los terribles vaticinios de Terry Lynn Kart en su mencionado ensayo *The paradox of plenty. Oil booms and Petro-states*, de 1997, la fiesta del billón de dólares americanos ingresados al fisco nacional por concepto de factura petrolera se ha saldado con un país desnutrido y presa de viejas endemias tropicales que tras enfermarles le ponen en el trance de buscar asistencia médica en desportillados hospitales que quedan como ruinosos vestigios de la que fuera una de las más sólidas redes sanitarias de Iberoamérica hace cincuenta años.

Una sola palabra basta para resumir el actual estado de dichas redes y sus estándares de calidad: horror. Horror que muestra su peor rostro en hospitales convertidos en degredos, sitios para mal morir con frecuencia sin acceso a prestaciones elementales. El sostenimiento de la operación de un hospital supone la conjunción de al menos cuatro elementos distintos, cada uno de los cuales le es esencial al punto de hacer imposible la producción y dispensación de sus prestaciones si tan solo uno faltara. Me refiero a las infraestructuras, el capital humano, las tecnologías y la logística de suministros. Basta con que tan solo una de ellos falle para que la operación del hospital se haga insostenible, por lo que la situación venezolana no puede considerarse sino trágica siendo que no uno, sino la totalidad de los citados elementos se encuentra en su peor forma desde 1936, año de la fundación de nuestra moderna sanidad pública.

Si dramática es la expresión de la subinversión en materia de infraestructuras sanitarias en la Venezuela del *boom* petrolero de fines de siglo, no menos lo ha sido la penosa gestión del más valioso activo con el que cuenta cualquier organización compleja en el mundo: el capital humano. Como veremos más adelante, Venezuela ha visto partir a la generación médica mejor preparada de toda su historia. Una pérdida que tomará más de una década compensar y otra más resarcir.

El rezago tecnológico de los hospitales públicos venezolanos, en su día a la vanguardia entre sus pares iberoamericanos, es inocultable. La dispensación de la atención en Caracas y el interior está basada en gran medida en infraestructuras heredadas de los años cincuenta y sesenta e incluso más antiguas, como es el caso de la Maternidad Concepción Palacios de Caracas (de 1936) o del Hospital Vargas (1891).

Finalmente, al modo de un trágico colofón que lograra capturar la atención de la opinión pública en el país y aún más allá, se plantea el drama de la virtual ausencia de medicamentos en el mercado, más del 90 % en el caso de los más esenciales y el 100 % en líneas farmacéuticas especializadas en oncología, por citar tan solo uno de los rubros más emblemáticos. La deuda global con el sector asciende a los 4,5 billones de dólares y honrarla no está en las prioridades de

un gobierno empeñado en servir su deuda externa financiera antes que la comercial.

Tan dramática conjunción de males ha supuesto la abolición incluso de la más elemental de las ofertas de servicio por parte de la red hospitalaria venezolana de casi 400 establecimientos. Nada hay que ofrecer a un enfermo más allá de un colchón podrido o alguna asistencia elemental a sus males. Ninguna capacidad diagnóstica real ha quedado como no sea la que pueda proveer la habilidad clínica del escaso personal médico que aún presta servicio en ellos. Lo mismo puede decirse de las fortalezas que puede ofrecer el hospital en materia terapéutica, reducidas las más de las veces a las que pueda proveerse el propio enfermo a partir de su peculio.

Los venezolanos enfrentamos al desafío de reconstruir desde sus cimientos la modélica sanidad pública que una vez fuimos. Ello supone un esfuerzo nacional más allá de las clásicas iniciativas del Estado que integre al sector privado y al tercer sector. Las pretensiones de acceder a soluciones «de paquete» o «llave en mano», como lo pretendiera la llamada Misión Barrio Adentro, saldada con la transferencia en diez años de no menos de 34 billones de dólares al gobierno de La Habana, habrán de quedar para siempre como ejemplo vívido del craso error en el que ningún país debiera jamás incurrir.

El hospital venezolano que en su día fuera expresión de epifanía sanitaria en Iberoamérica, no es ya muestra de aquella «máquina de curar» que ocupara la reflexión crítica de de Foucault. Bástenos tan solo una sola voz para definirlo en su esencia: es el horror.

La devastación sanitaria venezolana, legado de la revolución bolivariana (1998-2016)

Medicina de pobres o pobre medicina. Medicina «de mínimos». Tal fue la asistencia médica que escasamente pudo sobrevivir al último zarpazo desinstitucionalizador que a la sanidad pública venezolana, apalancada en el nuevo *boom* de precios del petróleo, que lo llevaría de los 9 USD por barril en 1989 a los 140 en 2006, le propinase el chavismo en nombre de la revolución bolivariana.

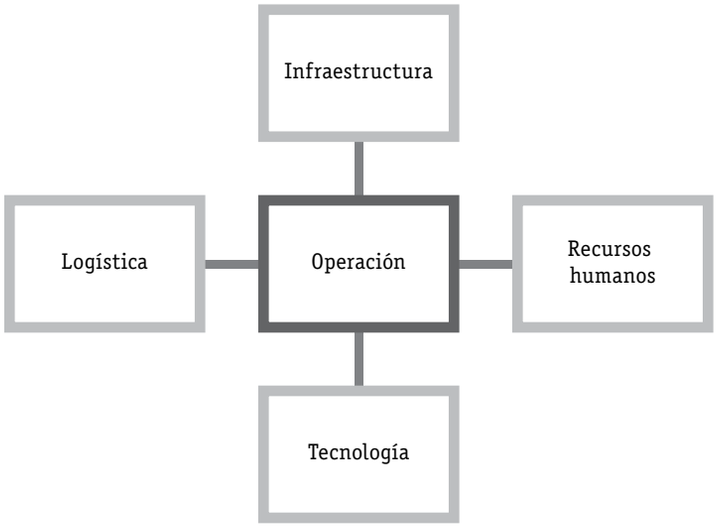
¿Dónde poner el énfasis? Se han hecho propuestas de todo tipo, desde multiplicar por tres el gasto público sanitario en términos del PIB de la noche a la mañana hasta promover todo un tinglado jurídico «de paquete» en tiempo récord, todo ello bajo la cándida premisa weberiana de que «la norma hace al orden». Sostenemos que el énfasis hay que ponerlo en lo que es más sustantivo en una sanidad pública, esto es, en su operación, lo cual supone mantener viva a todo evento una y solo una cosa: la oferta sostenida y permanente de programas y de servicios. Sin ellos, una sanidad pública es apenas un cascarón vacío de todo contentivo sustantivo que la justifique ante sí y ante los ciudadanos. En la Venezuela de hoy, la oferta de programas y servicios de atención a la salud lo son todo.

Cuando la oferta de programas y servicios lo son todo

Cuatro dominios concretos sostienen la operación de un sistema sanitario, cuyo fin no es otro que la producción y sostenimiento de una oferta de programas y servicios que son su alma y razón de ser.

Tales son el de las infraestructuras físicas, el del capital humano, el de las tecnologías médicas y del soporte y la logística de suministros. Insistimos: basta que tan solo uno falle para que el resultado sea el que vemos: la virtual insostenibilidad técnica de la oferta de servicios y programas, esa oferta a la que nos hemos referido.

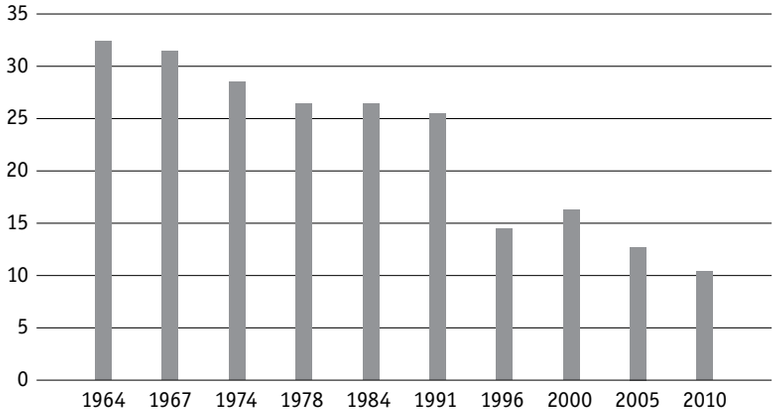
En el presente análisis procuraremos aproximarnos de modo breve y sistemático a cada uno de ellos.



Las infraestructuras

En 1964, Venezuela exhibía una proporción de 30 camas hospitalarias por cada 10 mil habitantes, un indicador propio de las economías occidentales más desarrolladas de entonces. De tan privilegiada situación deriva la impresionante proporción de partos institucionalmente asistidos para la época: tres de cada cuatro para 1962, cifra lejana para algunos países de la región incluso hoy[58]. El deterioro de este indicador en la actualidad es impresionante, habiéndose acumulado un déficit de no menos de 40 mil camas hospitalarias a la fecha, equivalentes a 33 edificios similares al del Hospital Universitario de Caracas. Y no podía ser de otro modo, siendo que el último hospital general puesto en servicio en el área metropolitana de Caracas –el Hospital Domingo Luciani– data de 1987, hace treinta años. Recientemente, la Encuesta Nacional de Hospitales correspondiente a 2016 ha puesto en evidencia que nuestra capacidad instalada de camas hospitalarias hoy puede que no llegue a las 15 mil unidades. Ello equivale bastante menos de la mitad de la capacidad de camas disponible en 1964[59].

GRÁFICO 2. Capacidad instalada de camas hospitalarias a nivel nacional. 1964-2010



Fuente: Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Balance de la salud en el año 2012 en Venezuela, enero 2015.

El capital humano

Si dramática es la expresión de la subinversión en materia de infraestructuras sanitarias en la Venezuela del *boom* petrolero de fines de siglo, no menos lo ha sido la penosa gestión del más valioso activo con el que cuenta cualquier organización compleja en el mundo: el capital humano. Como hemos dicho, en su lugar va quedando una floreciente burocracia sanitaria en la que dos tercios de los casi 400 mil empleados al servicio del Ministerio Popular para la Salud (MPPS) son administrativos o personal de baja calificación, lo cual no es consistente con la estructura de personal esperable en una organización tan altamente especializada como la sanitaria. De acuerdo con cifras de la Federación Médica Venezolana, 15 mil plazas en hospitales públicos han sido abandonadas por médicos tan precariamente remunerados que con frecuencia llegan a ingresar salarios inferiores al mínimo. Sobre los 25 mil está el número de médicos que han emigrado, atraídos por mercados laborales más

competitivos. Hablamos de la producción de médicos de casi una década a cargo de todas las facultades y escuelas de Medicina del país.

TABLA 2. Nómina de funcionarios. Composición. Ministerio Popular para la Salud (MPPS), 2011

NÓMINA POR CATEGORÍAS	TOTAL DE EMPLEADOS	%
Profesionales universitarios	141.046	36%
Administrativos	132.613	33%
Obreros	121.348	31%

Fuente: MPPS, 2011.

La escasez de personal cualificado es especialmente sensible en disciplinas como la Nefrología, la Anatomía Patológica, la Neonatología, la Anestesiología, la Medicina Crítica y la Cirugía del Trasplante, lo mismo en cuanto a personal médico como de profesionales sanitarios afines como la Enfermería de alto nivel. Pero sensible es también en lo que concierne al personal directivo y de gestión. Tradicionalmente tenidas como posiciones sujetas al «cuoteo» político, las plazas de dirección de servicios hospitalarios suelen estar ocupadas por burócratas sin formación específica en materia de alta dirección sanitaria. En el mejor de los casos y cada vez menos frecuentemente se puede encontrar al frente de un hospital complejo a un médico de buena formación en su particular disciplina clínica, pero carente de aquella que le permita gestionar un complejo aparato de dispensación de atenciones médicas cuya oferta puede llegar a abarcar un rango de hasta 12 mil tipos de prestación distintos[60].

La tecnología

El rezago tecnológico de los hospitales públicos venezolanos, en su día a la vanguardia entre sus pares iberoamericanos, es inocultable. De acuerdo con los datos recogidos en la ya referida Encuesta Nacional de Hospitales correspondiente a 2015, el 44 %, casi la mitad de sus quirófanos de los hospitales venezolanos, no está apto para poder realizar de manera segura un procedimiento quirúrgico de rutina. Más del 80 % de sus equipos de imágenes médicas (radiología convencional, tomografía) están inservibles. Ya para 2002, en clásico e incontestado estudio a cargo de los profesores Mijares-Seminario y Lara-Estrella, de la Universidad Simón Bolívar, advertía de la inoperatividad del 75 % de los sistemas de transportación vertical (elevadores) de nuestros hospitales y de la ausencia de dispositivos de respaldo en caso de fallas de suministro eléctrico, así como de sistemas de alarma de enfermería en el 100 %[61].

Las tecnologías médicas complejas han seguido, como era de esperarse, la misma senda del deterioro. De los diecinueve equipos de resonancia magnética nuclear instalados en el país –ocho en Caracas, cuatro en occidente, cuatro en los estados centrales y tres en oriente–, según acota el profesor Rafael Marín, del Departamento de Física Médica de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central de Venezuela, el 80 %, de acuerdo con los datos aportados por la Encuesta Nacional de Hospitales 2016 está inoperativo[62,63].

La logística de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos

Finalmente, al modo de un trágico colofón que lograra capturar la atención de la opinión pública en el país y aún más allá, se plantea el drama de la virtual ausencia de medicamentos en el mercado, más del 90 % en el caso de los más esenciales y el 100 % en líneas farmacéuticas especializadas en oncología, por citar tan solo uno de los rubros más emblemáticos. La deuda global con el sector asciende a los 4,5 billones de dólares y honrarla no está en las prioridades de un gobierno empeñado en servir su deuda externa financiera antes que la comercial[64].

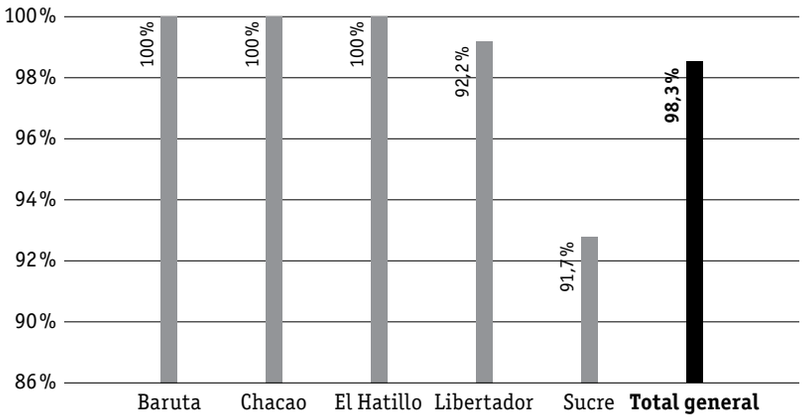
Consecuencia de todo ello es la inocultable escasez de medicamentos y otros insumos y materiales médico-quirúrgicos (MMQ). En lo específicamente referido a los medicamentos de uso hospitalario, la escasez alcanza al 76 % de los rubros farmacéuticos y al 81 % del MMQ auditado, proporciones que no han hecho sino incrementar desde las primeras mediciones sistemáticas ofrecidas por la venezolana Red de Médicos por la Salud desde 2014:

TABLA 3. Escasez de medicamentos y MMQ en términos porcentuales, Venezuela, 2014-2016

	2014	2015	2016
Medicamentos	55%	67%	76%
MMQ	57%	61%	81%

Fuente: Red de Médicos por la Salud, Encuesta Nacional de Hospitales, varios años.

GRÁFICO 3. Escasez de antihipertensivos, AMC



Fuente: Convite, A.C., 2016.

La situación de la escasez de medicamentos, incluso los más esenciales, no deja de sentirse sobre todo en aquellos de tipo básico, indispensables en el nivel primario de atención. La encuesta de campo de la Asociación Civil Convite en abril de 2016 da cuenta de fallas que superan ampliamente el 90 % en medicamentos tan básicos como antihipertensivos e hipoglicemiantes orales, fundamentales en el manejo de dos de las condiciones más prevalentes en el país: la hipertensión arterial y la diabetes mellitus[65]:

Los resultados

Tan dramática conjunción de males ha supuesto la abolición incluso de la más elemental de las ofertas de servicio por parte de la red hospitalaria venezolana de unos 300 establecimientos. Ninguna capacidad diagnóstica real ha quedado como no sea la que pueda proveer la habilidad clínica del escaso personal médico que aún presta servicio en ellos. Lo mismo puede decirse de las fortalezas que puede ofrecer el hospital en materia terapéutica, reducida las más de las veces a la que pueda proveerse a partir de sus propios medios de financiamiento. Nuestra mortalidad hospitalaria –31,2 % en 2015, de acuerdo con datos provistos por el MPPS en su Memoria y Cuenta ante la Asamblea Nacional–, es vergonzosa: uno de cada tres admitidos a un hospital público venezolano muere[66].

Los venezolanos nos enfrentamos al desafío de reconstruir desde sus cimientos la modélica sanidad pública que una vez fuimos. Ello supone un esfuerzo nacional más allá de las clásicas iniciativas del Estado que integre al sector privado y al tercer sector. Las pretensiones de acceder a soluciones «de paquete» o «llave en mano», como lo pretendiera la llamada Misión Barrio Adentro (MBA), habrán de quedar para siempre como ejemplo vívido del craso error en el que ningún país debiera jamás incurrir[67].

TABLA 4. Indicadores hospitalarios

	AÑOS			
INDICADORES DE UTILIZACIÓN	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Promedio diario camas ocupadas	13.223	8.876	12.477	10.428
Porcentaje de ocupación	67.96	83	90	40
Promedio de estancia	4.57	5	6	5
Intervalo de sustitución	2.15	1	1.02	8
Índice de rendimiento	40.18	32.5	35.10	27.47
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD				
Diario paciente atendidos consulta externa	29.922	34.775	49.500	21.360
Diario pacientes atendidos emergencia	25.072	34.804	49.536	20.604
Diario intervenciones quirúrgicas	924	1.261	848	694
Diario de partos	917	1.021	1.562	668
Diario autopsias	48	49	48	39
Diario exámenes de laboratorio	126.349	152.461	12.598	144.739
Diario estudios radiológicos	7.927	5.194	6.299	4.776
INDICADORES DE EFICIENCIA (%)				
Mortalidad /altas	2.96	3.66	4.98	31.12
Mortalidad materna / alta	0.02	0.03	0.18	0.11
Cesáreas /partos	35.78	38.36	39.31	38.17
Mortalidad neonatal / nacimientos	0.02	0.02	0.05	2.01
Altas no médicas / altas	5.32	4.99	5.18	3.93
Autopsias / defunciones	27.61	6.91	26.73	4.42

Fuente: Memoria y Cuenta presentada ante la Asamblea Nacional por MPPS, abril 2016.

NOTAS

55. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, Encovi, 2016.

56. Informe anual de jornadas escolares de salud, Secretaría de Salud del Estado Miranda, 2015.

57. Sociedad Venezolana de Salud Pública-Red Defendamos la Epidemiología, Informe 2015.

58. Gabaldón, A. (1964). *Una política sanitaria*, t. II, p. FALTA. Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.

59. Red de Médicos por la Salud. Encuesta Nacional de Hospitales (2016). Disponible en http://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016. Consultada el 3 de septiembre, 2016.

60. Efectivamente, en cualquier hospital de alto nivel en el mundo, la oferta de servicios que se dispensan suele abarcar entre 12 y 13 mil atenciones distintas. El dato es de Atul Gawande en su conocida obra de 2010, *The checklist manifiesto. How to get things right*, Metropolitan Books, Nueva York, p. 19.

61. Memorias del II Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica, La Habana, 23-25 de mayo, 2001 (documento 00230).

62. Marín, R. *¿Cuántos tomógrafos de resonancia magnética hay en Venezuela?* Disponible en http://fisica.ciens.ucv.ve/postfismed/qeufm/qeufm50.html

63. Red de Médicos por la Salud. Encuesta Nacional de Hospitales, 2016.

64. Véase: Informe sobre la situación de la sanidad pública en Venezuela presentado ante la OPS/PAHO por las organizaciones no gubernamentales venezolanas asociadas en Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y la Vida, Codevida, Washington DC, marzo, 2016. Disponible en: http://www.oas.org/fpdb/press/Informe-Codevida--Provea-Marzo-2016.pd Consultado el 3 de septiembre, 2016.

65. Disponible en: http://cronica.uno/caracas-escasez-medicamentos-diabetes-alcanza-95-antihipertensivos-975/

66. Memoria y Cuenta presentada ante la Asamblea Nacional por MPPS, abril 2016.

67. La erogación de fondos públicos para el pago de servicios al gobierno cubano por concepto de la MBA fue estimada en dicho monto –US$28MM– por los técnicos del ya referido estudio Encovi, en su informe correspondiente a 2015.

DEL ESTADO QUE CURA AL ESTADO QUE PROCURA: LA SANIDAD PÚBLICA PARA UNA SOCIEDAD DECENTE

…tout malade est un prisonier

MARGUERITE YOURCENAR, *Mémoires d´Hadrien*

La recomposición de la sanidad pública venezolana pasa por la del Estado venezolano mismo. Como en aquel 1936, cuando junto a la banca central y la hacienda pública un notable esfuerzo de voluntarismo institucionalizador hizo surgir la moderna sanidad venezolana, el momento actual demanda un ímpetu, una sobreemisión de energía ordenadora que impulse tan ansiada recomposición como factor clave en la reversión de nuestra práctica vuelta al estado de naturaleza al cabo de quince años de incesante furia desinstitucionalizadora. No se trata de una operación más de *state building* como las tantas que se llevaran a cabo en Asia y África tras la descolonización que siguiera al fin de la Segunda Guerra Mundial. Tales trasplantes no podrían preverse exitosos en un país con 252 años de tradición médica en no pocos sentidos meritoria. De poco o nada servirán prescripciones técnicas que prescindan de los datos básicos de nuestra realidad nacional: como que somos, por ejemplo, un petroestado en el que la sanidad pública llegaría a constituirse en uno de los mecanismos más expeditos para la transferencia social de renta, moneda de cambio por excelencia para la compra –que no construcción– de cohesión y paz social por más de cuarenta años.

Bien conocido es que –como decía el gran James Parkinson– «la enfermedad sigue a la pobreza como la sombra al cuerpo». Somos un país pobre, intuición esta que va a contrapelo de la que sin duda es una de las convicciones más arraigadas en el imaginario colectivo venezolano: la de que somos, por el contrario, un país rico. No, no lo somos. Quizás lo fuimos entre 1952 y 1957, cuando Venezuela creció más que el «milagro alemán». Pero está claro que desde hace no menos de treinta años la tendencia señala un sentido contrario. Venezuela es un país de pobres que sufre los rigores que le impone un Estado inmensamente rico. El salario mínimo real del venezolano es el más bajo de Iberoamérica y alcanza a más de dos tercios de la población económicamente activa (PEA) empleada en el sector formal. El tercio restante está en la informalidad. Nuestra inflación es la más alta del mundo, lo que afecta de manera atroz a los grupos sociales más empobrecidos y que son –paradójicamente– los que más gastan en términos proporcionales en salud: me refiero a los que reciben una renta fija, como los jubilados y pensionados, grupo constituido mayoritariamente por población adulta mayor con especiales necesidades en cuanto a atención médica. En Venezuela, por cada bolívar que eroga el Estado para financiar bienes y servicios sanitarios, el ciudadano, incluso el más pobre, pone otro tanto y más[68].

A partir del examen de la evidencia epidemiológica disponible, de los datos aportados por los estudiosos de la economía sanitaria y a la luz de la teoría política, nos aproximaremos a algunas propuestas de carácter programático orientadas al abordaje de la cuestión desde una perspectiva consistente con las posibilidades reales de nuestra sanidad pública, fundada en la teoría política y abierta a las opciones que se nos ofrecen a partir de la adopción de un paradigma sanitario más allá de aquel del que somos hijos y sobre el cual se fundara nuestra moderna tradición sanitaria, es decir, el del «Estado que cura».

Enfermos pobres, pobres enfermos

Venezuela es un país de enfermos. El *Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America* de 2011, mejor conocido por el acrónimico CARMELA, fue un estudio epidemiológico multicéntrico llevado a cabo en siete ciudades iberoamericanas –México DF, Santa Fe de Bogotá, Lima, Quito, Santiago de Chile, Buenos Aires y Barquisimeto– con la finalidad de establecer el perfil de riesgo de enfermedad cardiovascular en la región. Se estima que un 18 % de nuestra población es hipertensa, 23 % obesa y 30 % fumadora[69]. Pero Venezuela es, además, un país inseguro. La violencia ocupa el tercer lugar en la mortalidad general, con una tasa de 82 decesos por cada 100.000 habitantes en 2014, la segunda más alta del mundo después de Honduras[70].

Los mandatos que bajo el formato de pretendidas leyes prometieron otorgar a lo sanitario de un fuero inexpugnable que garantizase la eficacia de las organizaciones a cargo de proveer las prestaciones requeribles por los ciudadanos titulares del derecho a la asistencia médica, de poco sirvieron para prevenir la mala praxis y la humillación cotidianas de la que son objeto el ciudadano venezolano enfermo y los suyos. Pero tampoco lo han sido los mecanismos de mercado. En Venezuela, el quintil más pobre de la población es el que más sustrae recursos a sus muchas necesidades para destinarlos a la compra de servicios y bienes relacionados con la atención médica. La capacidad de pago del enfermo se convierte así en la gran reguladora del acceso oportuno a los servicios de atención médica que se puedan requerir. Con frecuencia vemos cómo las restricciones financieras obligan al enfermo a la toma de opciones subóptimas que sacrifican la oportunidad y la calidad de los servicios médicos a los que accede. Así las cosas, el venezolano más pobre tiene solo la sanidad que puede pagar y no necesariamente la que necesita. Expresión de ello es mortalidad comparada por cáncer, en-

fermedades cardíacas, cerebrovasculares y por violencia entre los trienios 1996-1998 y 2006-2008, en franco ascenso pese a la notable erogación de recursos destinados a crear un sistema público paralelo –nos referimos a la Misión Barrio Adentro– cuyo financiamiento entre 2003 y 2013, al que ya nos hemos referido antes, se totaliza en 1,44 % del PIB de 2007[71].

TABLA 5. Tasas promedio de mortalidad trienal de las principales causas de muerte. Venezuela, 1996-98 y 2006-08

CAUSA DE MUERTE	1996-1998	2006-2009
Enfermedades cardíacas	92.56	94.75
Cáncer	60.69	69.85
Enfermedad cerebrovascular	33.04	35.29
Suicidios/homicidios	17.77	38.17

Fuente: Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales, MSAS y MPPS, varios años.

La sanidad en la teoría política del siglo veinte y la *homeostasia* de los sistemas políticos

En 1932, el gran Walter Cannon (1871-1945), acaso la más prominente figura de la fisiología mundial desde Claude Bernard (1813-1878), propone el término de *homeostasis* para definir el estado de equilibrio estable característico del ser vivo normal. Gradientes, presiones, temperaturas y flujos se equilibran siguiendo sus particulares leyes a fin de sostener los procesos básicos de la vida. Es interesante trazar la analogía entre el modelo fisiológico de los sistemas biológicos estables y el de los sistemas políticos, posteriormente desarrollada por David Eastman (1917-2014) y Karl Deustch (1912-1922), entre otros. En lo tocante a la estabilidad de los sistemas políticos –analogable a la *homestoasis* de los biológicos– es Herman Heller quien primero aborda la cuestión ante la visión de la ruina de las democracias liberales europeas de su tiempo, llamando la atención acerca de la alarmante depauperización material de las sociedades europeas y el avance de los discursos totalitarios[72]. Para Heller, no es en función de fines trascendentes que existe el Estado; antes bien, «el Estado existe únicamente en sus efectos»[73]. Del Estado ahora no solo se espera que «mande», sino también que «haga».

La cuestión sanitaria se plantea de bulto en la Europa de la revolución manchesteriana siendo prontamente capturada por los discursos de la izquierda. Ninguna duda cabe acerca de los profundos determinantes sociales tras las grandes endemias que se cimbraron en la Europa de aquellos tiempos –la tuberculosis, el cólera– expresiones de degradación social a los que no fue indiferente un venezolano de excepción, Fermín Toro[74]. Los más importantes teóricos del Estado no dejaron de ocuparse del asunto. Forshoff, en su crítica al Estado liberal de entonces, llama la atención sobre ciertas necesidades, consideradas elementales, en su planteo sobre la llamada «procura existencial», que habría de garantizar a todos un mínimo de dignidad a la vida de acuerdo con los valores propios de Occidente.

La justificación política a la acción del Estado en el campo sanitario quedó entonces claramente perfilada: la sociedad depauperada, llevada a la condición de masa mendicante dejada a su suerte, sería presa fácil de los utopismos marxistas y fascistas, esos que prometieron realizar el reino de la justicia exigiendo a cambio el sacrifico de la libertad; un canje que no operaría *ipso-facto*, ya que la entrega de la libertad individual se exigía fuese inmediata, en tanto que el cumplimiento de la promesa de materialización del deseado reino de la justicia quedaría diferida para un futuro jamás precisado.

Pero no por ello podemos subestimar hoy el inmenso poder de atracción popular que tal promesa tuvo y aún tiene. La pobreza es una condición degradante que en principio nadie escoge y que se cons-

tituye en el hecho central en la existencia de quien la vive. Para el pobre, la vida no es más que una incesante lucha por contener, con frecuencia sin éxito, sus efectos materiales más crueles, la enfermedad entre ellos.

Para los pensadores médicos de las ilustraciones, la enfermedad era un epifenómeno acaeciendo sobre la vida del hombre ante el que nada tenía que hacer el Estado. Fue la tradición hispana la que hizo de lo sanitario un campo para la acción del Estado moralmente justificada. Los borbones, a partir de una concepción paternal del ejercicio regio respecto a sus súbditos y en ningún caso desde la perspectiva de los derechos del hombre, inauguran una tradición según la cual el Estado asumía la gestión sanitaria. Dos expresiones institucionales fuero hijas de tal concepción: la vacunación antivariólica y la conformación de juntas sanitarias. La primera dio cuenta de uno de los esfuerzos sanitarios más notables de la modernidad médica: llevar la vacuna de Jenner desde Europa hasta América y las Filipinas, llegando incluso a las costas del Mar Amarillo. La segunda de tales instituciones –las juntas sanitarias– daría origen a la primera y por más de un siglo única estructura público-sanitaria que conoció Venezuela hasta 1936.

La mentalidad positivista posterior no prescindiría en principio de tal arquitectura organizacional. Para el positivista, la enfermedad era un fenómeno biológico susceptible de ser combatido con las nuevas herramientas provistas por la tecnología médica generada en los laboratorios de investigación. La enfermedad se tenía como una distorsión introducida en el mundo de la *physis,* cuya intervención el Estado asumía en el marco de una política de construcción de la ansiada modernidad. Era el *educar, sanear y poblar* de López Contreras flanqueado por las poderosas voces de positivistas de la talla de Alberto Adriani, de Gustavo H. Machado y de Enrique Tejera, entre muchos otros.

No es sino hasta 1946 cuando aparece la noción de salud como derecho constitucionalmente consagrado. Eran los tiempos de la posguerra y de la «Doctrina de las cuatro libertades» de Franklin D. Roosevelt que sirviera de motor al inmenso esfuerzo bélico del mundo libre contra el fascismo. La recién inaugurada democracia venezolana, con Rómulo Betancourt a la cabeza, ratificaba su convicción en la idea de que solo la democracia haría posible la vindicación de lo que la idea política esencial de aquella nueva élite –claramente socialista– concebía como un derecho: el del acceso pleno a prestaciones sanitarias de alcance universal con cargo al fisco. Un derecho cuya materialización estaría a cargo del Estado como financiador, pero también como proveedor directo de servicios.

El estado del arte en la materia médica entonces ofrecía una ventaja apreciable a un abordaje desde tal perspectiva, al ser las acciones en salud llamadas a incidir radicalmente sobre la epidemiología de aquel momento, además, susceptibles de ser administradas a partir de grandes economías de escala. La lucha antimalárica, el control de la tuberculosis, el abatimiento de las enfermedades de transmisión hídrica, por citar unos pocos ejemplos, eran abordables desde acciones de relativa baja complejidad y costo en tanto que problemas relativamente bien definidos y estructurados, sea que se tratase de abatir la densidad del anófeles transmisor de la malaria, de diagnosticar y tratar la tuberculosis con isoniazida, rifampicina, hidrazida y etambutol o conectar las viviendas a redes de agua potable. De manera que con relativas pocas dificultades ni grandes desembolsos, proveer materialidad al recién nominado derecho a la salud fue técnicamente posible, financieramente viable y organizacionalmente gerenciable.

Venezuela transitaba con pie firme de un tiempo en el que «quien demanda no tiene derecho y quien dispensa no tiene mandato» a otro en el que «quien demanda tiende derecho y sobre quien dis-

pensa, opera un mandato». Es de destacar que 1946 fue el año de la fundación de la sanidad pública británica, el *National Health System* (la venezolana data de una década antes, 1936). Hasta ese entonces, en la Europa de las democracias liberales arrasadas por los totalitarismos –la británica es la excepción– la sanidad fue en gran medida materia de beneficencia[75]. Las «leyes para pobres» en la Gran Bretaña proveían de base legal para un incipiente asistencialismo movido esencialmente por una cierta idea de piedad socialmente compartida, pero en todo caso con un rasgo distintivo característico: el de la humillación al individuo que a él se acogía.

Hacia una nueva sanidad venezolana a partir de la idea de la «sociedad decente»

El pensador israelí Avishai Margalit (1939) plantea como tesis central la de la sociedad cuyas organizaciones no maltratan a sus miembros, la por él denominada «sociedad decente»[76]. La sanidad pública en el marco de la sociedad decente que postulamos se funda sobre un sustrato ético muy superior a aquel de los diseñadores del Estado de bienestar. Porque reivindica la piedad como sentimiento moral reencontrándolo con el concepto del derecho a la atención médica eficaz y oportuna fundada en la acertada administración de los recursos materiales dispuestos para ello.

Nos remitimos así al vínculo que entre la piedad y la atención médica que es inherente a la medicina desde sus orígenes y que, sin embargo, se desdibujó en el tiempo en la misma medida en que Occidente daba la espalda a las grandes filosofías de la historia –esas que conectaron conceptos con sentimientos reivindicando la sensibilidad como postura humana– para abrazar con fuerza las filosofías analíticas –las que conectan sentimientos con conceptos– en su afán por construir un mundo regido por la razón. Para la medicina de la primera modernidad, el enfermo fue en esencia un sistema biológico disfuncional. De allí que la idea de sanidad pública analogable a tal concepción no pueda ser sino aquella que propone al hospital como factoría: la de la *machine á guerir* –la máquina de curar– centro de la crítica de Michael Foucault[77].

A partir de la idea de la sociedad decente, la enfermedad se entiende como una expresión de sufrimiento humano ante la cual solo cabe una única actitud moralmente aceptable: la de procurarle alivio[78]. Sostenemos, pues, la tesis de que la atención médica oportuna y de calidad que se provee al enfermo debe situarse entre los atributos que nos distingan como una «sociedad decente». Hasta 1936 en Venezuela se le tuvo como cosa fuera de la jurisdicción del Estado y más propia de la acción caritativa. Al menos desde 1947, con el establecimiento de la salud como derecho constitucional, el orden de dicha ecuación se replantea. En lo formal, la atención médica pasa a formar parte del ámbito de la justicia distributiva. El Estado «garantiza», «provee», «protege». Así rezan literalmente nuestras legislaciones desde entonces. Pero abundan los datos empíricos en sentido contrario, pues tales garantías, provisiones y protecciones al ciudadano solo operan en la práctica en la medida de su particular capacidad de pago.

Objetivamente hablando, el ámbito en el que opera la atención médica en nuestro medio es esencialmente el de la justicia conmutativa. En Venezuela, más de la mitad de la población accede a servicios de atención médica provistos privadamente y de la mano de algún mediador financiero, sea que se trate de un seguro médico de riesgo, fondo de salud o esquema de prepago, cuando no del pago directo por dichos servicios. Son, pues, dos dimensiones, dos ámbitos con frecuencia antagónicos, en los que se inscribe la prestación de un mismo tipo de servicio: de una parte, el que la sitúa en el ámbito del Estado y de la justicia distributiva a merced de mandatos específicos pretendidamente orientados a dotarla de medios para el cumplimiento de sus fines, que al fin y al cabo han de ser cónsonos con los

del Estado mismo; por el otro, el que le sitúa en el ámbito del mercado y de la justicia conmutativa. La sanidad en la idea de la sociedad decente no se plantea dilema alguno entre la provisión pública y la privada, sino que las complementa alrededor del ciudadano enfermo, cuya reivindicación constituye para ella un fin en sí mismo[79].

Pensando una política pública distinta

Sostenemos sin dobleces: la idea de que las fuerzas del mercado junto a las potestades del Estado deben ser conjugadas, no la una en contra de la otra, sino que ambas en favor de los intereses del enfermo. Es allí, en su cabecera, alrededor de su sufrimiento, cuando cobra mayor sentido el Estado. Un Estado ausente en el sufrimiento de uno de sus ciudadanos en situación de enfermedad es un Estado fallido. Un mercado al que el enfermo no pueda acceder aún necesitándolo en razón de una precaria capacidad de pago, desdice de toda moralidad y se convierte en un engranaje más de una maquinaria maltratadora que humilla a la persona humana. La medicina y su promesa de un mundo sin enfermedad, sin dolor y sin muerte se vacía de todo su contenido ético y pierde su razón de ser si quien a ella recurre es dejado fuera o tratado de menos por razones fundadas en su capacidad de pago.

Si la sanidad en la idea de la sociedad decente entiende que la institucionalidad sanitaria solo tiene sentido allí, en torno al enfermo y su sufrimiento, Estado y mercado dejan de ser antagónicos para dar origen a un espacio de cooperación en el que se hace buena aquella memorable máxima del gran Ludwig Ehrard: «tanto mercado como sea posible, tanto Estado como sea necesario». ¿Es necesaria la acción del Estado en lo atinente a la atención médica? Como financiador, como garante del cumplimiento de la ley, incluso como proveedor directo cuando nadie más esté dispuesto a hacer la provisión del servicio, sin duda que sí. ¿Es siempre suficiente la acción del Estado en lo que concierne a la atención médica? En nuestro medio, absolutamente no. En otros tiempos, como se ha dicho, cuando las grandes economías de escala favorecían su acción, el Estado cosechó notables éxitos en materia sanitaria. En aquel entonces, las expectativas sociales en torno a la medicina solían ser bastante modestas. Pero a medida que la dinámica general de la sociedad y del conocimiento médico elevó tales expectativas, se fueron haciendo más y más patentes las falencias del «Estado que cura». En Venezuela, al menos desde mediados de los años setenta, venimos asistiendo a la progresiva descapitalización de la sanidad pública –lo mismo en términos financieros como físicos, tecnológicos y humanos– a la par del crecimiento de un subsector privado robusto que se dotó mejor en tal sentido. No es poca la evidencia: en disciplinas como la oncología, la imagenología o la cardiología intervencionista, por citar apenas uno pocos ejemplos, las brechas son evidentes.

No creemos que sea el caso negar tan obvio hecho ni mucho menos teorizar sobre sus perjuicios o bondades. En Venezuela, la superioridad técnica de la atención médica de provisión privada por sobre la de provisión fiscal es incontestable. ¿Cómo conjugar tales realidades ante el deber moral que nos impone el enfermo sufriente? Una sociedad incorde no encuentra dilema ante tal drama, pero una sociedad decente, sí. Y es desde tal percepción que nos atrevemos a delinear unas políticas consistentes con ello: la que haga posible una sanidad cónsona con una sociedad decente.

En tan complejo contexto, la tarea de recomposición de nuestra precaria sanidad pública venezolana a la que llamamos no puede pensarse desde premisas básicas erradas como la de la omnipotencia del Estado. Dicha premisa pudo haber sido cierta hace veinticinco años, pero ya no. Por último, dicha recomposición tampoco puede fundarse sobre el viejo paradigma de las grandes burocracias sanitarias. No puede principiar por aquellas monumentales «reestruc-

turaciones» de antaño que se sintetizaban en un organigrama distinto –más grande o más chico–, pero en todo caso expresión de una organización ineficaz *vis-á-vis* sus desafíos.

La recomposición de la sanidad pública venezolana a la que nos referimos no será obra de nuevas ingenierías organizacionales sino producto de la construcción de grandes consensos nacionales. Consensos que darán sustento a nuevos diseños organizacionales expresión a su vez de sistemas viables, adaptados y adaptables a un entorno epidemiológico, político y económico que por mucho tiempo nos habrá de ser hostil. La cartografía organizacional tayloriana propia de aquella modernidad fundada en el pensamiento lógico-cartesiano coronado en medicina por la ciencia positiva ciertamente nos trajo hasta aquí, pero no por ello necesariamente nos lleve más lejos.

Dejemos atrás la *naivité* organizacional, esa que espera que de las mismas estructuras, procesos y culturas surjan resultados distintos a los que estamos obteniendo. Abandonemos la idea –antigua por demás– de la compra de modelos sanitarios «llave en mano» como lo fuera el propuesto por la Misión Barrio Adentro. Una década de fracasos nos demuestran la debilidad intrínseca de dicho modelo. No hay, pues, «camino real» que nos conduzca automáticamente a la ansiada «salud para todos» que nunca fue. Habrá, si acaso, la ruta que nosotros mismos le tracemos a ese sueño la viabilidad que nuestros propios consensos políticos le provean.

El ya antiguo paradigma de la llamada Planificación Estratégica Situacional (PES) de tanta tradición y raigambre en Iberoamérica, con su carga de jergas militares y de «momentos», nos ofrece, sin embargo, un punto de partida útil para ordenar la reflexión que aquí de propone. ¿Cuál es el «momento» que tienen ante sí los planificadores de la reconstrucción sanitaria aquí propuesta? ¿Acaso el por Mattus llamado «momento normativo», durante el que los expertos suelen estar de plácemes dando rienda suelta a toda su mejor intención creadora empeñada en la construcción de un orden mejor? Ingenuidades aparte, tememos que no.

Tomando al toro por los cuernos: la entrega de valor agregado sanitario (VAS) como centro de toda política pública en salud

Un viejo estudio de 2001 de nuestra autoría, para entonces sirviendo en el Hospital Vargas de Caracas, demostró un hecho contundente: los servicios médico-asistenciales ambulatorios dispensados por la red ambulatoria aledaña a dicho hospital estaban absolutamente subutilizados. Se entendía así entonces la incontenible demanda de servicios ejercida sobre el Hospital Vargas y su servicio de emergencia. De cada tres potenciales usuarios, el primero desconocía la ubicación del ambulatorio local más cercano a su domicilio, el segundo no lo tenía como proveedor preferente («preferiría ir a otro sitio, de serme posible») y el tercero «en ningún caso» optaría por él. Es claro entonces, como lo expresáramos en aquel ensayo, que los ambulatorios en Caracas constituían un servicio sin demanda[80].

El Valor Agregado Sanitario (VAS)

Tras todo producto o servicio exitosamente colocado en el mercado hay una cadena de agregación de valor clara a todo lo largo de su proceso de producción. Cualquier proceso que a lo largo de dicha cadena no agregue valor sino costos será suprimido y sustituido por otro capaz de hacerlo. La cadena de creación de valor agregado en lo referente a servicios de salud (en adelante VAS) no es muy distinta. Por lo que estamos en el deber de emitir un juicio contudente: el ambulatorio promedio venezolano, ¿entrega VAS a su público usuario?

Todo servicio encierra una promesa: la de entregar valor a cambio

de los costos en los que el usuario incurre, sea que se trate de costos financieros (transporte, alimentación, etc.) o de oportunidad (ausentarse de sus labores habituales, tiempo de espera para ser atendido, etc.). En el argumento de Kotler y Armstrong para el usuario no habrá «valido la pena» incurrir en tales costos para recibir a cambio una prestación médica cuyos atributos (diseño, fortalezas técnicas, etc.) y condiciones de entrega (accesibilidad, regularidad, etc.) no se perciben suficientes[81].

Todo servicio o producto que se ofrezca al mercado debe reunir dos elementos básicos:

ATRIBUTOS

- Diseño
- Fortalezas técnicas
- Consistencia
- Valor superior a su costo (valor agregado)

CONDICIONES

- Accesibilidad
- Regularidad
- Amenidades (Donavidean)
- Idoneidad técnica de quien lo dispensa

El dato empírico recabado por la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, Encovi en 2016, referidos a la MBA, apunta en el mismo sentido: la cobertura poblacional de estrategias de muy alto costo no siempre resultan en mayor agregación de valor sanitario al público. La cobertura poblacional de los servicios dependientes de la MBA no supera, en el mejor de los casos el 10 %[82]. Y la razón tras ello es evidente: un ambulatorio promedio en Venezuela está por lo general escasamente dotado tanto de personal como de equipamiento idóneos para la entrega de un servicio de atributos apreciables por el público, aparte de que con frecuencia las condiciones de entrega distan de ser las mejores. Vemos algunos datos oficiales referidos en este caso al estado Aragua, en el que el gobierno regional y los municipales, amén del parlamento estadal, han sido históricamente proclives al chavismo.

TABLA 6. Competencias en la gestión salud por niveles de atención de la red de atención y niveles de prevención de Leavell y Clark, Municipio Santiago Mariño, estado Aragua 2006.

		NIVELES DE PREVENCIÓN SEGÚN LEAVELL Y CLARK				
		I Nivel		II Nivel		III Nivel
	Establecimientos	Promoción de salud	Protección específica	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación y reinserción
II Nivel	Ambulatorio rural tipo I	++++	+++	++	+	
	Ambulatorio rural tipo I	+++	+++	+++	+	
	Ambulatorio urbano tipo I	+++	+++	++++	+	
	Núcleo de atención primaria	++++	++++	++++	+	
II Nivel	Ambulatorio urbano tipo II	++	+++	+++	+++	
	Ambulatorio urbano tipo II	++	+++	++++	+++	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Se destaca cómo en el nivel ambulatorio más básico, el más cercano al público usuario, el planificador no espera que la estructura sea capaz de limitar el daño ante situaciones emergentes, pero sí se lleve a cabo un proceso de diagnóstico precoz y de tratamiento oportuno al menos en lo tocante a la morbilidad más común. La realidad cotidiana de un ambulatorio público venezolano se ha encargado de revelar la insinceridad de tales premisas.

¿Acaso es común que un ambulatorio de nivel I en Venezuela cuente con acceso expedito, por ejemplo, a apoyo de laboratorio clínico o

de imagenología? ¿A interconsultas vía servicios de telemedicina? ¿A mecanismos de evacuación de pacientes mediante ambulancias profesionalmente tripuladas? Como lo hemos demostrado, el público desiste de la oferta de servicios del típico ambulatorio venezolano. Su conducta es totalmente racional: nadie está dispuesto a incurrir en costos de oportunidad para finalmente obtener un servicio que valora como de escaso valor. El usuario suele preferir, aun al costo de parte importante de su tiempo e incluso de recursos financieros sustraídos a la satisfacción de otras necesidades, consultar directamente a la emergencia del hospital más cercano, donde tras muchas penurias al menos puede esperar que lo asista un profesional de experiencia con algunos apoyos mínimos que no existen en el ambulatorio zonal. Como lo señala Bertos Polo, el servicio de emergencias termina constituyéndose en el receptor del fracaso de la estrategia ambulatoria, en el «cajero automático» del sistema de atención médica[83].

La creación de VAS y los presupuestos públicos: ¿es solo un asunto de dinero?

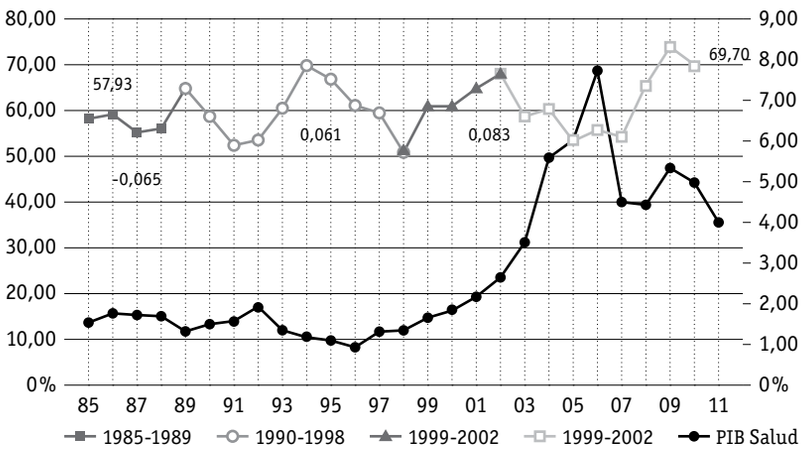
Con frecuencia se afirma que la precaria condición de los servicios de atención médica en Venezuela está en función directa de la contracción del gasto público sanitario. Cierto que hubo evidencia en apoyo, entre la que cabe citar, el importante ensayo de Pedro Luis Castellanos de 1982 que daba cuenta en Venezuela de «la sostenida contracción del gasto sanitario desde 1976»[84]. Efectivamente, desde 1977 el gasto público venezolano viene experimentando importantes ajustes a la baja, de manera que para 1995 se situó, en términos de porcentaje del PIB, en niveles similares a los de 1974, siendo que la población del país se había incrementado en no menos de 10 millones de habitantes[85]. Pero no menos cierto es que la vulnerabilidad del gasto sanitario, entendida como su contracción en función de la totalidad del gasto público fue bastante menos marcada que la

medida en otros sectores. En ensayo de José Manuel Puente de 2003 se muestra cómo dicha vulnerabilidad fue, para el sector salud, de apenas 0,19, en tanto que para vivienda fue de 0,78, para desarrollo urbano de 0,78, para transporte de 1,73 y para agricultura de 1,74[86].

De tal manera que resulta cuando menos relativo condicionar el fracaso histórico de los servicios de atención médica ambulatoria en Venezuela a la reducción de su financiamiento, probada como queda que la voluntad del decisor político, independientemente de su signo, con frecuencia propendió a «proteger» las asignaciones al sector salud incluso en períodos de fuerte contracción del gasto público total.

En todo caso, los actuales niveles de gasto ya no dejan lugar a duda: Venezuela gastó –y no poco– en salud. Sin embargo, a la vista están sus malos resultados:

GRÁFICO 4. Evolución de la TTM y sus TMRA en lapsos seleccionados en relación al % del PIB en salud. Venezuela, 1985-2011



Fuente: INE, 2008; Anuarios de mortlidad año 1990 al 2008. Dirección de Información Social y Estadística de Salud. MPPS; Unicef, 2013.

Es así como, paradójicamente, a partir de 2005, con un gasto sanitario por el 8 % del PIB, la tasa de mortalidad materna (TMM) ascendió a niveles sin precedentes en Venezuela (69,7 por cada 100 mil), con tasas medias de reducción anual (MRA) negativas –es decir, denotativas de no reducción– por lo menos desde un lustro antes, tiempo durante el cual el incremento del gasto sanitario viene siendo sostenido. Por tanto, el socorrido argumento según el cual al sector salud le han sido secularmente reducidas sus asignaciones presupuestarias resulta cuando menos insostenible desde 1995 en adelante.

El caso de la mortalidad materna es indicativo de la pérdida de atributos esenciales en la oferta de servicios de atención médica en Venezuela. Sabido es que el embarazo es una condición fisiológica y no una enfermedad. Si su progresión y desenlace termina en enfermedad y en muerte, la razón básica es obvia: cuidados de mala calidad. La mujer que enferma y muere tratando de dar vida es la expresión más palmaria de la precarización de un sistema dispensador de atención médica. Hay que decir que en Venezuela hemos venido haciendo apuestas costosas y equivocadas en materia del diseño de programas y de servicios médicos significativos para los usuarios desde hace muchos años. Una conducción sanitaria en cabeza de hiperespecialistas en distintas disciplinas médicas cuando no de burócratas sin formación sanitaria favoreció la tendencia a privilegiar la oferta basada en servicios de alta complejidad y costo aun a expensas de su real impacto sanitario, un típico problema de agencia reconocido desde hace muchos años[87]. Son las consecuencias de haber abrazado con tal furor la filosofía gerencial del *big is beautiful* en materia de salud. Sí, gastamos en grande. Pero los resultados terminaron siendo los ya mostrados, signados por el horror.

Hace más de una década, Venezuela partió de una situación signada por una relativamente baja inversión sanitaria aunada a un bajo VAS (cuadrante A), por lo que la gran política del chavismo a partir de 2004 fue expandir dicha inversión sin reparar en su impacto en términos de VAS, como creemos haberlo demostrado (cuadrante B). No hemos de extrañarnos por ello, sabido como es que el gran argumento electoral del chavismo de cara al referéndum revocatorio de 2004 fue, precisamente, la MBA.

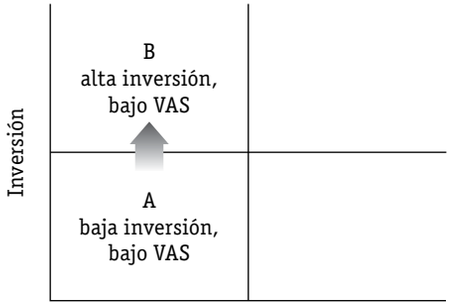


GRÁFICO 5. Dónde estamos y hacia dónde nos movemos

Resulta obvio, dadas nuestras penosas circunstancias, apelar a una expansión del gasto sanitario con miras a impactar en términos de VAS (cuadrante C) a partir de un robustecimiento de las redes de asistencia médica incorporándoles tecnologías, mejorando las condiciones de sus infraestructuras, de las contrataciones de sus plantillas, etc. Pero tal opción puede que no nos esté dada en virtud del innegable y sostenido decrecimiento económico del país en términos del PIB en los últimos cinco años. Ni aun la mejor buena voluntad del decisor de hoy, cualquiera que sea su signo político e ideológico, podría hacer posible como antaño un mejor tratamiento presupuestario a la sanidad pública. Solo nos queda movernos a una situación en la que, con relativa baja inversión, logremos movernos a una posición en la que sea posible entregar un mayor VAS (cuadrante D):

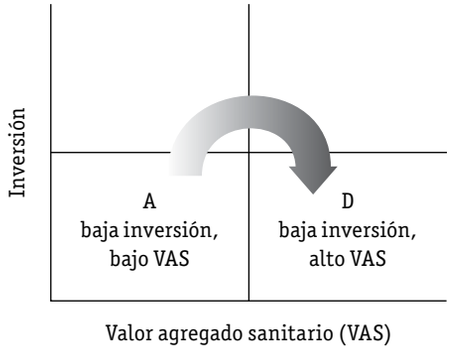


GRÁFICO 6. Dónde estamos y hacia dónde nos movemos

El gobierno sanitario en red

Como lo demostramos en la gestión mirandina, es posible crear VAS con inversiones relativamente bajas y financiables. Pero para ello es necesario asumir que el Estado no está en la posibilidad material ni técnica para hacerlo por sí solo. No es cierto que las grandes fortalezas en materia médico-asistencial estén hoy bajo el ala del Estado; por el contrario, los privados y el tercer sector han venido acumulando fortalezas únicas a las que el Estado debe apelar como socio estratégico articulado con agentes que no están bajo su mando. Tal es la intuición que subyace al concepto de «gobierno en red». El tiempo de lo que Goldsmith y Egger en su día llamaron «soluciones de talla única» que tan características fueron de las burocracias de Estado –sanitarias incluidas– han pasado: así como al Estado en Heller se le exigía «hacer» más que «mandar», hoy tal hacer se espera esté signado por la creación de valor público, es decir, por la dispensación de programas y servicios cuyo valor supere a los costos incurridos en su planificación y ejecución[88]. La categoría que proponemos –el VAS– es una variante de tal concepto.

La cultura política venezolana tiene ante sí un «hueso duro». Todo nuestro espectro político es de izquierdas y, por tanto, más proclive al control estatista que a la cesión de potestades en privados y ONG. Entenderse como un «nodo servidor» en el contexto de una red de organizaciones privadas o del tercer sector carentes del poder financiero del Estado, pero con frecuencia en posesión de *stocks* de información y conocimiento superiores a los de este es una realidad que podría resultar no del todo obvia, lo mismo para un presidente de la república que para un gobernador o alcalde municipal en cabeza de gobiernos verdaderamente «perforados» por la necesaria coexistencia con actores privados más competentes. Nunca será excesivo advertir acerca de los efectos de la proverbial arrogancia de nuestros gobiernos venezolanos de siempre, en todos sus niveles, cuyos altos cargos presumen de suficiencia frente a complejas realidades que no comprenden. De allí que la primera cuestión que ha de plantearse un gerente sanitario del sector público venezolano hoy sea: «¿cuál es el problema que estamos tratando de resolver aquí?»[89]. Respuesta de la que se deriva necesariamente una segunda pregunta: «¿con qué cuento –y con qué no– para tal cometido?».

Ello exige la construcción de lo que Goldsmith y Eggers llaman un «diferente tipo de capacidad interna»: la capacidad de gerenciar redes que funcionan con el insumo de la información, lo que en nada se asemeja al manejo de rígidas burocracias verticales que funcionan a la voz de mando[90].

¿Cuál es el problema que hay que resolver en la sanidad pública venezolana?

Reiteramos lo ya dicho aun a riesgo de ser tildados de reduccionistas: el problema a resolver en la sanidad pública venezolana es el de la operación de su aparato dispensador de programas y servicios de atención médica. Todo lo demás ha de quedar subordinado a dicho objetivo.

Y la operación de tal aparato, soportada en los cuatro dominios ya esquematizados más arriba, proponen al gerente público una clara agenda tecnopolitica que pasamos a considerar a continuación:

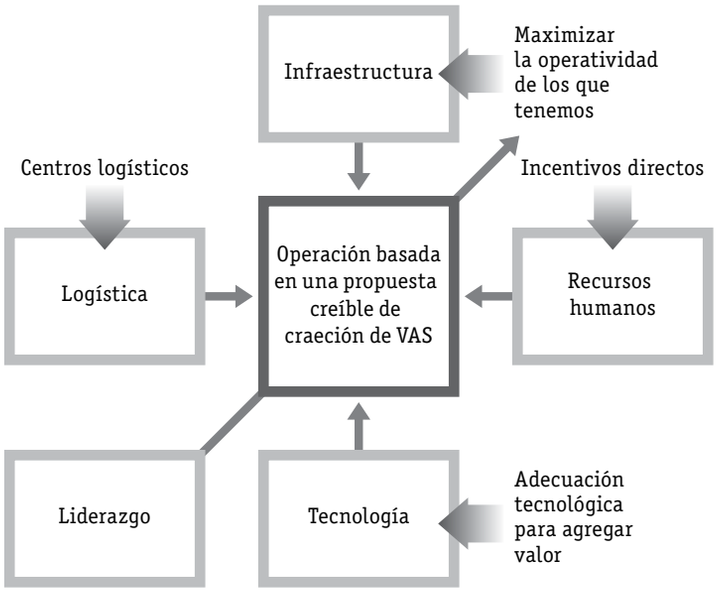
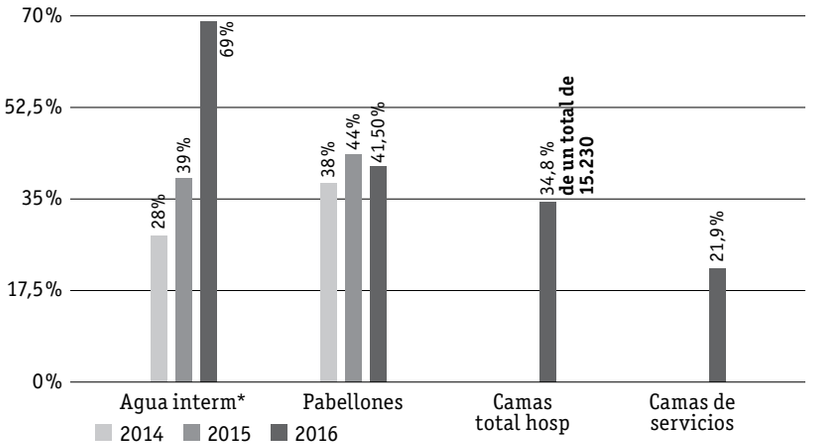


GRÁFICO 7

La infraestructura

Ciertamente, conocemos nuestro déficit y nuestras necesidades en materia de infraestructura sanitaria, pero también sabemos que no hay modo de financiar fiscalmente lo que equivaldría a duplicar nuestra actual capacidad de camas hospitalarias. No es creíble que una economía como la venezolana decreciendo sostenidamente por años dé de si como para mover sensiblemente la actual proporción camas/habitante a la ideal de 40 por 10 mil a la que suelen referirse los expertos. Pero sí que se puede optimizar el manejo de la capacidad instalada, frecuentemente subutilizada a niveles vergonzosos[91]. Veamos los datos que aporta la ya mencionada Encuesta Nacional de Hospitales:

GRÁFICO 8. Estado de las infraestructuras sanitarias en Venezuela



Fuente: Encuesta Nacional de Hospitales, varios años.

Solo el 34,8 % de las escasas 15.230 camas hospitalarias operativas que existen en Venezuela está realmente en condiciones de recibir a un enfermo. La funcionalidad de las restantes mermó en la misma medida en que los soportes básicos que se reúnen alrededor de una cama hospitalaria operativa (redes de gases medicinales, eléctricas, de aguas, etc.) se han ido deteriorando, al punto de que carece de sentido técnico –cuando no ético– recibir en ella a una persona enferma. La rehabilitación de nuestra actual infraestructura sanitaria, sea que se trate de hospitales o de ambulatorios, debe ser parte de una política de Estado que concentre los escasos recursos disponibles en la refacción de lo que tenemos y no en faraónicos planes de imposible financiación cuyos restos aún nos sorprenden en el oeste de Caracas (el nunca concluido hospital cardiológico de adultos) o el eje Guarenas-Guatire-Araira (el hoy derruido edificio

del hospital oncológico que nunca fue). Es posible que, técnicamente, no sea aconsejable invertir más en estructuras decimonónicas todavía en servicio (caso Hospital Vargas de Caracas) en las que es «deseconómico», cuando no técnicamente imposible, intentar intervenciones mayores; sin embargo, muchas plantas físicas de menor data aún pueden ser mejoradas con criterio técnico a fin de extender su vida útil. Un esfuerzo ciertamente complejo que hemos discutido con las cámaras de empresas del ramo de la construcción y con los organismos gremiales competentes, pero que luce inevitable ante la imposible materialización de la opción «de paquete» que tan propia fuera de tiempos de expansión económica. Así las cosas, se requiere establecer alianzas con gremios empresariales y profesionales del ramo, con gobiernos subnacionales, ONG y aun con privados en posesión de capacidad sanitaria ociosa. Cada metro cuadrado de planta física asistencial subutilizado es una afrenta al enfermo que espera asistencia en una abarrotada sala de urgencias.

Un nivel superior de complejidad en materia de gestión de infraestructuras sanitarias lo constituyen formas como comodato, el alquiler, la cesión o la co-operación de instalaciones subutilizadas. Nuevamente, no se trata de un órgano de gobierno disponiendo autoritariamente o valiéndose de mandatos de pretendido rango legal para trasponer los límites de la propiedad privada. Se trata, por el contrario, de celebrar convenios operativos en los que los derechos de propiedad pública o privada se preserven, la operación de dispensación de servicios médico-asistenciales se sostenga con arreglo a estándares preestablecidos, a costos financiables y –ciertamente– con funciones de utilidad razonables para cada parte, que para el privado será un cierto retorno financiero, para la ONG unas determinadas metas y para el Estado la materialización de unas ciertas políticas. La experiencia mirandina nos dejó interesantes modelos de gestión basados en tales premisas que se materializaron en convenios con privados, ONG laicas y órdenes religiosas a partir de los cuales se levantó una red ambulatoria integrada, de alcance estadal, en apenas 180 días.

Al día de hoy, más del 65 % de la planta física construida para la red de la MBA está fuera de operación. Salvo los CDI, con frecuencia son solo las salas de emergencia de los hospitales de siempre las que permanecen en servicio en las ciudades grandes y medianas de Venezuela, no sin grandes dificultades, las 24 horas del día.

Por último, vivimos en la obsesión por las grandes plantas físicas. Soñamos con edificaciones monumentales cuya construcción no podríamos financiar. Los desarrollos de ingeniería hoy ofrecen técnicas constructivas de más bajo costo que los tradicionales bloque y cemento: ¿por qué no apelar a ello? ¿Acaso no fue así como se levantó la red mirandina de Pronto Socorro?[92]

Nuestra marcada precariedad en materia de infraestructura sanitaria nos impone el mandato de no permitir que ni tan siquiera un solo metro cuadrado de planta física asistencial esté subutilizado o en desuso. El Estado nacional, a través de las potestades financieras del MPPS, puede y debe incentivar a que todo organismo público o privado en posesión de plantas físicas subutilizadas o en desuso las ponga en servicio. Como lo mencionamos antes, las modalidades de tal incentivo pueden ser variadas y van desde la co-operación, hasta la cesión en figuras como el comodato y afines, y mediante convenios operativos. En Miranda documentamos experiencias exitosas con muchas de ellas[93].

La gestión del capital humano

Se estima en más de 20 mil el número de médicos que ha emigrado de Venezuela hacia otros países en busca de mejores condiciones de vida y de ejercicio. Estados Unidos, España, Ecuador, la lejana Aus-

tralia y últimamente Chile se han convertido en poderosos atractores de talento médico formado en Venezuela, con lo que asistimos cotidianamente a la pérdida de la mejor generación médica venezolana de todos los tiempos. Sin duda alguna que la obcecada inquina que el chavismo ha tenido desde siempre por la comunidad médica y que en alguna vez nos ha recordado a la del bolchevismo, reflejada en la novelística del trágico Boris Pasternak[94].

Pero los desaciertos en cuanto al manejo del capital humano en el campo sanitario no se inician en la era chavista. Desde 1941, con ocasión de la fundación del Colegio de Médicos de Caracas, el médico se resistió a asumir la condición de funcionario. Condición esta que con el tiempo se impuso, instalando en el médico la percepción de que su esfuerzo de todos los días no necesariamente habría de tener impacto en sus beneficios. En otras palabras: hacer más y hacer mejor en un hospital público no necesariamente se traduciría en mejores condiciones de contratación y de remuneración. La renta petrolera, empero, puso al alcance de un poderoso sector de clase media capacidades financieras que crearon todo un mercado de asistencia médica privada en el cual el médico venezolano ofrecía sus servicios en condiciones más ventajosas. Entre 1970 y 1990 se levantó una impresionante oferta de camas hospitalarias de primer nivel en el este y centro-norte de Caracas (Baruta y San Bernardino), al tiempo que otra oferta, ciertamente de menor nivel en cuanto a hotelería pero de no poca monta tecnológica, surgía entre antiguas casa-quintas de Santa Mónica y Los Chaguaramos. A niveles mucho menos complejo también se generaba una oferta importante de servicios, representados en el llamado «consultorio popular» médico u odontológico basado en populosas zonas del oeste (Catia) y este de la ciudad (Petare) cuya participación en el mercado de consultas ambulatorias es similar a la de toda la red de la MBA[95].

Para el «médico-funcionario» al servicio del hospital público el arreglo era claro: asistencia pobremente remunerada en las mañanas compensada con el ingreso generado por la consulta privada en las tardes. Para muchos de nosotros tal arreglo fue la palanca con la cual pudimos estabilizar vidas familiares y carreras. La representación gremial médica venezolana de todos los tiempos incorporó al extremo conceptos como el de la «homologación», lo que a la larga no hizo más que promover la pervivencia en el tiempo de un modelo que eventualmente evolucionaría hacia el definitivo abandono de la práctica en hospitales públicos por parte de los más exitosos, para quienes resultó a la postre preferible dedicarse exclusivamente a la atención privada[96]. Así las cosas, el hospital quedaría para aquellos médicos con intereses académicos o sin posibilidad de financiar su acceso al mercado de la atención privada, frecuentemente limitado por la obligatoria compra en divisas de acciones en compañías médicas en comandita.

La contratación colectiva como política por excelencia en la gestión del capital humano en el ámbito de las profesiones sanitarias no está a la altura de las exigencias de un mercado laboral que se ha hecho global. Bonos nocturnos, aumentos en el ticket de alimentación o participación en eventos sociales y deportivos son argumentos absurdos para un joven médico venezolano con una oferta de trabajo recibida del exterior. O el mercado de trabajo médico evoluciona hacia estándares de clase mundial o quedará como opción para los menos competentes. Tal fue la apuesta que el chavismo hizo a partir del programa de formación de los llamados médicos Integrales comunitarios (MIC): un médico que sustituyera al que emigraba. Pero el que emigra lo hace tras haber aprobado el Eunacom chileno, el MIR español o los difíciles *steps* de la ECFMG estadounidense, es decir, tras haberse «rankeado» en la mejor medicina del mundo. El nivel del médico que se marcha, como es fácil suponer, es muy superior al del llamado a sustituirle.

Creemos que la fusión de la política de pagos y remuneraciones en los llamados «beneficios colectivos» opera como un incentivo negativo para el profesional prestador de tales servicios al instalar la intuición de que hacer más y hacerlo mejor carece de sentido, tal cual sería el caso en cualquier otro monopolio público. Un ejemplo clásico lo tenemos en la fijación arbitraria de un número máximo de consultas por especialista en los establecimientos del sector público. Por encima de una cantidad máxima (Q) de prestaciones (por ejemplo, consultas), el costo asociado a cada prestación adicional (costo marginal, Cm) es percibido como superior al ingreso por ella generado (ingreso marginal, Im):

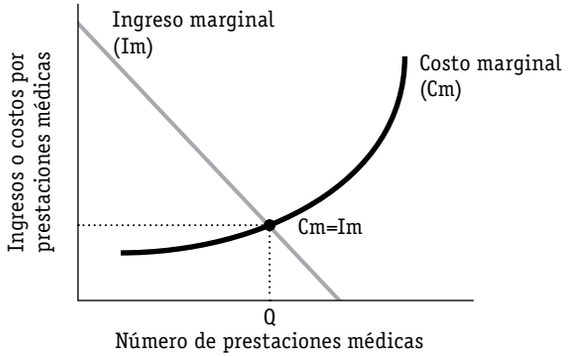


GRÁFICO 9

Así las cosas, por encima de una Q de prestaciones en la que Cm=Im toda prestación adicional será deseconómica. Nadie estará interesado en dispensar más atenciones, sea que se trate de ver u operar un enfermo adicional, pues ello supondría una situación en la que Cm> Im. Se podrá aceptar dispensar menos atenciones (en cuyo caso Cm< Im), pero nunca más de las mínimas exigibles. De allí que nuestra planta física hospitalaria por lo general no funcione sino en horario matutino o que nuestras consultas externas tiendan a rendimientos mediocres.

Por el contrario, en un ambiente de competencia como el de la práctica privada, dispensar una atención adicional siempre será atractivo, ya que si un proveedor la rehúsa, otro sin duda aceptará darla y se beneficiará de ello, de modo que sus ingresos aumenten. En la práctica pública, rehusar la dispensación de una atención adicional no supone pérdida de ingresos para el que rehúsa ni incremento de este para el que acepta darla. El resultado agregado es el de una Q de atenciones médicas por debajo de lo deseable.

La institución jurídica del contrato colectivo es de noble y meritorio origen, no podemos negarlo. Y seamos francos: ¡ningún obrero automotriz no sindicalizado en Alemania habría sido un igual ante la ley si la contraparte fuese la BMW![97] Pero pretender basar la gestión del capital humano sanitario basados en ella es incompatible con la realidad del mercado global, pues se trata de un dispensador en posesión de destrezas y competencias muy específicas por las que el mercado global está dispuesto a pagar mucho más de lo que el mercado local. Algunas especialidades ya experimentan los efectos de tan contundente realidad: anestesiólogos, patólogos e internistas venezolanos son altamente apreciados en otros mercados, como también nefrólogos, enfermeras especializadas y cardiólogos intervencionistas. La promesa del bienestar «no para uno, sino para todos» del gremialismo médico y sanitario en general terminó reduciéndose en bienestar para nadie[98]. No conocemos el caso de médico alguno, al menos egresado en las promociones de la UCV a partir de los años ochenta, que haya podido adquirir una vivienda o asegurar su retiro a partir de beneficios consagrados en las contrataciones colectivas que lo ampararon. Para mayor drama, la alternativa del ejercicio privado, que por décadas fuese la fórmula por excelencia para la fundación económica del proyecto de vida del joven médico, ya no está al alcance de todos. Operan en tal sentido, en parte, las mencionadas barreras de entrada a dicho mercado, dola-

rizado desde hace no menos de veinte años. Pero opera también un factor aún más difícil de manejar: el macroeconómico. La demanda agregada de bienes y servicios se resiente ante la brutalidad de la más alta inflación del mundo.

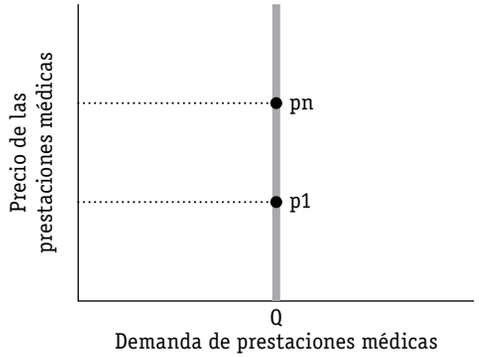


GRÁFICO 10

En tiempos de alta demanda agregada por la vía del consumo, el carácter ineslático de la demanda de servicios de atención médica respecto del precio incentivó al crecimiento de la oferta: ¡la cantidad de prestaciones (Q) demandadas se mantenía incluso si el precio de mercado aumentaba! (es la llamada inelasticidad-precio de la demanda). Por doquier se remodelaban viejas residencias unifamiliares para transformarlas en ambulatorios quirúrgicos o espacios para consultorios. Y el consumo privado, que impulsaba un «gasto de bolsillo» sanitario que en Venezuela es el más alto de la región, de alguna manera garantizó retornos razonables para tales inversiones. Un paseo por Chuao o por algún centro comercial de Caracas permitirá apreciar la magnitud del crecimiento de los denominados «grupos clínicos» en distintas especialidades, una oferta que hasta ahora se había dado la mano con una demanda creciente y sofisticada de tales servicios. La inflación y el decrecimiento de la economía se están encargando de sincerar tales apuestas.

Todo lo cual ha conformado una realidad en la que el *stock* de conocimientos, habilidades y competencias profesionales de un joven médico, enfermera, bioanalista u odontólogo venezolano no sea remunerado en Venezuela a niveles competitivos a partir de la vieja práctica del ejercicio dual público-privado. Surge entonces como preferente la opción de colocar dicho *stock* en otros mercados mucho más atractivos. Repetimos: no se trata de bonificar ni de incrementar remuneraciones con base en el valor de la unidad tributaria; hay que competir en términos de un mercado global que demanda más personal sanitario del que se puede formar en un momento dado. El joven profesional venezolano así lo intuye y, racionalmente, hace cuentas.

El pago por desempeño

Una obviedad en cualquier otra parte del mundo –la proporcionalidad entre la producción individual sometida a métricas rigurosas y la remuneración que se reciba por ella– se nos plantea como una empinada colina en el contexto del diseño institucional sanitario venezolano montado en la idea del médico-funcionario. Es así como conceptos como el «escalafón» o las bonificaciones ordinarias y extraordinarias pasan a convertirse en vías preferentes cuando no únicas por las que el profesional sanitario incremente sus ingresos. Marginalmente hablando, en ambientes monopolísticos como el que es característico de la sanidad pública venezolana, el pretendido incentivo contenido en el sistema de bonos y aumentos de escalafón solo logra desplazar Q proporcionalmente hacia la derecha, de modo que la igualdad Cm=Im se verifique a un nivel apenas superior al previo todavía lejano del deseable para satisfacer la demanda real de servicios.

Por el contrario, en un ambiente de competencia, el Cm se reduce en la medida en que el proveedor los controla incentivado por Im que

considera atractivo. Es por ello que en el ámbito del ejercicio privado, atender a un paciente más tiene –¡para el mismo médico!– el atractivo que no tiene en el ámbito público.

Hacer de cada departamento del hospital público un centro de costos que controle erogaciones dispendiosas e ineficientes, que premie la productividad con calidad y oportunidad y estimule la optimización de su proceso de atención médica es lo único que nos permitirá superar la postración de nuestros escasos y desportillados hospitales públicos. Cada cama será valiosa en tanto que productiva. Se cuidará mejor de cada activo tecnológico como factor clave en la productividad que habrá de recompensar a cada quien en la medida de su contribución a ella. La plaza de empleo médico en el sector público, hoy carente de atractivo para el joven profesional, atraerá talento de la misma manera como hoy lo hacen las corporaciones médicas de Estados Unidos. Huelga decir que ni bonos ni «escalafones» lograrán, en el mercado médico global, retener capital humano de alto desempeño.

Las tecnologías

La práctica médica de hoy tiene en la tecnología un complemento indispensable. Se trata de imágenes, de sensores, monitores, alarmas, contadores, transductores, prótesis, generadores, electrodos, de *stents*, de bombas de infusión, de aceleradores lineales, de antibióticos tras los que se esconde una elevadísima ingeniería molecular… Tecnologías que suponen un valor muy superior al de la materia prima utilizada en su manufacura. Difícil comprender tan contundente verdad en un país al que se le apostó todo al mercado de materia prima los últimos años. A precios de hoy, se requerirían más de 400 barriles de petróleo para comprar un dispositivo TAVI que cabe en la palma de la mano[99]. La tecnología –ese poderoso «fruto del cerebro humano» al que le cantase Violeta Parra– abrió

mercados inusitados en los que no vale apelar a las «ventajas comparativas» del pasado que ya nada significan en la sociedad del conocimiento. En Venezuela puede que el Estado «mande»; pero no menos cierto es que no por ello se puede decir que el Estado «sabe». El que sabe no manda, pero el que manda necesita al que sabe. El poder –evocando a Moisés Naim– ya no es lo que solía ser. Vivimos tiempos en los que el silicio le ganó la partida al carbono y los parques tecnológicos a los estados mayores. Tarde entendió tan elemental vedad el poder en Venezuela. El venezolano de más alto nivel que alguna vez generó tecnología de aplicación biomédica murió exiliado en la lejana Suecia[100]. En Venezuela, el poder parece nunca haber hecho las paces con el conocimiento generador de tecnologías que hoy son la base de toda economía fuerte.

El acceso a tecnologías biomédicas de alto nivel en Venezuela pasa por que el Estado comprenda que carece de fortalezas que lo equiparen con sus proveedores. Las implicaciones tras el reconocimiento de tan dura realidad son claras en un país en el que en un hospital de enseñanza en el área metropolitana de Caracas con frecuencia es imposible acceder a una radiografía convencional, tecnología esta que llegó a Venezuela a fines del siglo XIX. Las tecnologías médicas que requerimos son propiedad de proveedores privados insertos en la economía global. No se trata entonces de comprar tecnologías careciendo de criterio estratégico. Compras que con frecuencia derivaron en grandes corruptelas y que solo nos valieron nuestra actual situación de depauperización médica. Nunca hubo transferencia efectiva de tecnología, estructuras formales de ingeniería biomédica insertas en la operación hospitalaria ni planificaciones de mediano y largo plazo. En otras palabras: compras hubo, muchas, pero gestión de tecnología, nunca. Las consecuencias están a la vista: en cualquier hospital público venezolano, en pleno siglo XXI, la falla de un simple fusible o bulbo incandescente («bombillo») aún se salda con vidas[101].

La gestión de tecnologías médicas a la que nos referimos solo puede entenderse en el contexto de una «ad-hoc cracia» experta en alianzas estratégicas con proveedores de alto nivel y no en cabeza de algún ignorante con apetito devenido en «jefe de compras» de un organismo público. Su gestión práctica supone la celebración de contratos complejos que van más allá de los de compra-venta en los que se incluyen cláusulas relacionadas con el mantenimiento, la provisión de partes de repuesto, el entrenamiento de operarios, la sustitución y disposición de equipo obsoleto, etc. Complejidades estas que con frecuencia son mejor capturadas por contratos de operación conjunta que por la adquisición pura y simple del equipo por parte del Estado. La experiencia mirandina así nos lo enseñó, al ser posible disponer por primera vez en la historia de un completo servicio de imágenes médicas (radiología convencional y tomografía) en el interior del estado (Higuerote) a través de una alianza estratégica con proveedores privados de clase mundial. De allí la paradoja de poder obtener una tomografía de cráneo al instante en Barlovento y no así en el Hospital Universitario de Caracas[102].

Las tecnologías de información y comunicación (TIC)

Uno de los fracasos más consistentes en materia de política sanitaria de los que se pudiera hacer referencia en Venezuela es precisamente el que tiene que ver con la prácticamente nula adopción de las TIC en la operación de sus redes de establecimientos médico-asistenciales. Desde los años ochenta, la «computadora» y el «programa» pasaron a formar parte de nuestras vidas. Su presencia en oficinas y despachos se hizo constante. Los desarrollos de *software* llegaron a gestiones de no poca complejidad y monta como la del diseño, ejecución y control de presupuestos. Sin embargo, en el centro de acción estratégica de la operación del sistema, ese ambulatorio o sala hospitalaria en la que se toman decisiones que implican erogación de recursos y causación de costos, la operación tiene un claro signo: es enteramente manual. Carpetas y archivos físicos a reventar están llenos de datos trabajosamente recogidos que jamás se transformarán en información para la toma de decisiones, ya sean clínicas, de control o administrativo-financieras. No se dispone de información en tiempo real. Las acciones de control de cualquier situación epidémica suelen ser ejercidas *ex post facto*, por una gestión manual que no está a la altura de las ventajas que ofrece el mundo de la información y el conocimiento.

Cierto es que se han hecho y se hacen meritorios esfuerzos aislados, sobre todo desde el subsector privado y el académico. Pero lejos estamos de políticas robustas de carácter nacional y expresión estadal y municipal que capturen, organicen, almacenen y permitan acceder a información relevante en línea ante la toma de decisiones concretas atinentes a la salud individual y colectiva y a la gestión de recursos. La incorporación de las TIC resultaría clave en la exitosa reforma sanitaria mexicana de 2006, con Julio Frenk a la cabeza. Un hecho básico signó la introducción del «seguro popular de salud» en México, instrumento esencial de gestión de aquella política: la inclusión de bastante más del 90 % de los mexicanos en una gran base de datos a partir de la cual se hizo posible trazar los movimientos de cada asegurado a lo interno del sistema en tiempo real. La alocación de recursos cobrara un nuevo sentido distanciándose de los perversos «presupuestos históricos» que fragmentan y desintegran los sistemas sanitarios[103]. Sostenemos que la política de Estado clave a este respecto, como lo fue en la reforma mexicana y también en la estadounidense (conocida como «Obamacare») es la adopción de la historia médica electrónica (HME) como herramienta conectora entre la dispensación de la atención médica en la cabecera del paciente, el soporte administrativo que ha de respaldarla y el cúmulo de conocimiento relevante que circula a todo lo largo y

ancho de la llamada «autopista de la información». Lejos está Venezuela de que la HME sea una realidad como ya lo es en otros países de la región. Nuestra experiencia al respecto es más bien anecdótica.

Pero el mundo de las TIC abarca mucho más allá de la HME: telemedicina, robótica, el llamado *e-learning,* etc. Posibilidades que en otros países de la región ya son realidades, mientras que en Venezuela apenas si permanecen como veleidades para académicos que a duras penas subsisten en medio del peor ancho de banda de todo el continente.

La logística

«Un ejército marcha sobre sus estómagos», decía Napoleón Bonaparte. Un hospital lo hace sobre su proveeduría. Si los *stocks* hospitalarios decaen, la dispensación de sus servicios forzosamente también. La gestión de suministros médicos pudo ser en el pasado relativamente simple tratándose por lo general, como lo hemos dicho, de operaciones en las que operaban grandes economías de escala. La medicina entonces tenía relativamente poco que ofrecer, de manera que proveer de suministros a una cesta de servicios relativamente pequeña carecía de los retos de hoy, cuando en un hospital de alto nivel se realizan en promedio unos 2500 tipos de procedimientos quirúrgicos y se dispensan 14 mil prestaciones médicas distintas[104].

Todo *stock* equivale a mantener dinero «congelado», lo cual supone un costo de oportunidad importante en tiempos de restricciones financieras. Su manejo a partir de la estimación de niveles históricos bien establecidos, con sus márgenes de seguridad y su disposición oportuna –el suministro correcto puesto en las manos correctas y en la situación y momento correctos– nada tiene que ver con la todavía vigente estructura de los «economatos» o depósitos hospitalarios, en los que se almacenan frecuentemente en desorden valiosos recursos que se desperdician al tiempo que, paradójicamente, se les necesita con desesperada urgencia en algún establecimiento ambulatorio o dependencia hospitalaria. De manera que ni las más conocidas y probadas metodologías de inventarios –LIFO, FIFO, por citar tan solo dos– parecen haberse arraigado jamás en la gestión de suministros del hospital venezolano, secularmente basada en aquello «que hay» o «que llegó».

Las técnicas de manejo eficiente de inventarios médicos deben ser adoptadas normativamente en Venezuela sin demora, so pena de distraer valiosos y escasos recursos o, peor aún, de no disponer lo necesario ante el requerimiento concreto de un enfermo. La adopción sin demora de técnicas de amplio uso como el *just in time* (JIT) permitiría una mejor gestión de suministros de alta complejidad y costo que con frecuencia escasean cuando no son objeto de expolio. Nos referimos a marcapasos, *stents,* prótesis articulares, drogas especiales, etc. La gestión JIT de tan especializados y costosos *stocks,* al modo de las grandes tiendas de comercio electrónico con sus flotas de drones, sin duda que llegará a facilitar la correcta alocación de un recurso valioso que con frecuencia escasea donde se le necesita mientras pasa a ser objeto de robos y corruptelas[105].

El asunto de la logística hospitalaria y su manejo a partir de tecnologías de utilidad demostrada es un verdadero problema de Estado en tanto que atiende no solo a uno de los núcleos duros, no solo de la catástrofe sanitaria venezolana, sino también de la corrupción y el delito de cuello blanco, que tiene su expresión palmaria en la bien conocida «empresa de maletín», cuyos agentes pululan por las oficinas administrativas de diversos organismos de la sanidad pública venezolana[106].

La cuestión del liderazgo

La cuestión del liderazgo está entre las menos estudiadas por la ciencia política. Han sido las disciplinas de la administración y la

psicología industrial las que quizás mejor se hayan aproximado al problema, siendo que el llamado líder organizacional de hoy se perfila más y más como una suerte de nuevo «príncipe» maquiavélico. La función directiva del liderazgo, como el capital, la tecnología, la infraestructura y la materia prima, es una función clave en la producción de bienes y servicios. La cuestión del liderazgo en Venezuela ha sido largamente estudiada, con aportes clásicos como el de David McLellan en los años sesenta, que demostró la clara orientación al poder de nuestros cuadros directivos antes que a la filiación y al logro. Carecemos de estudios más recientes o específicamente enfocados al sector sanitario. Pero resulta absolutamente constatable la ausencia de liderazgos robustos al frente de la operación cotidiana de departamentos, servicios y redes como el que en su día y de manera más bien intuitiva ejercieron figuras de talla histórica como Gabaldón, Baldó o Machado, entre otros. Y decimos que intuitivamente porque nunca fueron específicamente formados en lo referente al liderazgo. Fue la potencia personal de aquellos hombres, aunada a su inmensa capacidad técnica y a su particular perfil de personalidad la que sirvió de base y fundamento al liderazgo histórico que ejercieron. Hoy, la sanidad venezolana está plagada de «jefes», pero notablemente carente de líderes. El liderazgo en tanto que función esencialmente humana, supone la integración de conocimiento técnico, de sensibilidad, de capacidad intuitiva y de temple personal alrededor de la realización de una misión. Sectores tan diversos como el manufacturero, el bancario, el tecnológico y hasta el militar invierten importantes esfuerzos en la formación de líderes, no así el sector sanitario. Inmerso en la fe weberiana que le diera origen, el sector sanitario «cree» que sus burocracias «saben» bien aquello que hay que hacer. Por lo tanto, lo más lejos que ha avanzado es hacia la formación «clonal» de burócratas sanitarios para el sistemático reemplazo de cargos. En poco ha variado tal práctica a lo largo de los años, de modo que no ha de extrañarnos que los resultados siguieran siendo los mismos –o peores–, siendo que los cuadros gerenciales sanitarios de reemplazo estaban formados y entrenados para hacer exactamente lo mismo que sus predecesores. Últimamente y a título compensatorio, el sector sanitario había echado mano de un nuevo recurso: el del «buen tecnócrata». Como veremos, los resultados no prometen ser necesariamente distintos.

Dos personajes trágicos en la sanidad venezolana: el «buen tecnócrata» y el «político»

El «buen tecnócrata». Por lo general, dotado de una buena base de formación médica, se trata de un especialista competente en su respectivo campo, con alguna formación o entrenamiento en cuanto a habilidades tecnológicas («sabe mucho de computación», se oye decir) y, sobre todo, con un inmenso caudal de buenas intenciones; de allí surge, al modo de una panacea, el «buen tecnócrata». La experiencia se ha encargado de demostrar la absoluta insuficiencia de tales atributos como sustitutos del liderazgo. La complejidad de la función directiva en contextos de alta incertidumbre sobrepasa la potencia de *softwares*, de las modas gerenciales y los marcos regulatorios formales. No hay «manual operativo» que sustituya la toma de decisiones complejas a partir de premisas no siempre del todo claras. Intuición, fe, resiliencia, capacidad para establecer redes de aliados y para la negociación, y hasta arrojo personal son los rasgos que caracterizan al líder que aspiramos a poner al frente de la operación de cada servicio hospitalario o red ambulatoria. Hemos de reconocer que no los tenemos, puesto que pocos esfuerzos hemos invertido en identificarlo y en formarlo.

La preocupación por el liderazgo sanitario y su formación al más alto nivel no es nueva en Venezuela. Ya desde los años sesenta, en

el marco del tremendo esfuerzo que a favor del fortalecimiento institucional en la región realizaran iniciativas como la Alianza para el Progreso, se promovió la formación al más alto nivel de una élite sanitaria a cargo de liderar los esfuerzos de universalización de los programas y servicios de atención a la salud en un continente que pujaba por democratizarse contra a la resistencia de la llamada «Internacional de las Espadas» y la amenaza castrocomunista. Centros académicos de primer orden, como la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico, sirvieron de base a aquella iniciativa, de modo que ni el idioma se convirtiera en una barrera. Prominentes salubristas venezolanos se formaron en sus aulas, entre los cuales hemos de mencionar al doctor Eneas Palacios Palacios, odontólogo vinculado a la Universidad de Los Andes y decano de su facultad de Odontología, al experto falconiano doctor Pedro Calles Pulgar y –gala que nos honra a sus hijos– al pediatra zuliano doctor Humberto Villasmil Faría.

El «político». Su competencia técnica y profesional es precaria cuando no nula y su vinculación con el sector más bien marginal. En los tiempos que corre suelen ser militares sin formación sanitaria alguna; antaño, profesionales sanitarios devenidos en burócratas –cuadros del partido de turno–, sin acervo sobre sus respectivas comunidades profesionales, carentes de la preparación requerida para el cargo al que están siendo promovidos y más orientados al poder que al logro. Se trata de agentes políticos devenidos en burócratas para los que una determinada posición en la organización sanitaria es básicamente un peldaño más en su carrera hacia el poder o cuando menos un espacio favorable para su sostenimiento material inmediato, un empleo más o menos bien remunerado que le permita financiarse y sobrevivir.

Dos prototipos de personaje que puestos al frente de la organización sanitaria no pueden asumir funciones de liderazgo, carentes como están de las aptitudes y actitudes esenciales para ello. Las socorridas prácticas de la «cuota» y la designación «política» lo mismo que el nombramiento de «comisiones asesoras» pletóricas de expertos y de «buenos tecnócratas» sin compromiso, no subsanan la inmensa carencia de un liderazgo que sea capaz de convocar pasión y talento alrededor de la resolución de problemas complejos. El desafío es inmenso: Venezuela necesita formar y promover un liderazgo sanitario como aquel de mediados del siglo XX. Sin él, incluso una abundancia de medios como la que tuvimos no servirá de nada. Los hechos así nos lo han demostrado.

No hay almuerzo gratis

En Venezuela vivimos un momento eminentemente político, por lo que políticas han de ser las primeras decisiones a tomar. Es el momento de la generación de aquellos grandes acuerdos sociales sobre los que se ha de sostener la toma de decisiones políticas que precedan a la administración del complejo drama sanitario que heredará Venezuela. Sociedades enteras, como la estadounidense, en su día optaron por dejar la cuestión sanitaria esencialmente fuera de la jurisdicción del Estado poniéndola en manos de proveedores privados inmersos en una dinámica de libre mercado. Otras, como la británica, principiaron fundándola en los dominios propios de la caridad. La tradición venezolana fue muy distinta. ¿Qué opción tomaremos entonces? ¿Abandonaremos al enfermo a merced de una condición –la de la enfermedad– que no escogió o lo acogeremos tan solidariamente como a nosotros mismos nos gustaría ser acogidos en situación similar?

He allí el *core* duro del dilema sanitario venezolano. No se trata, como se puede ver, de una cuestión técnica, sino de un dilema que es político al tiempo que ético. Y en tanto que dilema, los efectos que tras su solución de deriven sobre la sociedad serán inexorables.

No hay modo de no enfrentarlo, de escapar de él. Es así como se nos plantea nuestro primer tema de debate público: ¿es la atención médica una materia que deba permanecer fuera de la acción del Estado o, por el contrario, debe ser dejada en manos de los privados?

Discrepamos en principio de quienes, con matices, en el fondo participan de la idea de un Estado actuando como director supremo de la vida en sociedad. Está en nuestra tradición republicana, rousseauniana en esencia, la idea del Estado como intérprete de una pretendida «voluntad general» y conmutador por excelencia entre toda demanda individual y su satisfacción. Venezuela conoció una modernidad construida desde el Estado. El por qué de la contundente progresión del Estado venezolano hacia su constitución en una suerte de «ogro filantrópico» como aquel que nos presentara Octavio Paz ha sido merced a un hecho político basado en otro anterior, de naturaleza geológica: nuestra condición de país petrolífero. El Estado venezolano, como el español bajo la égida de los Austrias, se erige como dueño del mineral que yace en el subsuelo y como administrador de las rentas que de su explotación deriven en tanto que representante jurídico de la nación. Del primero de los dilemas señalados –el ético– derivamos un segundo –económico–: ¿ha de ser el Estado el administrador de dicha renta? ¿Qué premisa nos hace suponer al Estado como el administrador más idóneo de una riqueza cuya cuantía supuso la mayor transferencia de recursos a país alguno en la historia sin que mediara para ello guerra alguna y cuya aplicación resultó en los precarios indicadores de salud que hemos mencionado? ¿Quién garantiza que las burocracias estatales puestas al frente de la administración de tal renta operen desde una agenda que no sea la propia, incurriendo en los típicos problemas de agencia? Por último, es de destacar un dilema adicional a los dos antes planteados –el ético y el económico–. Es el dilema de la gestión. ¿Debe ser el Estado el que gestione directamente los servicios dispensadores de la atención médica aun careciendo de la competencia técnica requerida para ello? La cuestión en torno a la gestión pública de los servicios de financiación fiscal no es de respuesta siempre obvia, ya que tampoco es cierto que la administración privada sea siempre la más idónea. De allí que propongamos como punto de partida para la reflexión al respecto el de que la gestión sea ejercida por el más competente en cada circunstancia. En algunos casos puede que sea el Estado, mas de seguro que no lo será siempre.

En ese mismo sentido se nos impone el deber de promover una reflexión sobre la cuestión sanitaria venezolana y su necesaria recomposición que nos exige la superación de paradigmas ya sin vigencia que nos atan a modalidades de gestión que, si bien fueron exitosas en algún momento, nos vienen conduciendo últimamente de fracaso en fracaso. Creemos sin cortapisas en el financiamiento fiscal de la atención médica que requieran los ciudadanos y con firmeza afirmamos que el Estado debe sustraerse de financiar y gestionar la producción de bienes y servicios mejor y más eficientemente producidos por los privados. No vemos por qué el Estado deba gestionar líneas aéreas, redes de supermercados, plantas siderúrgicas, hoteles, hipódromos, lactuarios o sembradíos perdidosos: demostrado está cuán mal puede llegar a hacerlo, así como la secuela de corruptelas que a su paso van dejando tales políticas. La cuestión de la financiación fiscal de la sanidad atiende a una razón muy distinta que no tiene que ver con la intención de construir un Estado maximalista sino con la necesidad de atender un mandato que es ante todo ético: como lo hemos ya dicho, nadie escoge la enfermedad como opción ni merece ser dejado a su merced por no disponer de capacidad de pago.

Por tanto, el más acuciante y grave de los dilemas a encarar es precisamente el que tiene que ver con la elección social y políticamente avalada que hay que tomar: el dilema entre dejar al enfermo aban-

donado a su suerte, víctima de una situación que no escogió –la enfermedad- y cuyos efectos se extienden hasta impactar el bienestar de su grupo familiar, amenazándolos en términos de la seguridad financiera tanto propia como de las generaciones por venir o, por el contrario, asistirlo durante dicho trance.

Amartya K. Sen nos propone la idea de la *capacidad objetiva*, entendida esta como la gama de alternativas que en cuanto a «vectores funcionales» tiene a su disposición una persona y que es expresión de su propia libertad[107]. Entre tales capacidades solemos referirnos a la educación, las habilidades para el trabajo y a las condiciones básicas de vida, etc. Precisamente en dicho «etcétera» debemos incluir a la salud. Nadie más desprovisto de capacidad objetiva para optar dentro del conjunto de «vectores funcionales» posibles que el enfermo. El enfermo ni tan siquiera se tiene a sí mismo, sino que *so-porta* una situación, es decir, la acarrea en tanto que su ser ha sido capturado por la enfermedad que lo tiene ahora como vasallo. La vida del enfermo y su familia gira en torno al hecho patológico, a cuya atención se drenan todos los recursos de capital en posesión de la familia reunidos tras años de trabajo.

El dilema de la macrodistribución del recurso en la financiación de la sanidad: ¿cuánto es «suficiente» en materia de gasto sanitario?

Para cualquiera de nosotros en la práctica médica diaria es habitual ver que el enfermo crónico, ya hacia el final de sus días, consume una proporción de prestaciones médicas y bienes conexos varias veces superior al total consumido a todo lo largo de la vida hasta entonces. Es la muerte en la cama de cuidado intensivo la más costosa de todas en el hospital en razón de las tecnologías y recursos que la rodean. Llegar a ella supone todo un transitar por el complejo sistema de provisión de atención médica, lo que se salda en costos que retan la viabilidad de los sistemas sanitarios del mundo y de las economías en las que se insertan. Los impactos son contundentes, con costos multiplicándose por factores que oscilan entre 1,98 y 8,52 en una persona de edad igual o superior a los 75-80 años respecto de otra de 50-64, como lo muestra la serie de Hagist y Kotlikoff, de 2005[108]:

TABLA 7. Gasto sanitario por grupo de edad, países OCDE

	0-14 AÑOS	50-64 AÑOS	75-79 AÑOS
Australia	0.6	1.0	3.9
Austria	0.28	1.0	1.98
Canadá	0.43	1.0	4.97
Alemania	0.48	1.0	2.11
Japón	0.44	1.0	2.76
Noruega	0.57	1.0	2.69
España	0.57	1.0	1.96
Suecia	0.43	1.0	1.96
Gran Bretaña	1.08	1.0	3.67
Estados Unidos	0.88	1.0	8.52

Fuente: Adaptado de Kotlikoff y Hagist, 2005.

La microdistribución del recurso: ¿cuánto para cada uno?

La nuez del problema aquí planteado no es, en ningún caso, de carácter técnico: es, en mucho, de carácter político. Pasa porque la sociedad adopte una regla de distribución del recurso disponible de modo que se favorezca más o menos al gasto sanitario. No hubo ni hay cosa tal como aquel idílico mundo sin escasez que suponían los pensadores en torno a la platónica «edad de oro». Se plantea así a la sociedad escoger entre dos opciones ante la cuestión de la enfer-

medad, adoptando una regla de decisión frente al hecho objetivo de la escasez de recursos: la regla de la eficiencia o la regla de la justicia, es decir, la opción entre la adecuación del gasto aplicado *vis-á-vis* con unos retornos esperables o la materialización una regla de distribución según la cual *suun quique tribuere* («a cada quien lo suyo»). Se nos impone así, ni más ni menos, que la cuestión de la justicia sanitaria en tanto que una forma de justicia distributiva.

En Aristóteles ya encontramos planteado tal dilema. Por un lado, la justicia conmutativa, es decir, aquella basada en el principio *do ut des* («doy para que me den»). Es la concepción dominante en aquellas sociedades en las que la atención médica ha sido dejada a merced del intercambio en el ámbito del mercado y sus leyes. Pero también en Aristóteles nos topamos con el concepto de la justicia distributiva, que entiende como proporcionalidad en el contexto de una plena igualdad entre las personas[109]. En principio, apelar a la idea de la justicia distributiva en el ámbito sanitario luce obvio y deseable. Sin embargo, la realidad nos impone como su verdad el que la vida en sociedad sea, objetivamente, solo posible en el marco de la justicia conmutativa. Toda prestación médica tiene un costo: ¿en qué manos pondremos la factura? Es nuestro parecer que en Venezuela deba ser el Estado el que asuma tales costos. La razón es simple: la nuestra es una sociedad de pobres. Solo en sociedades ricas es posible la sanidad como justicia conmutativa, ya que la riqueza individual de sus ciudadanos es suficiente para protegerlos ante la situación de enfermedad. En sociedades pobres como la nuestra, las grandes mayorías con frecuencia se ven imposibilitadas para financiar sus consumos de bienes y servicios sanitarios como no sea a expensas de incurrir en grandes costos de oportunidad. Es la consecuencia derivada de dejar en el ámbito exclusivo de lo privado lo atinente a la enfermedad.

¿En qué términos entendemos entonces el ámbito de la justicia sanitaria? La entendemos como un grado aceptable de equidad efectiva en el disfrute de prestaciones sanitarias objetivamente relevantes cuyo acceso no le esté limitado a nadie más que por la razonabilidad de su demanda. Es el derecho que asiste a todo ciudadano a servicios de atención médica razonablemente disponibles, accesibles y asequibles. La disponibilidad a la que nos referimos supone que la oferta de servicios médicos a la población sea suficiente, es decir, capaz de atender razonablemente la demanda que genere la población derechohabiente. La accesibilidad como atributo tiene que ver con el mayor o menor alcance real que a tal oferta tengan los que demanden sus servicios. Por último, la asequibilidad alude a la no interposición de barreras al acceso a dichos servicios relacionadas con la capacidad de pago de quienes los demanden.

Disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad son los parámetros que definen la idea de justicia sanitaria que aquí proponemos. En tanto que atributos propios de un bien meritorio –que no «público»– su reunión alrededor de una política de salud concreta que parta de lo que con frecuencia ignoramos: el enorme costo de oportunidad que supone el financiamiento del cuidado médico. Ninguna política sanitaria responsable puede prescindir del cálculo económico. No hay sanidad «gratis» o sin costo. Alguien paga las cuentas.

Y si el pagador último ha de ser el Estado, los costos que este habrá de asumir han de ser tanto los costos financieros como los de oportunidad. De ello se dará debida cuenta al momento de adoptar grandes reglas macrodistributivas, en las que la prioridad en materia de atención médica habrá de incidir necesariamente de manera deletérea sobre la asignación de recursos a otras necesidades. Se entiende entonces que la financiación fiscal de la sanidad debe moverse a lo largo de la línea de presupuesto y nunca más allá de ella: porque en materia de sanidad pública tampoco hay tal cosa como un «almuerzo gratis».

¿Qué o a quiénes dejaremos de financiar para derivar recursos a la sanidad pública? Las alternativas, teóricamente, no son pocas: desde un gasto militar desproporcionado al tamaño de nuestra fuerza pública hasta una nómina funcionarial superior a los cuatro millones de empleados. O quizás mejor podríamos disponer de ese setenta por ciento de activos productivos mal utilizados cuando no perdiéndose en manos del Estado. Más aún, podríamos echar mano al notable potencial financiero que nos ofrecen nuestras enormes reservas de crudo: ¿qué mejor que ponerlo al servicio de la satisfacción de la más básica de las necesidades, cual es la de la salud bajo las premisas de disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad a las que ya nos referimos antes? ¿Acaso no ha sido tal el exitoso modelo adoptado por noruegos y alaskenses?

No. No hay «almuerzo gratis», como tampoco atención médica a costo cero. Pero los dilemas derivados del primero de estos –el económico– no acaban con la toma de una decisión política como la que aquí se sugiere. A continuación surgen otros: toda vez asignada una determinada porción de los recursos fiscales del Estado para la financiación de la sanidad pública, ¿qué tipo de prestación médica habremos de financiar preferentemente? «Todas las que hagan falta», dirá alguno desde la mejor de las intenciones, pero de seguro desprovisto de todo cálculo económico. Posturas tan irresponsables están en las bases de la reciente crisis griega, como hace décadas estuvieron en la de la tragedia argentina inaugurada por el peronismo, con una Evita proclamando que «allí donde hay una necesidad, hay un derecho»[110].

No se trata de una elección menor, puesto que alrededor de ella confluyen valores, preferencias, agendas de todo tipo, expectativas racionales. En uno de los extremos tendremos aquellas prestaciones de alta complejidad, cuyo foco se sitúa en una minoría de ciudadanos portadores de condiciones médicas de alto costo de diagnóstico y tratamiento; en el otro, los muchos más portadores de condiciones comunes, cuyo costo de diagnóstico y tratamiento será notablemente menor. Y en medio, los más: los portadores de aquellas condiciones médicas cuya atención demanda de ciertos recursos de tecnología así como de destrezas solo exigibles a especialistas.

Concluyendo: hacia una nueva narrativa sanitaria en Venezuela bajo el imperio de la ley del más débil

Es tiempo ya de que, como dijera el neoconstitucionalista italiano Luigi Ferrajoli, comencemos a tomarnos los derechos «en serio» y de oponer a la ley «del más fuerte» otra muy distinta: la del más débil; en nuestro caso, la del débil entre los débiles: la del enfermo[111]. Obligados a la mayor honestidad intelectual de la que podamos hacer gala, no hemos tenido reparo alguno en citar generosamente a pensadores de reconocida vinculación con el pensamiento de las izquierdas europeas del siglo XX: a Heller, reconocido referente de la socialdemocracia alemana histórica, y a Ferrajoli, destacada figura del llamado iuspositivismo crítico alineada al progresismo italiano contemporáneo. En el caso de Heller, no es posible dejar de reconocer su inmenso esfuerzo teórico por oponerse al poderoso influjo ideológico representado por las filosofías de la historia en ascenso en la Alemania de entonces –especialmente las de Carl Schmitt y Oswald Spengler– alineadas con el nazismo cuando no escépticas ante su desvastador avance. En el caso de Ferrajoli, valoramos su reflexión en torno al derecho y su materialidad en tiempos en los que un cierto relativismo jurídico pareciera tomar cuerpo no sin peligro para una Europa cruzada hoy por discursos nacionalistas, racistas y antiglobalización. Hemos apelado incluso a la teoría de A.K. Sen, avalada en datos de notable solidez y que con mucha frecuencia se asocia a expresiones de cierta izquierda académica con la que nos declaramos –emulando al gran Octavio Paz– en permanente diálogo y discusión[112].

Pero es mandatorio también dejar expreso que el liberalismo tampoco ha sido ajeno a todo ello, de lo que da cuenta la reflexión de Isaiah Berlin en el más célebre de sus ensayos, *Dos conceptos de libertad,* de 1958:

> Es verdad que ofrecer derechos políticos y salvaguardias contra la intervención del Estado a hombres que están medio desnudos, mal alimentados, enfermos y que son analfabetos, es reírse de su condición; necesitan ayuda médica y educación antes de que puedan entender qué significa un aumento de su libertad o que puedan hacer uso de ella. ¿Qué es la libertad para aquellos que no pueden usarla?[113]

En tales coordenadas creemos estar situados en Venezuela. Nuestro país debe soltar definitivamente las amarras que a la libertad han impuesto e imponen sus agotados diseños constitucionales y sus legislaciones empeñadas en fortalecer la centralidad del Estado en nuestras vidas en razón del control que ejerce sobre el petróleo y su renta[114]. Insistimos en no ver la justificación del Estado en actividades económicas que son mejor ejercidas por los privados, guiados por la poderosa «mano invisible» que premia al eficiente en detrimento de quien no lo sea. Pero ante el enfermo es ética y políticamente mandatoria la presencia de una «mano visible» que vacune, que opere, que cure.

El abordaje del problema de la salud en Venezuela debe partir desde su concepción como derecho fundamental necesariamente expresado como derecho prestacional. No se trata de seguir debatiendo si nuestros pacientes en el Hospital Vargas de Caracas, por ejemplo, son o no titulares del derecho constitucional a la salud, lo que sin duda son; se trata, en cambio, de establecer lo jurídica y administrativamente conducente para que aquellas prestaciones materiales concretas –sin las que el supremo derecho a la salud nunca se materializará– le sean efectiva y oportunamente dispensadas.

Venezuela se aproxima a vivir una transición política tan o más dramática que aquellas de 1936, 1945 o 1958. No podemos pensarnos dentro de un juego político esencialmente normal, con reglas institucionales definidas, actores plenamente organizados y agendas si bien discutibles, en todo caso legítimas. Hemos de recibir un país institucionalmente destruido, económicamente exhausto y socialmente roto.

En ningún caso denostamos de la participación que pudiera tener el Estado venezolano en lo referente al tema sanitario. Hemos reconocido sin cortapisas sus éxitos del pasado, lo que nos autoriza a señalar sus no pocas y graves falencias de hoy. Está visto que el Estado ya no es capaz de curar como antes. Los avances tecnológicos, el peso de las demandas y expectativas de la sociedad y las complejidades del quehacer médico lo han superado ampliamente en sus capacidades. Entre tanto, hemos señalado como desde el mercado los privados han ideado y provisto ofertas de superior calidad técnica en virtud de inversiones que en tecnología y conocimientos el Estado nunca acertó a hacer. En la ética de la sociedad decente que proponemos, el Estado tiene el mandato moralmente superior de hacer accesible dicha oferta al ciudadano titular del derecho a la asistencia médica cuando sus capacidades económicas se vean superadas, contando para ello con la llave que le proporciona la renta petrolera.

Que el dinero destinado a la salud no vaya detrás de los apetitos de las burocracias y de grandes e ineficaces aparatos de gobierno sino del enfermo competentemente asistido, desafía la concepción misma del Estado en Venezuela en su relación con la sociedad y plantea su transformación de un Estado que cure en otro distinto, un Estado que procure. El reto político y ético alrededor de tal tesis nos luce formidable, ya que supondría la liberación del sufriente de la más esencial de todas las esclavitudes.

NOTAS

68. Salvato S. y E. Áñez (2012). *Financiamiento de la salud: integrar más que dividir*. http://slideplayer.es/slide/3977681/ Recuperado en agosto, 2015.

69. Schargrodsky H. *et al.* (2011). *Evaluation of Cardiovascular Risk in seven cities in Latin America: the main conclusions of the CARMELA Study and substudies*. Revista Argentina de Cardiología, vol. 79, N.º 4, july-aug.

70. Observatorio Venezolano de la Violencia (2015). *Informe anual*. http://observatoriodeviolencia.org.ve/ Recuperado en agosto, 2015.

71. Salvato y Áñez, *op. cit.*

72. De obligatoria mención son los trabajos de los alemanes Ludwig von Stein y Ernest Forsthoff, que desde mediados del siglo XIX y principios del XX advertían al respecto. «Las revoluciones por venir no serán políticas, sino sociales», aseveró Von Stein ante el drama de la Revolución francesa de 1848. Argumento este que sirve de base a la teoría forsthofsiana del *Sozialstaat*, mucho más allá de la concepción del Estado como «donante» de bienes y prestaciones. Cfr: Garcia-Pelayo, M., *op. cit*.

73. Heller, H. (1934/1998). *Teoría del Estado*. Fondo de Cultura Económica, México.

74. Las expresiones sociales de pobreza y degradación humana que acompañaron a la etapa manchesteriana del desarrollo de la economía de mercado no escaparon al ojo crítico del intelectual caraqueño, quien dejara testimonio de ello en su obra *Los mártires* (1842), expresión del tardorromanticismo venezolano considerada como el primer texto de carácter novelístico de nuestra literatura. Al autor ya nos hemos referido *ut supra*.

75. El régimen bismarckiano marcó la excepción a tal tendencia al inaugurar el sistema contributivo de seguridad social que no en balde lleva su nombre. Bajo tal régimen, la regla es la de la prestación al usuario no en tanto que ciudadano, sino como contribuyente.

76. Margalit, A. (1996). *The decent society*. Harvard University Press, Cambridge.

77. Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris, 212 p.

78. Levinas, I. (2001). *Algunas reflexiones sobre la filosofía del hitlerismo*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

79. Pero no por ello deja de hacerse sentir, con frecuencia de manera notable, la acción directa de actores movidos por la solidaridad. Son organizaciones no-gubernamentales orientadas a lo sanitario tan antiguas como el Hospital Ortopédico Infantil de Caracas, obra del empresario y filántropo Eugenio Mendoza, de carácter eminentemente secular, o de las obras sociales salesiana, ignaciana o la de la Sociedad de San Vicente de Paúl, de filiación religiosa. Como en otros países, el hospital *non profit* se hace sentir en Venezuela en beneficio de quienes de otro modo no podrían acceder al mercado de los servicios de atención médica.

80. Villasmil, G. *La atención médica ambulatoria en Caracas: ¿un servicio sin demanda?* Med.Metropol (2001); 2(1):14-19.

81. Kotler P. y G. Armstrong. *Fundamentos de mercadotecnia*, 4ª ed. Prentice-Hall Hispanoamericana, México, p. 161.

82. Encovi, op. cit.

83. Bertos Polo, J.J. (1997). *Utilización inadecuada del servicio de urgencias. Justificación de una consulta rápida*. Todo hospital, Nº 139, sept.

84. Castellanos, P.L. (1982). *Notas sobre el estado y la salud pública en Venezuela*. Cuadernos de la Sociedad venezolana de Planificación, Nº 156, 1958, pp. 9-121.

85. El gasto sanitario en Venezuela para 1977 se situó en 5,2 % del PIB, el más alto del último cuarto del siglo XX. A partir del año siguiente, la participación de la sanidad en el gasto público decreció hasta situarse, en 1995, en 2,71 % del PIB, similar a +l nivel de gasto de 1974. Véase: Salvato, S. (1998). *Financiamiento del gasto en salud en Venezuela* (mimeo).

86. Puente, J.M. (2003). *La economia política del gasto social en Venezuela*. 1er Simposio Venezolano de Investigación Económica, auspiciado por la Oficina de Asesoría Económica del Parlamento, Caracas.

87. Evocamos aquí el análisis de Galli y García de 1989, en una de las primeras ediciones del célebre análisis titulado *El caso Venezuela: una ilusión de armonía*, editado por Naim y Piñango en 1989, Ediciones IESA, Caracas, pp. 460 y sucs.

88. Goldsmith, S. y W. D. Eggers (2004). *Gobernando en red. El nuevo paradigma de la gestión pública*. Coedición Atlas Economic Research Foundation-Cedice Libertad, Caracas, pp. 8-9 y 80.

89. Goldsmith y Eggers, *op. cit.*, p. 127.

90. Goldsmith y Eggers, *op. cit.*, p. 68.

91. Cifras recientes del FMI predicen un decrecimiento de la economía venezolana no menor al 7 % del PIB para 2017.

92. La red Pronto Socorro opera en *shelters* similares a los que se instalan en campos petroleros que han sido adaptados para fines médicos. Su construcción y funcionamiento son relativamente sencillos, al modo de un sistema *plug & play* cuya puesta en operación en muchos casos requirió de menos de 90 días y cuyo funcionamiento es relativamente poco costoso. En 2012, el costo de construir, equipar y operar con toda su plantilla profesional un Pronto Socorro mirandino durante el primer año se situó en torno a los 100 mil dólares. Es

de destacar que en su primer año de operación la red mirandina Pronto Socorro dispensó más de un millón de asistencias médicas.

93. La co-operación de servicios se materializó en el convenio celebrado con la alcaldía del mirandino municipio Carrizal, que opera una importante estructura ambulatoria con la que el gobierno estadal contribuye destacando médicos y aportando equipo. La gestión y la propiedad del establecimiento permanecieron siempre en manos del municipio. Figuras análogas al comodato se manejaron en la fecunda alianza celebrada con las distintas diócesis católicas mirandinas, que dieron en uso valiosos espacios en sus casas parroquiales. Finalmente, los convenios operativos con privados permitieron instalar y operar tecnología de imágenes médicas de estándares superiores a los nacionales situados en el interior del estado. Sobre este particular volveremos más adelante.

94. Nos referimos, claro está, a *Doctor Zhivago,* de 1957. Pasternak fue premiado con el Nobel de Literatura al año siguiente, pero las autoridades tan solo permitieron a su hijo recibirlo a título póstumo en 1989, en las postrimerías de la era soviética.

95. Véase Encovi, 2016.

96. La exaltación al extremo de los intereses grupales y la superditación tácita de los particulares a ello se convirtió en el sello por excelencia de la política de los gremios de la salud en Venezuela. Así está consagrado incluso en el anagrama de la Federación Médica Venezolana, en el que reza la frase latina: *non sibi sed omnibus* («no por mí, sino por todos»). Tan retóricamente cargada sentencia poco tiene que ver con la realidad del médico venezolano lanzado a la procura de los más básicos medios de vida incluso en el extranjero, sin más apoyo que el de los suyos y sin más amparo que el de sus escasos ahorros.

97. Nos referimos a la automotriz alemana Bayerische Motoren Werke de Munich.

98. *Non sibi sed onmibus* («no para sí mismo, sino para todos»). Así reza el anagrama del Colegio de Médicos del Estado Miranda, del cual el autor es miembro por mandato expreso de la vigente Ley de Ejercicio de la Medicina.

99. TAVI: implante valvular aórtico transcatéter (*transcatheter aortic valve implantation*, por sus siglas en inglés) es actualmente el tratamiento de elección en casos de estenosis (estrechez) grave de la válvula aórtica del corazón.

100. Nos referimos aquí, claro está, al gran Humberto Fernández Morán (1924-1999) y a su bisturí de punta de diamante de 1955.

101. El último reporte en tal sentido data del 22 de abril de 2017, en la Maternidad «Castillo Plaza» de Maracaibo. Véase: www.noticialadia.com (consultado el 26 de abril de 2017).

102. El equipo de tomografía del referido hospital está inoperativo desde 2015.

103. López, A. (2012). «Cobertura sanitaria universal: el gran logro mexicano», *El País*, Madrid, 22 de agosto. Véase: http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/08/22/noticias/1345624442.html. Consultado el 25 de abril, 2017.

104. Gawande, A. (2009). *The checklist manifiesto: how to get things right*. Metropolitan Books, New York, p. 88.

105. Atul Gawande destaca que en los hospitales de las ciudades indias se ha renunciado a la gestión de suministros cediéndola tácitamente al mercado informal asentado, insólitamente, a las puertas de sus grandes hospitales. Es así como la buhonería de siempre pasó a ofrecer los medicamentos, dispositivos desechables, etc., requeridos por el hospital, lo que ya es bastante familiar en la cotidianidad del hospital público venezolano. Tal observación es consistente con el hecho demostrado del inmenso «gasto de bolsillo» sanitario venezolano; un gasto que obedece a una demanda desesperada que sale al encuentro de una oferta que la satisfaga incluso en las más insólitas circunstancias.

106. Véase el acucioso trabajo de investigación periodística de Liseth Boom del 6 de noviembre de 2015 publicado en www.runrun.es a propósito de la asignación de dólares preferenciales (USD 455 millones) a mafias de proveedores «fantasma» vinculados a altos cargos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, IVSS.

107. Sen, A.K. (1996). *Development as freedom*. Anchor Books, New York.

108. Kotlikoff L. y C. Hagist (2005). *Who's going broke?* National Bureau of Economic Search, Working Paper Nº 11833, dec.

109. Aristóteles (c. 325AC/2007) *Política*. Espasa-Calpe, Madrid.

110. Schwartz, P. (2015). *Toda necesidad no es un derecho*. www.civismo.org/es/articulos-de.../toda-necesidad-no-es-un-derecho recuperado en agosto, 2015.

111. Ferrajoli, L. (2005). *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Editorial Trotta, Madrid.

112. No tenemos reserva alguna en declararnos en permanente discusión y diálogo con quienes nos adversan en el pensamiento, pues es propio de liberales hacerlo con rigurosidad y respeto. Al respecto declaró don Octavio Paz: «Vengo del pensamiento llamado de izquierda. Fue algo muy importante en mi formación. No sé ahora… lo único que sé es que mi diálogo –a veces discusión– es con ellos. No tengo mucho que hablar con los otros». Vid: http://www.revistahumanum.

org/revista/sobre-identidad-libertad-y-democracia-el-dialogo-continuo-entre-amartya-sen-y-octavio-paz/#sthash.MJALINS7.dpuf

113. Berlin, I. (1958/2005). *Dos conceptos de libertad y otros escritos*. Alianza Editorial, Madrid.

114. Desde el Programa de Febrero de 1936, pasando por el Pacto de Punto Fijo de 1958 y hasta el Plan de la Patria de 2013, todos los programas políticos que ha conocido el siglo XX venezolano tienen en común la convicción de que la palanca financiera provista por la renta petrolera debe permanecer bajo el estricto control del Estado. Ninguna ruptura más radical que la que suponga transferir su control, como de alguna manera aquí lo proponemos, al ciudadano.

NOTAS DE GUARDIA

«LA OPERACIÓN, ESTÚPIDO, LA OPERACIÓN»

«Operación: ejecución de algo». Tal es la voz con la que en el DRAE se define al conjunto de acciones destinadas al logro de determinados objetivos. Mi problema en aquellos días de enero de 2009, en los que desde la cocina de la residencia del gobernador en Los Teques (¡habíamos perdido hasta nuestras oficinas!), se centraba en cómo poner en marcha un sistema de operaciones médicas cuando no teníamos ni en qué sentarnos. Contrastaba aquella angustia con la actitud de aquel enjambre de «operadores» de todos los partidos políticos adherentes a la coalición ganadora que insistían en la adjudicación de cargos, choferes, prebendas, etc., so pena de recurrir ante el gobernador «a pedir mi cabeza». Desfiló por nuestra curiosa e improvisada oficina toda Caracas: para asesorar, para proponer, para criticar. Pero pocos, muy pocos, para unirse a nosotros en un *let´s go,* como aquel del histórico D-Day que diera inicio a la puesta en marcha de una operación médica formal en el estado, «de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba».

La vida se nos va en la puesta en marcha y mantenimiento de una operación médica robusta y confiable. Nada puede ser más importante en tanto que razón de ser del sistema sanitario. Toda operación médica, desde la más simple hasta la más compleja, se so-

porta en una tétrada de elementos clave: infraestructura, capital humano, tecnologías y logística. Basta con que tan solo uno falle para que la operación de un sistema sanitario no se sostenga. En nuestro caso, muy serios problemas en los cuatro. Luego, poco importaba si a un director le agradaba o no el decorado de su despacho, el modelo del vehículo «protocolar» o su posición en el «vocativo»: lo único importante en aquellos días era salir a procurar espacios físicos para la operación (infraestructura), personal médico y sanitario (capital humano), equipo médico básico y computadoras (tecnologías mínimas para funcionar) y proveedores confiables de suministros (logística). Ninguna otra cosa ocuparía mi atención en los meses por venir. Saber que el secretario general de algún partido político de la coalición con 1 % de votación estaba invirtiendo sus tardes saltando de despacho en despacho a la espera de que le entregaran en bandeja las carótidas de ese «compañero» que había llegado a la desvencijada sanidad pública mirandina con una única prioridad jamás me preocupó: «¡es la operación, estúpido, la operación!», le grité un día. En Miranda o donde sea, nada podía ser más importante que eso. Han pasado diez años y sigo pensando lo mismo.

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA COMO PRIORIDAD NACIONAL

Con frecuencia se me ha enrostrado el carácter «medicalista» de muchas de mis ejecutorias en la administración pública, lo cual no deja de ser comprensible siendo que las más de las veces se me vio poniendo en servicio establecimientos para la atención de urgencias, salas de radiodiagnóstico, laboratorios clínicos, etc.

De ninguna manera participo de concepciones reduccionistas en materia de salud. Salud pública es mucho más que dispensación de servicios de atención médica. Pero es cierto también que nunca dudé en apostarle todo a la construcción de una red de asistencia más que mínima cuando el chavismo, derrotado en el estado Miranda en cabeza de uno de sus «hombres fuertes», emprendió su retirada no sin antes asegurarse de destruir lo poco que quedaba en pie de la antigua red asistencial pública estadal. No faltaron consejos bien intencionados: «dedícate a la promoción de la salud mediante charlas», me dijo alguien. Y no le faltaban argumentos: ¡al gobierno estadal no le había quedado ni tan solo un estetoscopio con el que examinar a un enfermo!

Es muy cierto que la política sanitaria venezolana posterior a la era del gran Arnoldo Gabaldón ha privilegiado el desarrollo de la oferta de servicios por sobre la de programas de salud pública. ¡Ningún político se reelige porque la cobertura poblacional de vacunados en su gestión supere al 95 %! Pero en la historia venezolana reciente sobran ejemplos en cuanto a la procura de beneficios políticos tras la puesta en marcha de un gran hospital o estructura de dispensación de servicios médicos. Tal fue el caso de Chávez, que en 2004 tuvo en la Misión Barrio Adentro un argumento electoral que sería decisivo ante el desafío del referéndum revocatorio de ese año.

Cierto: los programas de salud pública –la vacuna, la eliminación de vectores, el control de fauna nociva, etc.– han sido y siguen siendo el «pariente pobre» de la sanidad venezolana desde hace mucho. Un alcalde del este de Caracas enfrentando un espantoso índice aédico de 25 % y más preferirá gastar lo poco o mucho de que disponga en una vistosa y ruidosa ambulancia con su nombre que eventualmente alguien use, pero que todos vean[115].

Pero mi decisión de entonces estuvo basada en consideraciones

bien distintas. Siguiendo el argumento que hacia 1998 expusiera mi amigo y colega, el profesor Marino González, sostengo que el gran determinante que opera sobre la salud poblacional en Venezuela hoy reside en el grado de acceso que los ciudadanos tengan a una oferta razonable, oportuna y cercana de prestaciones médicas concretas, sea que se trate de la atención de urgencias, del parto, de procedimientos diagnósticos de rutina, cirugías, medicamentos, etc. Atender a esta variable no supone en absoluto soslayar el carácter esencial que en toda sanidad tienen sus programas de salud pública, que al fin son su corazón. Pero no podemos equivocar las cosas en un país como el nuestro, en el que la mortalidad atribuible a la cardiopatía isquémica en las primeras veinticuatro horas posteriores al evento llega a ser entre siete y ocho veces superior al promedio mundial[116].

LA INTELIGENCIA EPIDEMIOLÓGICA: «NÚMERO MATA LETRA»

A cierto político chileno, hace unos años, le escuché hacer referencia al «cosismo» como la prioridad que algunos gobernantes dan al simple hecho de «hacer cosas»[117]. Una rápida vista a las municipalidades del este de Caracas hasta hace unos años –cuando había con qué– pone dramáticamente de manifiesto tal tendencia. En una de ellas vi poner en funcionamiento un quirófano que sería la envidia de hospital en la ciudad capital de algún estado del sur de Venezuela; sin embargo, una escuela adscrita a esa misma alcaldía sería años después escenario de uno de los brotes de enfermedad de Chagas de transmisión oral más importantes descritos hasta hoy en la literatura. «El subdesarrollo», decía el antropólogo brasileño de izquierdas Darcy Ribeiro, «es coherente»: tanto más se elevan nuestras vanidades, tanto más la realidad nos pone a ras de suelo más temprano que tarde.

El «cosismo» sanitario en Venezuela ya es mayor de edad. La elección directa de gobiernos municipales y estadales desde finales de los ochenta desató el «furor cosista» expresado en febriles «operativos» en los que lo mismo se vacunan pequeños animales que a niños o se realizan «despistajes» de osteoporosis al lado de una sesión de «bailoterapia». La cosa no era sino hacer, hacer «cosas», no importaba cuán pertinentes fueran o no.

Una Venezuela en ruinas enfrentando ingentes necesidades en materia sanitaria no puede darse el lujo de incurrir en la práctica «cosista». La operación a la que antes nos referimos debe estar orientada permanentemente por el dato epidemiológico oportuna y rigurosamente analizado. La opacidad del ministerio venezolano del ramo no ha hecho sino sustraer al decisor sanitario, a todo nivel, de información crítica para la orientación y ejecución de los cada vez más escasos recursos disponibles. El gestor público venezolano en el sector sanitario ha de ser un apasionado de la epidemiología y sus métodos, un consumidor diario de sus reportes, un escrutador cotidiano de su realidad a partir de las herramientas de estudio que esa disciplina ofrece.

Otro notorio alcalde, español, dijo una vez que «gobernar es repartir dolor»[118]. Al frente del gobierno sanitario mirandino no pocas fueron las veces en las que tuve que decir, simplemente, no. Establecer prioridades y obrar en consecuencia era vital para mí. Pero digo en mi descargo que nunca me fundamenté en impresiones ligeras o en pareceres, pues siempre procuré tener a mano el dato epidemiológico más exacto. Porque como dicen mis colegas anestesiólogos: «número mata letra».

A DESPECHO DE «EXPERTOS», ¡TIRAR LA PARADA!

Me he de reservar su nombre, si bien creo que aún identificándolo permanecerá merecidamente y para siempre en el inmenso baúl de los olvidos. Era para entonces un alto funcionario del Ministerio de Salud. Por aquellos días apenas si nos poníamos de pie tras sufrir el embate del malhadado decreto 6543 del 4 de diciembre de 2008 que emitiera Chávez y que ordenaba, sin fórmula de juicio, la recentralización de la totalidad de los hospitales propiedad del estado Miranda. Poco después, en penosa sentencia del Tribunal Supremo, sus efectos se extenderían hacia la red de ambulatorios, cuya toma física se haría *manu militari*, con gran alarde de fuerza y de violencia. Recuerdo que fue la primera vez que tuve a la vista uno de esos mortíferos fusiles Kalashnikov de fabricación rusa y que hasta ese entonces solo había visto en manos de los bandoleros de las FARC en imágenes de TV de la querida Colombia. No, esta vez el portador era un guardia nacional venezolano, un «soldado de la ley» que a empujones y vergajazos desalojaba de la sala a las higienistas y a las madres de los niños que venían a consulta. Fue en Baruta, lo recuerdo bien. La guasa popular baruteña, aguda y siempre jocosa, bautizó aquella «epopeya» como «la batalla de los teteros»[119].

Sin nada más que perder y apelando a la impecable trayectoria de tres décadas dedicadas a la sanidad pública venezolana, pedí ser recibido en audiencia por el funcionario de marras. Semanas más tarde y tras muchas horas de «plantón» en la sala de espera, logré ser recibido.

«Mira, Villasmilito», me dijo. «Te recibo por respeto a tu padre, a quien conocí y con quien trabajé. Pero te lo digo de una vez: por ti y por ese gobierno (el de Capriles Radonski) nadie en este país da ni medio». Sin haber entrado en materia y convencido de la inutilidad de mi gesto, me puse de pie para retirarme. Avanzaba yo hacia la puerta de salida cuando aquel hombre me espetó: «Entiendo lo que les han hecho, pero aquí donde tú me ves estoy a la espera de la asignación de un cargo consular en Europa. Así que no me voy a meter en eso».

No tuve entonces más duda: si habíamos perdido una organización sanitaria, era menester levantar otra. Decidí no atender más a «consejos expertos». En Venezuela se abusa mucho de la «experticia» y cada «experto» constituye su «iglesia» y ante ella construye su propio «púlpito» para deleite de sus «feligreses». En modo alguno estoy denostando de la experiencia y trayectoria de nadie, solo que creo que en un momento dado, sobre todo en circunstancias tan extremas, en las que toda experiencia se devalúa hasta prácticamente cero, un hombre tiene que salir decididamente a hacer lo crea correcto en procura de la realización de un objetivo. Solía decir mi padre que «a todo hombre le llega el día en que debe hacer su propio Paso de los Andes»[120]. Aquel día era el mío. Sin atender más a consejos, planes, prospectivas o «mesas técnicas», ese día salí a «tirar la parada»: había surgido firme la idea de levantar una nueva sanidad en el estado Miranda.

De aquel gris funcionario nunca más supe. Entiendo que el referido nombramiento consular jamás llegó. Supongo que hoy sea un jubilado más de la administración pública a la espera de recibir el pago de sus haberes, que de seguro figurarán en el largo y penoso registro de las «acreencias no prescritas» del Estado venezolano.

LOS DOCE DEL PATÍBULO

Doce fueron los santos apóstoles y doce los caballeros en torno a la mesa del mítico Arturo. Como doce fueron también los «del Patíbulo», los soldados de aquella vieja película de Robert Aldrich de fines

de los sesenta. Tuve la fortuna de contar con mis propios doce, que en realidad eran quince. Corazones y talentos venezolanos de primera que no se limitaron a ofrecerse como distantes asesores sino que lo abandonaron todo –carrera corporativa, ejercicio profesional y cómoda vida privada– para acompañarme en un proyecto con amplísimas posibilidades de fracaso.

La constitución de equipos alrededor de las distintas tareas a plantear es un factor crítico de éxito en la sanidad venezolana por venir. Nuestra cultura política, intoxicada de esas historiografías escolares en las que se abusa de la figura del «prohombre», del ser excepcional sin debilidades ni defectos, nos lleva con frecuencia a sobreestimar las reales posibilidades de un hombre colocado ante un cometido. Conozco bien mis debilidades, pues las tengo bien inventariadas. Nunca tuve duda alguna acerca de la complejidad de la misión planteada *vis-á-vis* mis propias limitaciones. De allí que en la integración de un equipo verdaderamente potente estaba la clave del éxito. No era cosa de armar un *team* técnico de esos que se venden como «químicamente puros», como tampoco de contratar una planta de asistentes de alto nivel a quienes encomendar determinadas tareas. Mucho más que eso, de los que se trataba era de identificar y convocar a hombres y mujeres de distintos orígenes, formaciones y experiencias para invitarlos a asumir la tarea de sus vidas, apostándole a ello lo mejor de sus talentos, de sus energías, así como el peso de sus respectivos y bien ganados prestigios profesionales y personales. Gobernar es más que entretener a la gente. La invitación no era a venir a «hacer cosas», sino a materializar una propuesta sanitaria novedosa en tiempo récord y con todo en contra. Toda esa jerigonza «gerencial» alrededor del las posiciones *challenging,* etc., bien poco que podía valer cuando la posibilidad de acabar preso o cuando menos administrativamente sancionado estaba de antemano servida.

Nunca he tenido problema alguno con el término «élite», al cual he recurrido y recurro con frecuencia. Aquella lo era. Su condición elitesca no venía definida por la remuneración que recibían (muy baja, por demás) ni por las prebendas de poder que pudieran tener a su alcance y que eran, para el caso, nulas. Aquella era una élite por estar integrada sencillamente por los mejores en sus respectivos campos a quienes se sumaba una adicional y definitiva cualidad: la magnanimidad, en el sentido más orteguiano del término[121]. Aquel especialísimo equipo de gobierno sanitario echaría abajo las ridículas prácticas de las burocracias para constituirse en una verdadera «ad-hoc cracia», un verdadero *central management team,* capaz de conocer y lidiar a diario con problemas relacionados con epidemias, presiones sindicales, inflación galopante, dispensación de servicios médicos y un largo etcétera de cosas que llega ¡hasta el mantenimiento de los automóviles de servicio! Esos fueros mis doce, que en realidad eran quince. Ojalá y los vuelva a encontrar iguales, pues en nada desconfío más que en los autodenominados «próceres» de una sanidad venezolana de la que no quedan sino vestigios.

EL «LEVIATHAN» SANITARIO VENEZOLANO

De la «macrocefalia sanitaria» venezolana solía advertirme con frecuencia mi padre: un verdadero leviathan que, como la mítica bestia hobbesiana, pretendía integrar hologramáticamente en sí mismo el discurso sanitario en todos sus niveles y, en sentido horizontal, en todo el país. Es posible, como ya lo he referido en alguna otra parte, que así fuera en un momento dado de nuestra historia reciente. Pero la evidencia disponible indica que ese tiempo ya pasó y que replantearnos el tema sanitario venezolano desde tal perspectiva constituiría un error de consecuencias catastróficas ante los grandes retos y limitaciones a enfrentar.

El mundo y sus concepciones acerca de la organización han cambiado. El *big is beautifull* de los años cincuenta, con sus expresiones en el mundo corporativo y de la administraciones en general, hace décadas que dio paso a otros paradigmas. No es cierto que se pueda hacer todo bien. Un examen incluso somero al desempeño técnico del ministerio venezolano del ramo –sea que se le llame de Sanidad y Asistencia Social, de Salud y Desarrollo Social o «del Poder Popular» para la Salud, poco importa– no resiste el menor análisis en términos de eficacia y de eficiencia.

Consideraciones políticas aparte, hay que decir que la sanidad pública venezolana tiene actualmente el diseño perfecto para la materialización de los continuos y sonoros fracasos que vemos cada año. Hela allí, como un monstruo pantagruélico que consume importantes recursos (sean presupuestarios o no) y que no puede lograr, por ejemplo, que una vacuna desarrollada hace más de medio siglo –la bien conocida «vacuna triple» contra la tosferina, la difteria y el tétano, cuyo costo promedio por dosis no llega a los dos centavos de dólar– llegue a una localidad del interior venezolano. Y no puede porque tan monstruosa cabeza apenas si está dotada de atróficos y muy enclenques miembros que materialicen sus iniciativas.

La sanidad venezolana por venir debe proceder al *rightsizing* del temido y temible monstruo del «ministerio». Sus funciones han de ser corporativas, las propias de quien maneja un *holding* integrado por los organismos operadores a cargo de la ejecución de los recursos asignados, de la dispensación de una cesta sustantiva de servicios y de la administración de unos programas considerados nacional y regionalmente como prioritarios. Y punto. Ningún *holding* maneja operaciones directamente sino a través de la unidad ejecutiva (llamada también «de negocios») presente en el lugar. Deben quedar para el olvido o quizás para algún proyecto de «anti-manual», de aquello que no debe hacerse al frente de un gobierno sanitario, expresiones tan insólitas como la reciente «línea 0-800» ministerial para poder acceder a un antibiótico o a la cotidiana persecución «en caliente» del único funcionario ministerial en Caracas a cargo de la distribución de cloroquina en un país que cerrará el año 2019 con casi un millón de casos de malaria diagnosticados.

Y que no se hable –¡por Dios!– de que tales ideas contribuyen con la «desintegración» y la «fragmentación» de la sanidad venezolana y de los recursos a ella destinados. Es el clásico argumento de los que, gatopardianamente, claman por un cambio para que todo al final quede igual. La contemplación de la realidad sanitaria cotidiana en la Venezuela profunda me convenció hace mucho de que tales argumentos no son sino expresión de un «patiquinismo» conceptual que poco o nada significa allá lejos, donde no hay más opción que procurar salir adelante con lo que haya y con quien esté.

HAMBRE (PURA Y DURA)

A quienes me reclaman la supuesta «hipermedicalización» de mis actuaciones en el campo sanitario creo haberles ya contestado. No, no es cierta tal cosa. Desde Hipócrates es sabido que los determinantes de la enfermedad están allí, donde el hombre hace vida. El gran médico de Cos invitaba a quien se establecía en la práctica médica en una nueva ciudad a examinar su entorno climático, la calidad de sus aguas, etc. Con Leavell y Clark aprendimos que subyacente a la expresión clínica de la enfermedad se situaba una compleja maraña de variables integradas en no menos complejos procesos de tipo económico, social, político y cultural de cuyas resultas surgía, cuando menos como un *by product*, la enfermedad. No se me tenga entonces por «medicalista» si insisto en sostener que una sociedad empobrecida que se llena de obesos cuya alimentación se basa

en el consumo de calorías «baratas» –carbohidratos– ante la imposibilidad de acceder a otros nutrientes, deba por lo menos plantearse seriamente el problema de su atención y procura de alivio incluso como problema moral. Más adelante volveré sobre este asunto.

Lo cierto es que el lógico y necesario contrabalance de lo estrictamente médico no puede reducirse a las patéticas prácticas *New Age* que a propósito de la salud se promueven por doquier, desde los medios de comunicación hasta la literatura de «autoayuda». Incluso sorprenden las penosísimas escenas en empobrecidas urbanizaciones estecaraqueñas en las que sus gobiernos municipales derivan valiosos recursos en «operativos» cuando no en pintorescas sesiones de «bailoterapia» alrededor de las cuales se congregan vecinos ansiosos por cuidar de su «calidad de vida».

Las venezolanas son ciudades enfermas. A la epidemia de violencia hemos de agregar las que siguieron a la conversión progresiva de sus jardines públicos y esquinas en basurales en los que prolifera el vector transmisor del dengue y las fiebres chikungunya, zika y mayaro. Y no se crea que una mayor capacidad de consumo privado ha de servir como escudo protector ante tales amenazas, siendo que no casualmente una buena parte de los casos de leishmaniasis cutánea que solemos ver provienen de exclusivas urbanizaciones estecaraqueñas cuyos campos de golf colindan con los bordes de las zonas boscosas húmedas que rodean a nuestro valle y que desde los tiempos del barón Humboldt se sabe son el hábitat preferente de los simúlidos. Vaya paradoja: ¡contagiarse con la terrible «úlcera de los caucheros» de las novelas de José Asunción Silva mientras se «potea» en el hoyo 18 del *court* más exclusivo de Venezuela! A las condiciones prepatogénicas de la vida urbana caraqueña agreguemos otra aún más temible: la de la creciente pobreza, exacerbada por la más alta inflación del mundo. Fenómeno este eminentemente monetario –Friedman *dixit*– que sirve de instrumento de financiación a un Estado decididamente orientado a hacernos más pobres. De manera que ni sesiones de yoga en poco iluminados y peligrosos parques públicos ni programas de «cocina *light*» por televisoras sometidas a la censura. La salud en Venezuela requiere de una profunda reforma en los principios, instituciones y prácticas que el estatismo ha impuesto en Venezuela por más de medo siglo y que no consiguieron sino hacer de la nuestra una sociedad paupérrima. No es ni la *paleodiet* ni la «dieta de los puntos» la que se impone en Caracas. Es el hambre. Hambre «pura y dura».

EL RETORNO DE LAS ÉLITES

Durkheim, Mosca, Pareto, Michels: notables han sido los pensadores estudiosos del fenómeno de las élites a lo interno de las sociedades. Soy consciente de que el término no está libre de polémicas. Lo menos que pudiéramos decir es que nos llega al siglo XX envuelto en un cierto maquiavelismo del que tampoco creo que haya que renegar. Históricamente, han sido las élites el grupo social capaz de asomarse y mirar más lejos, allá a donde la vista de la generalidad jamás alcanzó. Venezuela es producto de sus élites.

Nada de popular tuvo la reunión de criollos que, con Bolívar a la cabeza, impulsó desde la Sociedad Patriótica de Caracas la idea de fundar la república en Venezuela sobre las ruinas de trescientos años de monarquía católica. La generación de los próceres de la Independencia, la de los promotores del ensayo de república comercial intentado por el general Paéz y su entorno, Guzmán Blanco y sus liberales «amarillos», los gabinetes gomeros, lopecistas, medinistas, perezjimenistas y en no menos medida los de la democracia, fueron integrados con los mejores de una élite ductora con clara idea de lo que había que hacer. Santos Michelena, lo mismo que Román Cárde-

nas, Gumersindo Torres, Adriani o Tejera, cada uno en su particular tiempo, eran parte de una élite de atributos superiores a la del resto del país. Yo reivindico esa idea, por polémica que resulte.

Los ejércitos tienen sus unidades de élite, los cuerpos estudiantiles su *dean list*. En todo quehacer ha habido y habrá unos con desempeño superior a los demás. Rómulo Betancourt lo sabía. Por eso designa como su ministro de Sanidad a un doctor de Johns Hopkins que incluso alguna vez fue tenido como cercano al medinismo. De Gabaldón alguna vez Betancourt dijo que era «el mejor sanitarista del mundo».

Venezuela necesita volver a ver florecer una gran élite sanitaria. Quiso y pudo tenerla tras el inmenso esfuerzo que en los años setenta se hizo desde Fundayacucho y desde los consejos de desarrollo científico y humanístico de nuestras universidades autónomas. Tuve maestros doctorados en Oxford, en Stanford, en Michigan y en Harvard y hasta en la Sapienza, frecuentemente patrocinados por una política educativa orientada a crear precisamente eso, una gran élite médica. Pero tales esfuerzos se disiparán tras la crisis de 1983 hasta quedar revertido definitivamente en tiempos de la revolución: ahora Venezuela exporta a sus élites, las exilia, al punto de haber ido constatando cómo posiciones clave en la sanidad venezolana, otrora ocupadas por técnicos de clase mundial, hoy están en cabeza de algunos de los menos aventajados estudiantes de nuestras facultades de Medicina.

En 1936, la élite médica venezolana afincada en París y sus grandes hospitales académicos lo vio claro: «nuestro deber está allá, volvamos a Venezuela». Hoy, por el contrario, duele ver al graduado con honores fotografiándose los pies sobre el mosaico de Cruz Diez en el aeropuerto tras haber obtenido «visa para no volver». El retorno y continuidad de sus élites médicas y sanitarias ha de ser abordado en la Venezuela por venir como lo que es: un problema de Estado. La forja de una nueva sanidad pública venezolana ha de ser la resulta del esfuerzo de sus élites y no de la mayor o menor fortuna de quienes, en no pocos casos, solo pueden exhibir como palmarés el haber sobrevivido *in extremis* al reglamento universitario de repitientes.

HISTORIA MAGISTRA VITAE EST [122]

La académica británica Mary Beard, en su discurso de aceptación del Premio Princesa de Asturias a las Ciencias Sociales 2016, destacaba que el «no ser capaces de pensar de forma histórica hace que seamos ciudadanos empobrecidos». Fastidia a ratos el debate sanitario en Venezuela. Infecundo, tedioso. Tal es el empedernido culto que en dicho debate se rinde a lo establecido, a los «grandes nombres» –desde Lord Beveridge, cuya pretendida grandeza habría que procurar fundamentar un poco mejor–, hasta los teóricos de más reciente cuño. Referentes por lo general ubicables en el colorido espectro de las izquierdas cuando no en el de los numerosos «cultos» gerenciales de los años ochenta, que incluye desde la técnica gerencial japonesa y la toyotización hasta el *just in time*, pasando por la llamada «reingeniería de procesos» y un largo etcétera de pretendidas teorías postaylorianas.

De todo eso se habló por doquier en cuanto programa de posgrado en administración sanitaria, simposio o congreso se convocó en Venezuela. Pero muy excepcionalmente se habló aquí de nuestra sanidad en clave histórica. Quizás por ello nuestro debate sanitario siempre fue tan pobre. Nuestra adhesión casi ciega al modelo sanitario hiperestatista y de carácter centralizado no obedece a ninguna falencia cognitiva propia, sino a que está inscrito como paradigma central en nuestro discurso sanitario primigenio. La idea sanitaria en

Venezuela es borbónica, no nació con la república. Como explicamos en alguna otra parte, fueron los llamados «déspotas ilustrados» los primeros en materializar la idea del Estado que cura. Y lo hicieron proponiendo una estructura marcadamente vertical, si bien dejando un amplio espacio para la autonomía local en manos de las juntas de sanidad y de vacuna. Un siglo más tarde serían los hombres del posgomecismo los artífices de la sanidad moderna. ¿Acaso era razonable esperar un diseño organizacional amplio y democrático?

Desatadas las recurrentes crisis de la atención médica desde mediados de los años setenta, no faltó quien pretendiera darles respuestas con modelos tan variados como el de las ISAPRES chilenas, las EPS colombianas o los HMO norteamericanos, desentendiéndose sin remilgos de más de dos siglos y medio de historia sanitaria venezolana. Los resultados están a la vista: nuestro sistema sanitario está entre los más paupérrimos del mundo y nada de aquello funcionó.

Tres datos nos aporta el estudio de nuestra historia sanitaria: primero, el del rol del Estado, gústenos o no. La cultura política y social venezolana tiene en el Estado al garante último en cuanto a la atención de las necesidades en materia médico-asistencial de los ciudadanos; segundo: lo loco-regional como ámbito para el discernimiento de necesidades sanitarias y para la administración de las mismas. No olvidemos que nuestras legislaciones sanitarias más antiguas se dictaron en las antiguas diputaciones provinciales –pienso en las de Táchira, Portuguesa y Margarita, por citar tan solo unas pocas–. Y por último, lo privado como iniciativa fundamental.

No casualmente el ejercicio de las profesiones sanitarias en Venezuela siempre ha tenido en la práctica liberal un valor central, por lo que se entiende por qué la figura del médico-funcionario haya sido siempre tan resistida. Sea propicio en adelante invocar, al menos por esta vez, al poderoso magisterio de la historia.

LAS PERAS DEL OLMO

Los llamados «niveles de atención médica» de la sanidad venezolana son como el mítico ídolo de pies de barro de las visiones del profeta Daniel. Inmenso y pesado, el sistema apenas se sostiene sobre los débiles soportes de un nivel primario de atención. Más de cuatro mil establecimientos a todo lo largo y ancho del país, los más desportillados y mal equipados, conforman una precaria red de atención a la que, paradójicamente, le apostamos el sostenimiento del sistema sanitario, aspirando a que opere como su puerta de entrada. La certeza de saber que la epidemia de difteria inicialmente declarada en Guayana está ya en Caracas da cuenta de la absoluta ingenuidad de tal precisión.

El nivel primario de atención médica ha sido y es el «pariente pobre» de la sanidad venezolana. Pese a su importante cometido, a él han sido dedicados los menos de los recursos. Ni el más brillante de una promoción médica, ni la docencia o la investigación universitarias han visto jamás en el nivel primario de atención un campo propicio para insertarse y desarrollarse profesionalmente. Como hijos del Apolo médico, todos aspiramos a ascender por las escalinatas que llevan a su templo, el gran hospital. Al ambulatorio rural o urbano fue el médico que nunca hizo especialidad. Pocos fueron los grandes arquitectos que se dignaron a diseñar ambulatorios: todos querían dejar su impronta, como Stelling y Tani en el diseño del edificio del Centro Médico de Caracas (1941) o como Villanueva en el del Hospital Universitario (1956), en un gran hospital.

Así las cosas, cualquier cuadrilátero con techo de zinc se creyó suficiente para albergar a la base misma de la pirámide asistencial[123]. Toda mi generación médica vio cómo se nos colocaba apenas a días de graduados al frente de establecimientos primarios –las todavía llamadas «medicaturas»– sin más experiencia que la adquirida en

las salas docentes donde nos formamos y sin más guiatura y apoyo que la de algún par quizás egresado de una promoción médica anterior. Resultados a la vista: una investigación nuestra basada en la región centro-norte de Caracas, encontró que, de cada tres potenciales usuarios de la red ambulatoria local, uno desconocía la ubicación, el otro preferiría un proveedor distinto –público o privado– y el último, categóricamente, ¡jamás buscaría asistencia médica en ella! ¿Puede acaso una oferta de servicios de atención médica así estructurada aspirar a cubrir seriamente las expectativas del ciudadano? ¿Pueden establecimientos sin capacidad diagnóstica y terapéutica y sin personal específicamente entrenado servir de manera efectiva como puerta de entrada al sistema?

Los ideólogos de Barrio Adentro acertaron en su diagnóstico al respecto, pero la alternativa ofrecida resultó en la peor estafa sanitaria de la historia venezolana. Solo la creación de incentivos de mercado en función de una superior valoración del nivel primario de atención y sus potencialidades revertirá el actual estado de cosas. Hacer de la posición en un ambulatorio tan o más atractiva que la de un hospital o incluso que la de un establecimiento privado, elevar el nivel y grado académico de quienes han optado por hacer carrera allí, equiparlos a tope, dotarlos de plantas físicas diseñadas *ad hoc* y de tecnología, hacer de ellos el verdadero «portero» (*goalkeeper*) del sistema. He allí la clave para una política de Estado distinta para un país quebrado que construyó su último hospital general en Caracas hace treinta años. Cualquier otra cosa es seguir pidiendo peras al olmo.

QUO VADIS

La escena cotidiana de decenas de personas agolpadas a las puertas de la emergencia de un desportillado hospital público venezolano o consultando por causas menores a servicios hospitalarios de alto nivel es expresión de que al sistema de atención médica en Venezuela no se entra: se le asalta. Lo hemos visto en salas y pasillos de nuestros hospitales públicos, donde los usuarios nos abordan para consultarnos sobre los resultados de su última glicemia capilar, el sustituto de algún inconseguible antihipertensivo o el hallazgo reportado en un estudio imagenológico.

El usuario venezolano de servicios médico-asistenciales públicos –y privados– ha hecho suya la idea de que el proveedor por excelencia de los cuidados que necesita es el hospital. Razones no le faltan, como ya hemos visto. Pero ante la imposibilidad de duplicar su actual oferta hospitalaria, a la económicamente devastada Venezuela no le queda otra opción como no sea la de gerenciar la demanda de los servicios que ofrece, dando acceso al hospital solo a aquellos casos en los que los niveles más básicos del sistema se vean superados en su capacidad diagnóstica y resolutiva.

En ningún país del mundo un individuo básicamente sano aquejado por una cefalea, un cuadro gripal o tras haber sufrido un trauma menor se presenta a un hospital de nivel IV exigiendo ser atendido. Las consultas externas de esos mismos hospitales no tendrían por qué desgastar a su personal en una penosa labor de triaje destinada a valorar la pertinencia de la consulta a ese nivel de un paciente que vino sin un mínimo del proceso diagnóstico previo cumplido que justifique la referencia de su caso al hospital.

Irresponsablemente, cada vez que se ha tratado de introducir alguna pauta de racionalidad en cuanto al acceso a los servicios hospitalarios no han faltado quienes aleguen –medios de comunicación, opinadores políticos, medios judiciales, etc.– que, al así proceder, se está «denegando el derecho a la salud» del usuario. Las consecuencias de tal ligereza en la comprensión del problema las cuenta el personal de urgencias de un hospital venezolano cada día al caer de la tarde, con la guardia nocturna que inicia con todo el *stock* de

insumos y medicamentos consumido tras un largo día en el que la emergencia de hospital no fue más que un gran ambulatorio primario al servicio de usuarios a los que el sistema no debió haber dejado llegar hasta allí.

¿Falencia del usuario? Sería una ligereza asegurar tal cosa, pues la falencia es del sistema todo y de sus endebles pies de barro ¿A dónde va cada usuario que se mueve por el sistema de atención médica? ¿Quién y por qué lo ven, qué consume? No saberlo es asumir desde ya que dicho sistema sea sencillamente inadministrable.

LA SALUD MUNICIPAL

Históricamente, en Venezuela la dispensación de aquellos servicios de atención médica más cercanos a la población estuvo a cargo de los municipios. Como lo señaláramos en alguna otra parte, de las grandes instituciones médico-sanitarias que la ilustración borbónica implantó en Venezuela –el Protomedicato, las juntas sanitarias y la Cátedra Prima de Medicina, entre ellas– es la del «médico de ciudad» la que mejor recogiera aquella voluntad de Estado que privilegiaba el acceso más o menos expedito de la persona médicamente necesitada a un mínimo de cuidados provistos por un médico pagado con fondos del cabildo[124]. Mucho antes, en la Roma de Adriano, la figura del médico a cargo del erario público para la atención del ciudadano enfermo llegó a ser toda una institución. De vuelta a la historia más reciente de nuestro país, el involucramiento de las municipalidades incluso en el manejo y control de graves situaciones de carácter sanitario, como el de la epidemia de 1918 sería clave. ¿Qué duda cabe acerca del papel que deben jugar a futuro las municipalidades en lo relativo al primer nivel de atención?

Lo postulamos de manera clara: el nivel primario de atención médica en la Venezuela por venir debe municipalizarse. Ningún ámbito debe resultarle más propicio para su desarrollo que el local. En el caso de las grandes áreas metropolitanas, el nivel idóneo de adscripción debería ser el parroquial. Sorprende constatar el bajo desarrollo de los sistemas municipales de atención médica, generalmente limitados a las grandes ciudades cuyas alcaldías los sostienen con cargo a presupuestos en los que la tributación interna pesa mucho. Por el contrario, aquellas otras en las que el presupuesto depende casi en su totalidad de transferencias vía situado constitucional, las autoridades municipales siempre optan por dejar la competencia sanitaria en manos del nivel nacional, es decir, del ministerio del ramo.

Tan acomodaticia política da cuenta de los penosos desbalances que observamos en el primer nivel de atención en Venezuela: por un lado, municipios ricos que despliegan dispendiosas redes de servicio casi con exclusividad para sus vecinos al lado de otros, los más, incapaces de sostener programas tan básicos como el de control vectores o la gestión de los programas de inmunización. El nivel ministerial (nacional) está muy lejano al día a día de los consultorios comunitarios, no así la mirada directa de las cámaras municipales y de los alcaldes. Con frecuencia vemos a alcaldes actuar como presidentuelos, con notable alarde de símbolos de poder y estatus, floridas burocracias, etc., etc. ¿Es demasiado pedir que tomen a su cargo la administración de al menos un ambulatorio municipal que funcione 24 horas los siete días de la semana? El impacto positivo que ello tendría en la Venezuela profunda sería inmenso.

MEDICINA PARA POBRES, POBRE MEDICINA

Nada más precario y triste que un consultorio de atención primaria en Venezuela, sobre todo en la provincia. Mobiliario desportillado, inadecuado para el uso para el cual está destinado, frecuentemen-

te de mala calidad; instrumental pobre, escaso y malfuncionante, acceso difícil a apoyo de laboratorio e imagenológico, sin especialistas e incluso sin una elemental línea telefónica de la cual echar mano para gestionar la derivación de un caso o para solicitar el apoyo de una ambulancia. Tal es la imagen típica de un ambulatorio de nivel I en Venezuela, sobre cuya pobre estructura el Estado venezolano ha pretendido apoyar la que está llamada a ser la estrategia fundamental de su política sanitaria.

Siendo así, es fácil entender el secular fracaso de nuestra atención primaria. Para el mundo del planificador burocrático, tal visión puede que resulte inexacta o tendenciosa. Pero para el planificador estratégico en posesión de datos empíricos rigurosos la conclusión de seguro que será otra muy distinta. Porque pensar procesos complejos «de arriba hacia abajo» –la típica manera de la sanidad venezolana de los últimos tiempos– es muy distinto a hacerlo por la vía contraria, «de abajo hacia arriba». Cuando la realidad del nivel primario es examinada «de abajo hacia arriba», las causas de su fracaso se hacen más evidentes. Una de ellas, quizás la central, es precisamente esa: la ausencia de recursos y de respaldos técnicos mínimos. La demanda no se detiene ante una oferta que percibe por debajo de sus expectativas. De allí que estemos acostumbrados a ver ambulatorios urbanos de nivel I y II vacíos y, simultáneamente, salas de urgencia colapsadas, sin recursos y con su personal exhausto.

La OPS/PAHO, en su Manual de Acreditación de 1993, hacía explícita la dotación mínima razonablemente exigible a un ambulatorio rural o urbano básico[125]. Poco hay por inventar en ello; lo que queda es supervisar y garantizar que la misma exista y se mantenga. ¿Tarea esta que debemos dejar a cargo de una megaestructura ministerial? La experiencia ya nos ha demostrado *ad nauseam* que es la mejor manera de que dicho estándar no se alcance ni se mantenga. ¿Acaso es esperable que por ello mejor velen los gobiernos municipales y sus respectivas dependencias sanitarias? Nuestra experiencia indica que es así.

La decisión aquí, antes que técnica, es política. Es superar el concepto de la «medicina de mínimos» en el nivel primario para instalarnos en otro, orientado a la excelencia y capaz de ganarse un lugar en las preferencias del usuario. Es cosa de dejar atrás el lamentable paradigma de la «medicina para pobres», que al final no termina sino siendo una pobre medicina.

EN EL ASIENTO DE ATRÁS DE UN VOLKSWAGEN AZUL

La escena es cotidiana en cualquier ciudad de Venezuela: la de alguien que arriba a la emergencia de un hospital público o privado en el asiento de atrás de un taxi o vehiculo particular, sin más asistencia que la del buen samaritano que lo acompaña. Sea que se trate de una parturienta, de un politraumatizado o de un enfermo agudo inestable, el patetismo de tales imágenes aún me conmueve pese a mis más de veinte años de servicio en esas áreas. De manera que no deben esperarse los típicos soportes hemodinámicos, ventilatorios, de control de dolor o de estabilización de fracturas que se contemplan en los conocidos manuales de medicina prehospitalaria: los desesperados «capotazos» con la floreada toalla de casa en un intento por proveer de aire a quien acusa una disnea intensa o algunos dramáticos puñetazos sobre el pecho de quien está en parada cardiorrespiratoria serán los ritos que los dolientes de la infortunada víctima llevan a cabo antes de asistir a la indefectible muerte de su ser querido[126].

El problema de la atención médica prehospitalaria en Caracas y las ciudades venezolanas en general es inocultable. Como mucho, un

alcalde municipal o gobernador de estado entiende que ha de contar con una ambulancia para traslados, aunque no pueda ponerla bajo el mando de un organismo especializado en administración de este tipo de contigencia. La ambulancia, que mucho más que un vehículo es un dispositivo de evacuación médica, termina sirviendo ¡hasta de vehículo administrativo! Ni hablar de estándares, controles y aun de legislaciones a las que su operación deba someterse: no existen. El SAMUR madrileño, el 911 de las ciudades norteamericanas. Reunir los esfuerzos y experiencias locales venezolanas de los últimos años –existieron en su día y lograron altos estándares de calidad en Miranda, en Bolívar, en Carabobo– en una legislación nacional marco que promueva la organización estadal y municipal de servicios similares. No veo otro modo de revertir el terrible drama de seguir viendo morir venezolanos, como dice la canción del gran Joaquín Sabina, «en el asiento de atrás de un Volkswagen azul…».

UN SILO DE FECUNDA SEMILLA

De la fascinación por las modas gerenciales no escaparon los organismos internacionales de salud –OPS/PAHO, OMS/WHO, entre ellos– a los que, al fin y al cabo, poco les cuesta pensar a un país entero y sus dramas desde alguna cómoda oficina en Washington o Ginebra. Su imperturbable frialdad al referirse a los dramas que aquí nos arrancan lágrimas nos es bien conocida. Hace muchos años, en medio de una de esas furias conceptuales que de cuando en vez les asalta, nos vinieron con el discurso de los llamados Sistemas Locales de Salud –SILOS, por sus siglas. Resolución adoptada en la 33 Reunión del Consejo Directivo de OPS/PAHO en septiembre de 1988, la tesis de los SILOS aspiraba a concentrar recursos y esfuerzos de las administraciones sanitarias en Latinoamérica en poblaciones asentadas en ámbitos territoriales específicos –municipios, distritos– integrando localmente redes de servicio y programas con la mira puesta en la finalmente inalcanzada meta de la «Salud para todos en el 2000». Recuerdo que estaba yo apenas recién graduado y era ministro de Sanidad un muy querido maestro, el notable cirujano y anatomista profesor doctor Francisco Montbrún.

Alguno que otro esfuerzo se hizo en tal sentido. En 1989 vino el gobierno de Carlos Andrés Pérez, a quien le estalló en las manos la inexorable crisis ya previsible desde 1983. Dos sucesivos levantamientos militares y la destitución del presidente por resolución del Congreso dieron al traste, entre muchas cosas, con alguna posibilidad de repensar y replantear la organización sanitaria en Venezuela. Lo demás es historia. Pero el médico recién graduado destacado en Río Chico que fui por aquel entonces nunca dejó de paladear la intuición básica tras la idea de los SILOS. ¿Por qué un barloventeño diabético tenía que viajar a Caracas para ajustar sus dosis de insulina? ¿Por qué un embarazo controlado en El Guapo o Higuerote tenía que ser trasladado, con frecuencia en condiciones inseguras y penosas, a Caracas al iniciarse el trabajo de parto? ¿Qué impedía concentrar en la zona recursos razonables para la atención de la morbilidad más frecuente?

La situación no ha variado mucho con los años: en 2012, un agricultor guariqueño me comentaba lo insensato que era esperar que él invirtiera en tractores una cantidad superior al valor de mi vivienda en Caracas y cuando algún operario sufría un accidente de trabajo había que sacarlo en volandas por lo menos hasta Maracay en procura de asistencia médica. «¿Cómo quieren que produzcamos arroz para darles de comer a ustedes en Caracas cuando aquí no hay nada con qué aliviar a un enfermo?». El argumento no tenía desperdicio. Disponer de redes locales razonablemente suficientes para la aten-

ción de las demandas de salud más comunes en un nivel a la altura de lo que la Venezuela productiva requiere es política y moralmente mandatorio.

Con esa idea en mente construimos la red mirandina en Barlovento años después. Más del 90 % de la casuística que ven es diagnosticada, seguida y tratada *in situ*. El pequeño «silo» barloventeño integró especialidades médicas, tecnología de imágenes, laboratorio y atención de urgencias y emergencias a la tradicional red primaria local mientras los llamados expertos de OPS/PAHO dan vueltas por el Dupont Circle. Creemos que aquella experiencia barloventeña es perfectamente replicable en cualquier región de Venezuela. Más allá de modas gerenciales y de tediosas consultorías, ¿por qué no estudiar aquella experiencia concreta en sus aciertos, sus falencias y sus posibilidades? Barlovento: un SILO capaz de dar fecundas semillas…

LA INFAUSTA CULTURA DEL «OPERATIVO»

Si alguna práctica organizacional en materia sanitaria ha sido prolífica en Venezuela ha sido la de los llamados «operativos». El gerente a cargo no necesita para ello hacer gala de una reflexión a fin de problematizar su situación y abordarla con orden y concierto: solo requiere disponer de unos determinados recursos técnicos y humanos un fin de semana o temporada cualquiera y será suficiente. No necesita ser consistente ni hacer alarde de grandes consideraciones estratégicas: apenas le bastará sacar a la calle equipos de vacunadores, de asperjadores de insecticida o de médicos y enfermeras bajo un toldo, casi invariablemente identificados con la típica franela o gorra con el anagrama de la entidad a cargo, para así ganar ratificaciones en un cargo público o votos en una elección.

Porque el «operativo» llama a la prensa; en cambio, la administración planificada de un programa permanente de salud pública o de una estructura dispensadora de servicios médicos no, salvo que la evidencia de su deterioro sea inocultable. En ese caso, bueno será oponer a dicho deterioro, ya no un plan con objetivos mensurables bajo un cronograma y unos presupuestos dados, sino eso: un «operativo». Con ello, la gerencia gana cobertura de prensa y baja la presión de demanda del público.

De «operativos de salud» está llena la crónica de los años más recientes de nuestra sanidad pública. Pero la demostración palmaria de la debilidad como pretendida respuesta ante los grandes problemas de la sanidad pública venezolana está a la vista de todos: la difteria está hoy a las puertas de Caracas, el anófeles no pasará del este de Vargas no por mérito nuestro, sino porque el anofelino no gusta –por ahora– de cotas superiores a los mil metros. ¡Cuánto «operativo» de vacunación no vimos organizar por ahí para tener ahora que contar muertos a causa de la infección por *Corynebacterium*, veinticinco años después de su supuesta erradicación! ¡A cuánto alcalde o concejal nos topamos con termonebulizadores en la mano, en pretendidas fumigaciones que jamás lograron controlar nuestro índice aédico –superior al 25 %–, el más alto de Iberoamérica!

Recursos dilapidados en acciones técnicamente débiles sin orden ni concierto y, como contrapartida, endemoepidemias que nos avergüenzan como gentilicio. Fue todo lo que nos dejó la infausta cultura del «operativo de salud» en Venezuela.

LA HISTORIA MÉDICA ELECTRÓNICA

Las fatalidades por difteria reportadas en el estado Bolívar en octubre de 2016 databan de abril de ese mismo año, solo que no se

supo de ellas sino cinco meses más tarde. Alguien de seguro vio a esos pobres enfermos, los diagnosticó de algún modo y les prescribió tratamiento. Suponemos también que algún seguimiento tuvieron. Pero todo ello no son más que supuestos, datos recogidos en algún momento por alguien pero que, al no ser integrados en una matriz específica que permitiera organizarlos y analizarlos, no pasaron de ser sino eso: datos, nunca información útil para la toma de decisiones.

Una noche de marzo de 2009 recibí una llamada que jamás olvidaré: en nuestro estado acabábamos de confirmar el primer diagnóstico nacional de gripe AH1N1. El «caso cero» de la epidemia venezolana era nuestro. Cuánto tiempo había pasado desde el inicio de síntomas o cuántos posibles contactos tuvo el enfermo antes de ser reconocido son cosas que jamás supimos. Recordé una conversación sostenida con el epidemiólogo municipal de Taipei, un simpático colega chino taiwanés nacido y educado en Panamá: «mira, mi hermano, te voy a decir algo que hablamos mucho aquí nosotros y la gente de la *Mainland* cuando trabajamos juntos el brote de SARS: la próxima gran epidemia de gripe que verá el mundo no reventará en la zona del Mar Amarillo»[127]. El colega chino-panameño estuvo en lo cierto: pocos días antes, el «caso cero» de la pandemia de gripe AH1N1 había sido identificado en México. Pero los mexicanos no dependieron de una bondadosa llamada telefónica para saber que el pronóstico de los chinos se había cumplido, ya que sus sistemas de vigilancia epidemiológica ya habían advertido que «algo» pasaba.

Desde 2010, los mexicanos han dado grandes pasos hacia una de las reformas sanitarias más inclusivas y enfocada a resultados que se hayan visto en el mundo en décadas. Y no casualmente una de sus estrategias fundamentales ha sido la de la implantación de un expediente (historia) de tipo electrónico[128]. Un instrumento de tecnología que hace posible, entre otros beneficios, disponer de información relevante en tiempo real para la toma de decisiones oportunas, tanto en el ámbito de la medicina individual como en el de la salud pública. Esfuerzos se han hecho y se hacen en tal sentido, pero aún estamos lejos. Muy lejos.

LA CONCESIÓN DE SERVICIOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Lo digo «por la calle del medio»: no, no es verdad que las grandes fortalezas en materia médico-asistencial estén en manos del Estado como antes. Es cierto que el Estado venezolano es el principal propietario de los activos sanitarios del país (más del 80 % de las camas hospitalarias), pero ni aún tal posición, prácticamente monopólica, lo hace hoy más fuerte: hoy por hoy, son más las cosas que no se hacen que las que se hacen en un hospital público. La reciente encuesta de hospitales de la Red de Médicos por la Salud dio cuenta de que más de un 80 % de los equipos de radiología convencional y más del 90 % de los de tomografía estaban en condiciones no operativas[129]. El apoyo técnico *in situ* que tecnologías de ese tipo hoy demandan no puede ser provisto por un hospital público venezolano promedio, en cuya nómina de mantenimiento habrá, en el mejor de los casos, plomeros y electricistas. Seamos sinceros de una vez por todas: el sector público de la salud en Venezuela perdió, hace años, la carrera de la tecnología médica.

Ante esa realidad tenemos dos opciones: insistir tercamente, una y otra vez, en instalar tecnologías de alta complejidad y costo en hospitales que no pueden operarlas o, mejor que eso, concesionamos tales servicios a operadores privados probadamente competentes cuyo valor agregado sea pagado con dinero público. Así de sencillo. Desde luego que estoy preparado para responder a los ataques

que desde la conocida cultura de izquierdas venezolana se me harán: que si se trata de una privatización, que si se trata de introducir incentivos basados en el lucro en establecimientos propiedad del Estado, etc., etc. Sostengo que no se trata de hacer del sufrido usuario el pagador último de esos servicios, papel que –y he de insistir más y más en ello en adelante– corresponde al Estado. Se trata de que el Estado apele al mercado a fin materializar, en beneficio del ciudadano usuario, una prestación que él mismo no puede por sí solo dispensar.

Así lo hicimos en Miranda, en Higuerote, donde pusimos en funcionamiento un servicio concesionado que opera bajo dicho concepto. Paradójicamente, ¡era más accesible una tomografía computada en Barlovento que en el mismísimo Hospital Universitario de Caracas, donde con frecuencia el paciente debe salir del recinto y sufragar a sus expensas la tomografía o resonancia magnética que necesite! ¿Qué nos impide hacer lo propio en servicios tan diversos como las imágenes médicas, el laboratorio clínico y algunos otros de apoyo técnico, como mantenimiento menor, limpieza y lavandería? ¿O es que hay argumentos para seguir creyendo en la omnipotencia del Estado en Venezuela, para el cual cambiar un bombillo fundido parece ser toda una proeza tecnológica?

FINANCIAR AL ENFERMO, NO AL HOSPITAL

En la misma línea argumentativa anterior, cabe preguntarse: ¿por qué derivar fondos públicos al mantenimiento y operación de servicios mediocres cuando no inoperativos? ¿Por qué no mejor aplicar dichos fondos en la cobertura de los gastos médicos en los que pudiera incurrir el ciudadano en situación de enfermedad siendo que el Estado es el garante del derecho a la asistencia médica de sus ciudadanos, según lo establece la Constitución en sus artículos 83 y 84?

El carácter público de un bien o servicio no lo define la naturaleza de su financiación. Un bien o servicio público lo es en tanto que su consumo no introduzca la rivalidad entre quienes lo demandan, de modo que el consumo que del mismo haga una persona no va en detrimento del que haga otra. Ejemplos típicos son el alumbrado eléctrico y los servicios de seguridad pública. En el otro extremo se sitúan aquellos en los que el consumo de unos ha de afectar necesariamente el de otros, por lo que surge la rivalidad entre sus demandantes. Los servicios de atención médica especializada entran en esta categoría, sea que lo queramos admitir o no. En Venezuela, 450 mil personas figuran en listas de espera para ser intervenidas quirúrgicamente por distintas causas. Dar curso a la intervención quirúrgica de unos supondrá, forzosamente, el diferimiento de la de otros. ¿Por qué no comprar con dinero público tan necesario servicio a un privado competente para que lo dispense al ciudadano en necesidad? Está idea va dirigida especialmente a la demanda de aquellas prestaciones de alta complejidad y costo –por ejemplo, cirugía cardiovascular, cuidados intensivos, radioterapia oncológica, entre otros– que el Estado provee si acaso con gran dificultad y cuya oferta bien podría ser asumida por proveedores nacionales privados de clase mundial. Y que el dinero público fluya detrás de un enfermo venezolano atendido por manos expertas. ¿Por qué no?

LA ACREDITACIÓN PROFESIONAL: ¿QUIÉN LE TEME?

Iguales ante la ley, pero no por la ley. Hacer a las personas iguales por la vía de mandatos revestidos en formato de ley acaso sea uno de los absurdos más característicos de los socialismos. No otra cosa pretendió la reforma a la Ley de Ejercicio de la Medicina de 2011 en

su artículo tercero, que hizo del título de MIC prácticamente equivalente al de Doctor en Ciencias Médicas[130].

Durante mi pasantía por hospitales israelíes en 1992 y 1993, cuando a aquel país arribaron oleadas de inmigrantes arrojados por los arruinados países de la Europa oriental luego de la defenestración de los regímenes tras la Cortina de Hierro, asistí al drama humano de quienes alegaban ser judíos y, en tanto que tales, hacían la *aliha* reclamando la ciudadanía israelí. Venían de Rusia, de Bulgaria, de Polonia y de los países del Báltico portando diplomas de extrañas universidades que los acreditaban como médicos. ¿Cómo equipararlos con un egresado de la TAU, la Universidad Hebrea o el Technion de Haifa, tres de las mejores escuelas médicas de Israel y quizás del mundo?[131] Algo parecido debió haber vivido el Chile democrático cuando en 2008 se dictó la Ley Nº 20.261 que implantó el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina, EUNACOM por sus siglas. Con nacionales chilenos de regreso tras años de diáspora, exhibiendo títulos de médico emitidos en cada esquina del mundo –¡cuántos en Venezuela!– era natural proponer un medio transparente y objetivo de determinación de la idoneidad de sus portadores para ejercer la Medicina[132]. Y sea que guste o no, el EUNACOM lo proporcionó.

La opinión académica venezolana ya se ha hecho una apreciación bastante clara respecto a los llamados MIC formados en el sistema alternativo de educación médica provisto por la llamada Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) y la Universidad Bolivariana (UBV). Remito al interesado a la lectura del documento que al respecto emitió el Vicerrectorado Académico de la UCV en octubre de 2011. Que los MIC se titulan con notables falencias formativas parece cierto. Pero antes de que se tome tal hecho como elemento para construir nuevas banderas políticas, propongo hacer lo que los chilenos: vamos a medirnos en examen nacional de conocimientos. Todos: ya seamos egresados de las universidades autónomas, las experimentales o del programa de formación de MIC. Todos, sin excepción. En Venezuela, el examen de conocimientos y de credenciales para el ejercicio médico forma parte de una antigua tradición, además de ser un imperativo deontológico ampliamente aceptado. ¿Quién puede negarse a ser sometido a examen? Iguales ante la ley. Es la única igualdad que encuentro moralmente aceptable.

RECUERDOS DEL PROFESOR WEINBERGER

Doctor Michael Weinberger. Así se llamaba el profesor de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Ben-Gurión que nos recibiera en el ambulatorio a su cargo, situado en pleno desierto del Negúev, en Israel. Un lugar duro al tiempo que cargado de mística en cuyo centro se levantaba aquel espléndido ambulatorio especializado en dispensar servicios médicos a la población de tan agreste zona, limítrofe con un país todavía oficialmente en guerra contra el Estado de Israel y en la cual no era raro encontrar al nómada beduino. De allí la frecuente presencia de camélidos en su «estacionamiento»[133]. Un sitio complejo, lo mismo en lo epidemiológico que en lo social y hasta en lo geopolítico. Hasta allá llegó aquel *scholar* médico formado en universidades inglesas, como era de esperarse, muy influido por la muy británica institución del «GP» o «general practitioner». Hombre extraordinariamente culto y religioso –hacía la consulta con su *kippá* puesto– el profesor Weinberger era un absoluto convencido de la necesidad de concentrar talento y recursos médicos allí, en el establecimiento ambulatorio más básico. «Es aquí donde se hace la diferencia, no en el gran hospital». Uno de los argumentos que encuentro para explicar el fracaso secular de

nuestra atención primaria estriba en el poco prestigio del que goza la medicina ambulatoria de nivel primario en la sociedad en general y la comunidad médica en particular. Los «mejores» han de ser destinados a grandes hospitales de especialidad, jamás a «desperdiciar» su capacidad y talentos en un ambulatorio de barrio. Allí están las consecuencias: ¡hasta la difteria está hoy a las puertas de Caracas! ¡El vacío histórico en el que el estamento médico nacional dejó al ambulatorio primario proporcionó la «ventana de oportunidad» que el castro-comunismo buscó por más de treinta años para penetrar política e ideológicamente a Venezuela, como no pudieron hacerlo los invasores de Machurucuto encabezados por Ochoa, el narcotraficante cubano que alcanzó el grado de general y al que Castro mandó a fusilar.

La apreciación social y médica de la medicina «de barrio» cambiará en Venezuela el día en el que un especialista basado en un ambulatorio de nivel primario acceda a rangos académicos y a remuneraciones iguales o incluso superiores a las de sus colegas en los grandes hospitales; el día en que los «módulos» comunitarios se plenen, no con quienes busquen cumplir un requisito o con los últimos de la promoción, sino con aquellos que vengan a hacer carrera médica y académica en ellos. Como aquel amable profesor hebreo de modales londinenses al frente de su consulta diaria en medio del desierto bíblico del Néguev. En ello tendrá un peso determinante una verdadera política de Estado.

PASAR POR *GO*

¿Cuánto cuesta la atención médica dispensada en un ambulatorio? «Eso es gratis», de seguro dirá alguien. Nada menos cierto. El personal, los equipos e insumos empleados tienen un costo. Un costo que

«alguien» asume. Y ese «alguien» no es otro que el Estado. De allí que la muy frecuente práctica del «aquí estoy yo si no me han visto» se imponga por doquier. Un ciudadano que resida en Catia va a consultarse a Petare; otro de La Pastora, a Valencia. Sin una demanda definida a partir de la cual planificar el servicio se dispensa hasta que se agotan las posibilidades materiales de producirlo. Entonces el defraudado usuario, comprensiblemente molesto, sigue de largo y dice: «vamos más allá, a donde está el otro». El usuario entra, es servido –si es que hay cómo– y se retira «a la francesa», sin «pasar por *GO*» como en el viejo *Monopoly* de mi infancia. Y así sucesivamente. El resultado quedaría a la vista: una red ambulatoria desportillada, incapaz de sostener una cesta de servicios significativa para el usuario y cuyos costos de operación tratan de ser cubiertos con arreglo a un exiguo presupuesto público.

Cualquier otro servicio no operaría de esa manera. Ud. va a la tienda cercana a su casa, se provee de lo que necesita y paga por algún medio físico o electrónico, no sin que antes se le emita una factura con sus datos, etc., etc. El encargado de la tienda lo conoce a Ud. y a su clientela y con arreglo a tal conocimiento planifica sus compras, establece unas rutinas para recibir a sus proveedores, etc. El típico ambulatorio venezolano no, pues se le opera asumiendo que ha de estar abierto para todo el que «se aparezca» y sin más registro de sus actividades que el que queda en una inútil «hoja de morbilidad» contentiva de datos que probablemente nadie tenga en cuenta.

«Customizar» la operación de los establecimientos de atención médica ambulatoria en Venezuela es esencial para incrementar sus capacidades tanto diagnósticas como resolutivas. La política según la cual todo ambulatorio es una suerte de «pila de agua bendita» de la que todos pueden servirse conlleva al dispendio de recursos y a la ingobernabilidad de su operación, simplemente por el hecho de que el gerente a cargo no sabe ni puede saber a cuántos usuarios sir-

ve. La clave aquí es sencilla: los días y horas de consulta están preestablecidos y se cumplen a rajatabla, los recursos están dispuestos para los usuarios empadronados, el sistema de citas es accesible por vía telefónica o digital y el registro de prestaciones médicas que dispensan es preciso y está «en línea». Registro del cual ha de depender el aporte de recursos públicos a dicho ambulatorio, por cierto.

Una operación que, ni más ni menos, se asimila a la de la panadería de la esquina de mi casa, que pese a crisis y calamidades, en más de cuarenta años nunca –creo yo– ha arrojado pérdidas.

VENEZUELA EMPADRONADA

La apuesta a un incremento escalar de la oferta de servicios médicos –no había candidato en campaña que no ofreciera hospital o cuando menos un ambulatorio a sus electores– estuvo acicateada siempre por la vana convicción venezolana de que siempre contaríamos con recursos para sostenerla. En pleno desenfreno chavista nos tocó ver levantar consultorios octogonales de la Misión Barrio Adentro a escasos metros de algún ambulatorio local en funcionamiento. Con el barril a 120 dólares, el gasto público venezolano podía permitirse tales desmanes y aún más.

Debimos haber tenido conciencia del carácter cíclico de ese tipo de *boom* –ya había ocurrido en 1973– y manejar el flujo de caja con más recato. Nos tocó recibir a reconocidas «autoridades» en el campo académico-sanitario devenidas en aprovechaos «consultores» que terminaron avalando cosas así. Eran los primeros años de la década pasada: ¿quién le ponía objeciones a una «consultoría» de cien mil dólares? Pero como era previsible, la fiesta se acabó con el flujo de caja. Hoy, por lo menos el 60 % de los establecimientos de la red Barrio Adentro está cerrado o inoperativo. La oferta desordenadamente expandida no pudo ser sostenida. ¿Qué hacer ahora con la demanda dejada a su suerte?

Las consecuencias cotidianas de tal desbalance son palpables: baste ver las autopistas de acceso a Caracas al amanecer, surcadas por caravanas de enfermos sufrientes que tratan de llegar a los desportillados hospitales citadinos «a ver si agarran una cita». Vienen por sus medios, de oriente, del centro del país o desde más lejos, como mejor pueden, arrastrando dramas médicos y humanos que parecen calcados de una novela de John Steinbeck… Barlovento se plena de enfermos provenientes del oeste de Anzoátegui, el Tuy, de ciudadanos del sur de Aragua y Caracas, de los Altos Mirandinos. De la misma manera, Maracaibo recibe al occidente del país, Barquisimeto a centro-occidente, San Cristóbal al Alto Apure, y Maracay a los llanos centrales

¿Cómo planificar si no se tiene el dato básico de la población real a la que se ha de servir? ¿Cómo estimar recursos humanos, tecnológicos, instrumentales, financieros si no se sabe a cuántas personas potencialmente se ha de atender? ¿Acaso lo hace el sector asegurador privado? ¿Las sanidades europeas de alcance universal? En absoluto. Nadie propone una fracción sin un denominador preciso. La administración sanitaria bajo el principio del «entren que caben cien» ha conducido a la ruina de su escasa oferta de servicios al hacer inviable toda planificación. Vienen entonces las posturas «a la brava», como la de algunos municipios estecaraqueños que exigen al usuario demostrar su residencia en esa localidad. ¿Por qué no ordenar esto de manera transparente, útil? Lo hacen las municipalidades españolas, que exigen empadronarse a sus vecinos. Lo hacen sus gobiernos autonómicos, que tienen en la llamada «carta sanitaria» un apreciadísimo instrumento para el acceso garantizado a uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Ningún barcelonés o madrileño deja de empadronarse. Su tarjeta sanitaria le abre

las puertas del Clinic i Provincial, del Vall d´Hebrón, del 12 de Octubre o del Marañón, todos estos entre los mejores hospitales de Europa. Nadie llega a un hospital de ese nivel en Barcelona o Madrid «por la libre», sino acogido a un robusto sistema que procura agotar sus niveles más básicos antes de apelar al gran hospital. Hay incentivos para que el sistema funcione, pues en ello le va la supervivencia política a un consejero autonómico de sanidad.

En Venezuela, ¿acaso ha visto alguien peligrar políticamente a un secretario estadal de salud por causa de la dolorosa diáspora de sufrientes proveniente de su estado plenando salas de hospitales en estados ajenos? ¿Financian los estados Apure o Guárico al enfermo oriundo de esas jurisdicciones que consume recursos en Aragua? ¿Yaracuy a las parturientas que llegan en masa a Barquisimeto? ¿Anzoátegui a los que consultan en Río Chico e Higuerote? Preguntas que permanecerán sin respuesta y enfermos sin responsable concreto a menos que procedamos a un gran esfuerzo nacional por empadronar, a la manera europea, a nuestra población de usuarios.

EL SUBSIDIO AL MEDICAMENTO

Fue en un artículo en *El Universal* de Caracas en diciembre de 2013 cuando el economista venezolano Luis Oliveros se refirió al nuestro como SubsiZuela, el país de los subsidios[134]. Renta mediante, este país compró paz social durante muchos años apelando al poder de la creciente del petróleo, práctica esta que terminó haciendo del ejercicio del gobierno en Venezuela, como bien lo dijo Diego Bautista Urbaneja, «el arte de evitar que todo el mundo se pusiera bravo (enojado) el mismo día»[135].

Si hay dos subsidios económicamente onerosos y éticamente cuestionables son el de los combustibles y el de las divisas llamadas «preferenciales». El primero, beneficia a poco menos del 30 % de la población usuaria de vehículos particulares, más de la mitad de la cual se concentra en la Región Capital; el segundo, a los conocidos «raspacupos», que solo en 2011, a escasos meses de la brutal caída de los precios petroleros que nos abruma, gastaron únicamente en Estados Unidos, 2,8 millardos de dólares totalmente subsidiados. Repetimos: no hay razón económica ni ética para oponerse al subsidio que aquí proponemos, el subsidio al medicamento. Subsidio este que aliviaría la carga económica que supone la enfermedad en un país cuyos ciudadanos sufragan, de su propio bolsillo, el 65 % de todos los bienes y servicios de tipo sanitario que requieren[136].

Nuestra experiencia en Miranda con el programa «Mi Remedio» dio cuenta del notable impacto sanitario que tiene la dispensación de una cesta de medicamentos dirigidos sobre todo al tratamiento de las afecciones más prevalentes –diabetes sacarina, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y asma bronquial– cuya financiación directa por las economías familiares sería imposible. Una cesta muy bien pensada y seleccionada con la asesoría de la Facultad de Farmacia de la UCV llevó a manos de doscientos mil mirandinos especies farmacéuticas de alta calidad sin costo alguno para ellos. Dicha política no está reñida con la eventual introducción de un mecanismo de copago que morigere el consumo. Pero la idea esencial de cargar a la renta petrolera la mayor parte del costo de los medicamentos que necesitan los venezolanos no requiere de mayores justificativos en un país en el que llenar el tanque de gasolina de un vehículo rústico de cuarenta mil dólares llegó a costar menos que una gaseosa o en el que resultó perfectamente lícito tomar un avión a Aruba, Panamá, Lima o Quito tan solo para retirar algunos dólares de un cajero automático del aeropuerto y enseguida abordar un vuelo de retorno, cambiándolos en Caracas a tasa libre. Quedaban así holgadamente cubiertos los gastos del periplo además de

pingües ganancias, lo que hizo de tal práctica –el llamado «raspado de cupo»– una de las actividades económicas más lucrativas de entonces.

LA SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES SANITARIAS

En un verdadero «clásico» venezolano de estos tiempos se han convertido los frecuentes asaltos y actos vandálicos que acontecen en ambulatorios y hospitales. Recintos llenos de personas indefensas en tanto que enfermas y de inofensivos profesionales de la salud suelen ser con frecuencia blanco de acciones de ese tipo, llegando incluso a la agresión física. La razón es simple: en Venezuela, delinquir tiene costo cero. Nadie paga con cárcel por desvalijar un establecimiento sanitario o por infligir lesiones físicas a un médico o enfermera. Las administraciones sanitarias venezolanas de los últimos años han sido indulgentes cuando no promotoras en relación a este tipo de hechos. Los llamados «colectivos» han ocupado hospitales y otros centros de salud como sedes, para lo cual cuentan con la anuencia de directores y otros responsables de dichos servicios. Emblemáticos fueron los casos del Hospital Jesús Yerena en Lídice (llegó a albergar hasta una planta televisora oficialista) y, últimamente, del Universitario de Caracas o el Central de Maracay. Solo en Venezuela ocurre que el usuario de un hospital, al poner un pie en él y encontrarse con una persona uniformada, no tiene claro si está ante un funcionario o un delincuente. El hampa organizada hace vida en nuestros hospitales públicos al punto de tenerlos como verdaderas bases de operación.

Un verdadero sistema de seguridad interna de instalaciones sanitarias en Venezuela es indispensable como prerrequisito a la gran convocatoria de talento médico que el país debe realizar en lo inmediato, a fin de optimizar el desempeño de sus ya de suyo insuficientes establecimientos de atención médica. Un buen modelo es el de los sistemas de Prevención y Control de Pérdidas (PCP) que operaron en la industria petrolera en otros tiempos: nadie entre o sale sin ser inspeccionado e identificado y el acceso a ciertas áreas de cada edificación sanitaria será restringido. Y que ningún gremio, sindicato o particular se queje, lo que sería un verdadero despropósito en uno de los países de más alta criminalidad en el mundo. Como complemento a ello, no puede faltar la pena física: la legislación penal venezolana impone una pena de entre tres y cinco años por portar ilícitamente un arma de fuego (nosotros le daríamos el triple). Pensamos que quien atente contra la seguridad de una instalación sanitaria o su personal no merecería menos; al fin y al cabo, el daño por tales delitos se inflige directamente en la humanidad de los ciudadanos más débiles, sobre los enfermos.

EL ESTADO COMO «PAGADOR ÚLTIMO»: HACIA UNA ÉTICA DE LA RENTA PETROLERA

«No hay tal cosa como un almuerzo gratis», escribió cierta vez Milton Friedman. Ni atención médica tampoco. Ya lo hemos dicho antes y aquí lo reiteramos: la dispensación de atención médica cuesta dinero y alguien tiene que ponerlo. En Venezuela se ha fortalecido la percepción de que aquello es, en efecto, una suerte de «almuerzo gratis». Pero no hay que ser laureado con el Nobel para darse cuenta de que nada está más lejos de la realidad. Baste con que mermen apenas un poco los presupuestos públicos para que todo se venga abajo. No de otro modo han ido cayendo, una tras otra, la redes ambulatorias municipales, estadales, nacionales, las adscritas al IVSS, los

hospitales tipo I y así sucesivamente, hasta quedar apenas operativos los grandes hospitales, horrenda vitrina que al menos da la impresión de que «algo» aún funciona en materia de servicios médicos.

Cada consulta dispensada, cada vacuna administrada, cada examen de laboratorio realizado, tiene un costo, independientemente de que no lo conozcamos o de que ni tan siquiera pensemos en ello. Y como en cualquier otra operación, hay que cargarlo a alguien. Cada ambulatorio, cada servicio hospitalario, laboratorio, etc., no es sino eso, un centro de costos. Está claro que los precarios sistemas de información y registro en los ambulatorios de atención primaria en Venezuela no permiten hacer tales imputaciones. Volamos a ciegas, pues. No gerenciamos, tanteamos.

Y de computarse debidamente tales costos, ¿a quién los cargaríamos a fin de que se cubran? En cualquier otra parte del mundo la respuesta sería obvia: a un pagador. En Venezuela, no; aquí diríamos «que pague el gobierno».

Sin gestión de costos no hay servicio alguno viable. Cada establecimiento o dependencia debe constituirse en centro de costos al cual estos puedan ser cargados para su posterior recuperación. Y el pagador último ha de ser el Estado venezolano. En ello habremos de insistir cuantas veces sea necesario: no hay empleo más ético de la renta petrolera que en cobertura de los costos derivados de la atención médica debida a los ciudadanos. Hemos visto quebrar las finanzas públicas venezolanas tras financiar un gasto militar obsceno, una burocracia floreciente y una corrupción sin límites. ¿Quién podría objetar que se emplee la renta del petróleo en el financiamiento de la operación de los servicios salud? No es dinero que se sustraiga del bolsillo de otros ciudadanos, ¡sino de las arcas de un gobierno que no lo produjo!

Sea que el servicio lo presten directamente redes de propiedad pública o a través de privados, nuestra tesis es esta: el Estado ha de ser el pagador último en materia de servicios de atención médica.

ESE COTIDIANO DESPRECIO NUESTRO POR LA «CARPINTERÍA»

Se lo leí hace muchos años a Moisés Naim en alguno de sus libros: en las organizaciones venezolanas, tan prestas a rendir culto los megaplanes y las «agendas», el desprecio cotidiano por las pequeñas cosas es patente[137]. Pequeñas cosas que con frecuencia son las que sostienen la operación diaria de un servicio de atención médica. Y no son cosas complejas: se trata, por ejemplo, de tomar las solicitudes de cita de los usuarios de manera fácil y oportuna, de recibirlos a tiempo, de guiarlos hacia la consulta correcta, de ayudarlos con los trámites administrativos derivados de esta, etc. ¿Cómo justificar esa peligrosa y desconsiderada práctica, tan común en los establecimientos de atención médica venezolanos, que pone a madres con sus hijos en brazos, a adultos mayores o a personas económicamente activas a formar fila en plena madrugada para poder fijar una cita médica siendo que en Venezuela no menos del 98 % de la población tiene acceso a la telefonía celular? ¿Tan difícil resulta fijarla vía SMS? ¿Cómo no erigirse en feroz crítico de la depauperización de los escasos locales dedicados a la atención médica en Venezuela, en los que con frecuencia falta hasta el agua corriente? ¿Quién en el ambulatorio o servicio cuida del detalle del refrigerador a no más de 8 grados –para preservar la calidad de las vacunas–, de la operatividad del equipo médico básico o del acceso a internet? Con frecuencia, nadie. En una sanidad pública de cuatrocientos mil empleados de los que apenas un tercio corresponde a personal sanitario, ¡nadie se siente en el deber de cuidar tales detalles; nadie cree digno rebajarse al nivel de la cotidiana «carpintería» de todos los días! Esa

«carpintería» de lo cotidiano no mueve titulares de prensa ni motiva premios o reconocimientos internacionales. Pero los que ejercemos en ese medio bien sabemos que de tales detalles, de esas pequeñas cosas de todos los días, depende grandemente la operación del nivel primario de atención médica, ese al que los burócratas de la salud tanto proclaman como «base y fundamento del sistema», pero en el que con frecuencia falta hasta lo más elemental. A leguas se ve cuan poco lo conocen.

LA COTIDIANA HUMILLACIÓN DE LA «AYUDA MÉDICA»

La procura de «ayudas» para sufragar gastos médicos se convirtió en una de las expresiones más características del servilismo chavista. Cientos de ciudadanos presionados por la angustia ante un ser querido enfermo, formaban fila frente a los edificios de distintas administraciones públicas –desde la petrolera estatal hasta el mismísimo Palacio de Miraflores– a la espera de que algún malencarado sargento con actitud de perdonavidas le favoreciese con la atención a su caso recibiéndole la correspondiente carta de solicitud. Muchos venían de lejos, del Zulia, de los Andes, de oriente y Guayana, de los Llanos. Todos en pos de una gota de aquella creciente renta petrolera que había servido para financiarlo casi todo, desde chatarra militar hasta trenes chinos, aeropuertos en Haití y hospitales en Uruguay y de cuyo reparto aspiraban a participar, no para financiar lujos o amenidades, sino la impagable válvula cardíaca o el trasplante llamado a salvar la vida de la madre, padre, hermano, cónyuge o hijo enfermo.

Proponemos firmemente que aquellas prestaciones médicas que el Estado venezolano en tanto que garante de la salud no pueda dispensar, sean sufragadas por fondos públicos específicos creados en cada uno de los veinticuatro estados federados y el Distrito Capital, de manera tal que el ciudadano en necesidad pueda tener acceso a su definitiva dispensación por parte de proveedores privados cualificados. Apelo, por medio de la creación de dichos fondos estadales de salud, a la procura de soluciones privadas a problemas públicos. Tengo sobradas razones para pensar que muchos proveedores privados estarían dispuestos a competir por tales fondos ofertando servicios con la mejor relación precio-valor posible, lo cual redundará en beneficio de una demanda largamente diferida pese a la teórica inelasticidad-precio de la demanda de bienes y servicios cuyo consumo no puede ser diferido. Así, cada estado federado crearía por ley un fondo con tal finalidad, cuya cuantía se estimaría actuarialmente y que operaría como entidad pagadora contra servicios médicos prestados a un ciudadano de ese estado por cualquier proveedor privado dentro o fuera incluso de la jurisdicción nacional. Cada gobernador de estado se erigirá en garante material de la financiación de los servicios que sus administrados pudieran requerir, de modo que detengamos el doloroso y humillante peregrinar de enfermos de todas las latitudes hacia oficinas en Caracas ¿Controles administrativos y médicos para acceder a esos fondos? Los que hagan falta a fin de evitar tanto al nefasto polizón (*freerider*) que parasita diseños de este tipo como al infaltable «vivo» que pretenda dar mal uso a tan valioso recurso. En Miranda lo hicimos: me refiero al Fondo Mirandino de Salud.

«A GRANDES CIRUJANOS, GRANDES INCISIONES (I)»

Toda burocracia, sostiene Max Weber, propende a justificarse a sí misma. El Ministerio de Salud venezolano tiene a más de cuatro-

cientas mil personas en nómina de las que poco más de un tercio corresponde a profesionales sanitarios. Se entiende así el esfuerzo de las más de doscientas sesenta mil restantes por justificar lo que cuestan al estado. Habrá entre ellos competentes administradores, valiosos consultores, eficientes secretarias, etc., etc. Pero queda aún muy lejos dar cuenta de su alto número. Muchos están adscritos a programas que no agregan valor sino costos, que no responden a más necesidad –¿la de la propia sobrevivencia?– que a la de sus jefes o a la de intereses muy particulares. Frente a todo ello, en el ambulatorio primario se echan en falta apoyos fundamentales: el del trabajador social que apoye la labor médica en un país tan empobrecido como Venezuela, el del técnico informático que auxilie en la operación de nuestras aún embrionarias plataformas informáticas, el del oficial de atención al público cuya formación y entrenamiento permita superar de una vez por todas la antipática figura del «vigilante», primer rostro con el que contacta el usuario de nuestros ambulatorios primarios.

Venezuela y su sanidad pública necesitan de una profunda reflexión acerca de la operación de sus servicios de financiación pública. Como lo plantea Ricardo Hausmann, no hay conexión entre el *front office* –en nuestro caso, la instancia que toma contacto con la demanda real de servicios– y el *back office*, en el que dicha demanda se procesa a los fines de su satisfacción[138]. Tenemos, pues, la perfecta estructura de servicios para los malos resultados que estamos obteniendo. Estamos llenos de «analistas» que no arriban a ninguna síntesis, de «coordinadores» que nada coordinan, de «promotores» que nada promueven. Compleja oferta que a ninguna demanda real satisface. «A grande cirujanos, grandes incisiones», decía mi maestro, el doctor Fernando Rubén Coronil. Entremos al quirófano con nuestra enferma sanidad pública. Ha llegado la hora de la reingeniería.

HACER LO QUE HAY QUE HACER (Y QUE NO ES GRATIS): EL TEMA DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN MÉDICA

Just do what must be done.
This may not be happiness,
but it is greatness.
GEORGE BERNARD SHAW

There's No Such Thing as a Free Lunch.
MILTON FRIEDMAN

Dos máximas vienen a mi memoria en esta ocasión. La primera, tan simple como eso: hacer en cada ocasión lo que hay que hacer, ni menos ni más. Tan simple como poderosa *rule of thumb* nos la lega no una figura médica sino un gran dramaturgo. Como consecuencia de la formación que recibimos y del sistema mismo en el que nos formamos, los médicos tendemos a pensar que el supremo fin de la práctica médica reside en la ejecución de nuestras más altas habilidades y talentos diagnósticos y terapéuticos, lo que naturalmente asumimos va en función de los intereses del enfermo. Los grandes números no respaldan tal percepción. Hoy en día es muy posible que buena parte de nuestras conductas médicas sean técnicamente criticables en términos de su eficacia real y hasta en su seguridad.

La segunda tiene que ver con la piedra dura de los crecientes costos de la atención médica, una variable que ningún profesional de la salud responsable podría soslayar. Lo ha dicho Friedman: no hay tal cosa como almuerzo gratis. Como tampoco atención médica. Ninguna sanidad pública en el mundo pude pagar nuestras veleidades, caprichos, preferencias o pareceres. Invitar a hacer lo que hay que ha-

cer supone un compromiso normado, la «manualización» de nuestra práctica a partir de la evidencia recabada. No faltará quien objete tal política como coercitiva o «autoritaria», pero el impacto de tal manera de enfocar el cuidado médico es innegable. Me remito a la brillante tesis de Atul Gawande en su ensayo titulado *The checklist manifiesto. How to get things right* de 2010. Diecinueve ítems a asegurar, tan básicos como cerciorarse de las alergias medicamentosas del enfermo, su identidad o su tipo sanguíneo, lograron reducir notablemente las complicaciones quirúrgicas en todo el mundo[139].

Protocolizar prácticas médicas desde el nivel primario de atención luce como una tarea formidable y fundamental para replantear el tema de la atención médica en Venezuela en términos objetivos ¿Es correcto lo que hacemos? ¿Es costo-efectivo? ¿Responde al estado del arte en la materia? Sociedades científicas médicas y dependencias públicas realizan y han realizado grandes esfuerzos en tal sentido. Y si los protocolos de actuación médica están lejos de ser una realidad de impacto en Venezuela hoy es por una sola razón: porque no tienen rango legal. Legíslese al respecto y veremos a todos los organismos prestadores de servicios de atención médica instaurar protocolos de actuación de obligatoria observancia. Para entonces hacer lo que hay que hacer, lo cual –visto está– tampoco es gratis.

LA AUDITORÍA DEL ACTO MÉDICO

Lo que no se mide no se puede administrar. En Venezuela, introducir cualquier métrica razonable que permita evaluar la calidad promedio del acto médico es poco menos que imposible hoy. Nuestra anterior insistencia en la adopción de la historia médica electrónica (HME) tiene su razón, entre otras, en ello: en la necesidad de medir si lo que hacemos es de calidad, qué costos implica y qué impactos reales tiene. No escasean las metodologías para ello. Particularmente hemos probado con éxito la que propusiera el académico colombiano Gustavo Malagón-Londoño en 2003[140]. Medir resulta esencial para asignar recursos, evaluar resultados y ajustar pagos y remuneraciones.

La muy cuestionable financiación de servicios de atención médica a partir de presupuestos históricos y la remuneración de su personal sobre la base de tablas salariales «homologadas» está en el centro de nuestra actual tragedia sanitaria. Sin medios robustos y reproducibles para medir resultados, ¿quién se ocupará por generarlos?

Insistimos: medios técnicos hay. Capacidad técnica y genuina disposición para ayudar en ello existe, dentro y fuera del país. ¿Habrá voluntad que soporte una política de Estado en tal sentido? ¿Estamos dispuestos a medir resultados en el sector salud en Venezuela?

LA MEDICINA ANTICIPATORIA

Las grandes prospectivas epidemiológicas a 15 o 20 años son claras: enfermaremos y moriremos a causa de patologías cuyas causas están implícitamente entroncadas con nuestro estilo de vida. Ninguna es, por cierto, una patología rara o sobrevenida de manera extraordinaria[141]. Obesidad, sedentarismo, tabaquismo, dietas ricas en alimentos procesados: allí están las causas que llevarán a la tumba al hombre del siglo XXI no sin antes quebrar a los sistemas sanitarios de sus respectivos países demandando cuidados médicos a escalas impagables generalmente al término de sus sufridas vidas.

La sanidad venezolana del tiempo por venir no puede transitar esa senda. El diagnóstico y tratamiento precoz –valga decir, anticipado–

de las afecciones más prevalentes en el venezolano «urbanita» debe ser el foco de cualquier política sanitaria que pretenda ser exitosa y que opere a la luz de las no pocas limitaciones de orden material que ofrece nuestro deteriorado sistema. Ahora bien, cabe preguntarnos: ¿hay capacidad para ello en las redes ambulatorias venezolanas? Dosificar los niveles de hemoglobina glicada en el diabético tipo 2 –el 4 % de nuestra población–, monitorear ambulatoriamente la presión arterial de un hipertenso –más del 30 % de los venezolanos– o realizar un electrocardiograma («prueba») de esfuerzo en un posible isquémico –primera causa de muerte en Venezuela–, ¿en cuántas redes ambulatorias urbanas venezolanas es eso posible? Sin duda que en las menos. Las precarias heurísticas que desde siempre se domiciliaron en nuestras redes ambulatorias alguna vez decidieron que tales dispensaciones eran «de hospital». Consecuencia de lo cual es que para tener acceso a tan elementales técnicas diagnósticas en Caracas el paciente deba ser referido por lo general a un centro de alto nivel, con frecuencia un hospital tipo IV. ¿Qué anticipación a la enfermedad podemos hacer con tan pobres medios? Bajo qué argumentos se sigue sosteniendo que hacer medicina de alta calidad sea cosa limitada solo a grandes hospitales de enseñanza?

LOS CUIDADOS MÉDICOS DOMICILIARIOS

La medicalización de la vida, la traducción de eventos vitales en contingencias médicas susceptibles de ser técnicamente intervenibles acaso sea uno de los más acendrados rasgos que definan la cultura de estos tiempos hipermodernos[142]. Así, por ejemplo, hechos cotidianos que forman parte de la vida, como sobrellevar una afección crónica, convalecer e incluso morir cuando ha alcanzado su fase terminal, se han convertido en eventos hospitalarios frecuentemente de alto costo tanto en lo económico-financiero como en lo existencial: el hombre hoy muere solo y exiliado de su entorno más íntimo, despersonalizado y reducido a ser el número de un expediente clínico.

Pero entiende uno mejor ese fenómeno si se sitúa en el contexto de una familia popular venezolana, sin mayores medios materiales y con poca o ninguna asistencia más allá de la que piadosamente se le brinde en una ocupada emergencia de hospital público en la que apenas le puedan atender por unos pocos minutos.

La atención médica domiciliaria a pacientes con condiciones crónicas o terminales es una realidad en Europa desde hace muchos años. En nuestro medio ha sido práctica común entre municipalidades que cuentan con recursos financieros muy superiores al promedio, pero en absoluto una política estable. Una política de provisión de apoyo médico domiciliario de alta calidad en tales casos no solo redundará en un empleo más eficiente del escaso recurso hospitalario, sino que también reivindicaría los supremos valores de la solidaridad y el acompañamiento que tan centrales son para quien se sabe en la etapa final de la vida.

EL MANTENIMIENTO Y LA GESTIÓN TECNOLÓGICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

Si algún aspecto de la gestión sanitaria en Venezuela puede decir que alguna vez vivió mejores tiempos es precisamente este. Atrás quedaron los años en los que nuestro país dictó cátedra en la región en esta materia; incluso una breve visita a las hoy desportilladas instalaciones del antiguo MSAS en El Cementerio, en Caracas, dan cuenta de ello. Pero por otro lado hemos de ser claros: aquella gestión de mantenimiento que nostálgicamente aquí recordamos

estaba limitada a unas infraestructuras físicas y a unas tecnologías de «segunda ola», en las que lo más complejo era un autoclave o un equipo de rayos X. La realidad hoy es muy distinta. Las tecnologías médicas hoy poco tienen que ver con las de hace veinte años. Nuestras políticas de mantenimiento nunca se adaptaron a la inobjetable realidad del cambio tecnológico, quizás porque la capacidad de compra del petroestado venezolano nos afianzó en la política del «tírese después de usado» a la que se refiere Alvin Toffler, cuya obra viene a nuestro espíritu mientras fluyen estas líneas[143]. Quizás por ello las políticas de mantenimiento hospitalario nunca fueron de universal instauración en nuestras redes públicas, al tiempo que crecía la presión por incrementar los presupuestos para la compra de costosas tecnologías condenadas a la inoperatividad en tiempo bastante menor al de su vida útil. Porque, ¿quién piensa en reparar y mantener cuando se puede comprar «de paquete»?

La misma apreciación podría hacerse en cuanto a las políticas de mantenimiento de las plantas físicas, imponentes moles de concreto con frecuencia bajo la responsabilidad de personal obrero con alguna cualificación para ejecutar labores de plomería o electricidad, pero nulo ante la complejidad de un resonador o un tomógrafo descompuesto. El único equipo técnico de alto nivel que en la Venezuela de estos años se ocupara del tema es el que encabezó el fallecido profesor Luis Lara Estrella desde la Universidad Simón Bolívar. Sus diagnósticos al respecto, que en algunos casos datan de principios de la década pasada, permanecen incontestados. Valga citar al connotado maestro de la bioingeniería venezolana para impulsar como política de Estado, ya no la del «mantenimiento físico» al modo como lo concebíamos en los setenta, sino la de la gestión tecnológica[144]. Un equipo de imagenología, de oximetría, de laboratorio, aire acondicionado o un quirófano son, sobre todo, tecnologías médicas. Complejas, escasas, costosas y vitales, no pueden seguir más al cuidado del bienintencionado «muchacho de mantenimiento».

LAS EMERGENCIAS

Hemos escrito profusamente sobre el tema de la atención a los casos urgentes y emergentes, que hoy en día se agolpan a las puertas de las salas de emergencias de Caracas y otras ciudades venezolanas. Ninguna matemática, ningún esfuerzo gerencial podrá jamás hacer administrable la demanda de atención potencial de 30 millones de habitantes en poco más de 300 hospitales a escala nacional. Por otra parte, todos los estudios disponibles señalan que el grueso de las atenciones dispensadas vía urgencias en nuestros desportillados hospitales corresponde a casos menores que en ningún sistema sanitario del mundo habrían llegado a tal nivel de atención, pidiendo haber sido seguramente resueltos en niveles más básicos y menos complejos.

Pero la elevada tasa de uso de estos servicios no responde a ninguna intención abusiva de quienes a ellos acceden. Los usuarios de servicios de atención médica en Venezuela se agolpan desesperadamente a las puertas de los hospitales simplemente porque perciben que los niveles más básicos no son eficaces ni accesibles.

Nuestra experiencia de gobierno sanitario nos enseñó que la disposición de una oferta de servicios accesible 24 horas al día los 7 días de la semana es rápidamente apreciada por el usuario y surte impactos inmediatos en la robustez de la atención médica que se le dispensa[145]. No hablamos de un ambulatorio municipal que abra hasta la primera hora de la tarde, en el que no exista equipamiento básico de diagnóstico, de soporte de vida y de comunicaciones; tampoco nos referimos a un precario posta sanitaria a cargo de personal apenas entrenado: hablamos de un establecimiento dotado de fortalezas más que mínimas, de personal competente y de soportes para la referencia segura de casos más complejos hacia hospitales y centros de mayor nivel. Imaginemos al menos uno de ellos en

cada uno de los 335 municipios venezolanos, abiertos y accesibles, no de lunes a viernes, no en «horario de oficina», sino que las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.

«A GRANDES CIRUJANOS, GRANDES INCISIONES (II)»

Alguna mañana de revista clínica, en la 15 del Hospital Vargas de Caracas, le escuché tan contundente y definitivo aforismo al profesor doctor Fernando Rubén Coronil, el más grande cirujano venezolano de la segunda mitad del siglo pasado. Se refería el maestro Coronil a esas dramáticas situaciones que con frecuencia se plantean en la práctica quirúrgica en las que al cirujano le son exigidos arrojo, pericia y un alto tenor de valentía personal en la toma de decisiones bajo intensa presión, cuando no hay tiempo ni espacio para aporías ni procrastinaciones y solo cabe que hacer lo que está mandado hacer. Lances en los que tampoco queda margen para la dilación ni la declinación de responsabilidades: el que está a cargo tiene que decidir y actuar. El tumor que causa la obstrucción, el gran vaso sangrante, el peritoneo inflamado o la víscera rota no pueden esperar.

La tragedia sanitaria legada a Venezuela por el chavismo tampoco. Con dolor hemos de asumir lo que de modo lapidario nos enrostró en brillante pieza de oratoria don Óscar Arias ante la Asamblea Nacional: «Venezuela corrió tras un espejismo todos estos años y acabó arribando al desierto». No agobio al lector con la consabida lista de males de la sanidad pública venezolana suficientemente documentada y denunciada. ¿Cuál es la vía para la superación de este drama que ha acabado con las posibilidades y sueños de la mejor generación médica de la historia venezolana al tiempo que sumido a un país entero en el más espantoso sufrimiento? Empecemos por enunciar lo que no debe hacerse: continuar asidos al mismo modelo que nos condujo a esto. Y seamos sinceros con nosotros mismos: la otrora gran sanidad pública venezolana, vencedora del paludismo y faro de modernidad médica en el continente, se transformó con el tiempo en una hidra de males crónicamente estructurados cuyas expresiones cotidianas solíamos calificar de «crisis». Nunca hubo tal cosa: las referidas «crisis» episódicas de la sanidad pública venezolana –la huelga de un día, el «no hay» del día siguiente– no eran sino expresiones de reacomodo dentro de un sistema devenido en centro por excelencia de distribución de renta, lo mismo por vías legales como por otras «non sanctas». Quien pudo disponer de una cierta capacidad de consumo se volcó sobre la medicina privada y dejó al viejo hospital público y sus glorias como opción para el carente de capacidad de pago. La medicina para pobres devino en una pobre medicina en cuyo seno la masa crítica de ganadores hizo más peso que la dolorida grey de enfermos perdedores. Expresión de lo cual es hoy una sanidad pública que en 2011 mantenía una nómina de más de 400 mil personas de las que apenas una tercera parte tiene titulación profesional en disciplinas propias del sector. Con semejante «inflación» burocrática, ¿con qué recursos podremos contar para financiar el costoso esquema de quimioterapia de un niño con cáncer? Pero el «inri» sanitario venezolano no para ahí. A escala nacional, hacen falta no menos de 40 mil camas hospitalarias, mil de ellas de cuidado intensivo. ¿Cómo las financiará un país cuyo Estado pretende gestionar, además, siderúrgicas que no producen ni un clavo, líneas aéreas ausentes del *ranking* de seguridad en el que figuran sus pares del mundo y cadenas de hoteles sin estrellas? Personalmente, lo siento mucho por aquellos que de eso viven. Pero mucho más lo siento por las madres que manifiestan y abrazan llorosas y sin esperanzas a sus pequeños hijos a las puertas del Hospital de Niños, así como por los deudos de cada uno de esos enfermos

coronarios cuyos nombres quedaron asentados en una lista de espera que no les condujo al quirófano sino a la muerte.

No podemos promover una idea de organización sanitaria que queme sus recursos en el altar de intereses distintos a los del paciente y sus necesidades, por legítimos que reclamen ser. Es tiempo de poner en evidencia las causas que condujeron a la devastación de la sanidad pública venezolana: el clientelismo partidista, el amiguismo perpetuador de lo mediocre, la corrupción, la ineficiencia, el desprecio por la excelencia. Los venezolanos esperamos aún por pronunciamientos claros y contundentes en estas materias por parte de nuestras cualificadas voces en la Asamblea Nacional. No son cataplasmas sino grandes cirugías las que se requieren para construir una poderosa maquinaria de generación de prestaciones médicas de alta calidad dispensadas oportunamente a cada venezolano enfermo. Una tarea que exigirá de incisiones a la altura de grandes cirujanos.

LA LEY DEL MÁS DÉBIL

Una muy comentada fotografía recogida por la prensa mundial mostró la imagen de Luiz Ignacio Lula da Silva, expresidente del Brasil, fundido en un abrazo con el entonces presidente paraguayo, Fernando Lugo. La escena, según se dijo, habría tenido lugar en el prestigiosísimo Hospital Sirio-Libanés de São Paulo, probablemente uno de los centros oncológicos más importantes del mundo. Lula da Silva, como en su día informara formalmente su vocero, sufre de un carcinoma epidermoide de laringe, lo que no sorprende dado el conocido historial tabaquista del expresidente. En el caso de Lugo, el diagnóstico correspondió a una variedad de linfoma no-Hodgkin. Así fue hecho público por la propia Presidencia de la República del Paraguay. El mismo tino quisieron –pero al fin no pudieron– tener los voceros médicos de la Casa Rosada al hacer pública la situación de salud de la presidenta Kirchner: ¡una pifia que desdice de la gran tradición médica argentina, convirtió en carcinoma tiroideo a una benigna afección adenomatosa!

En todo caso, los mencionados pacientes, sin excepción y merced a sus altísimas investiduras, tuvieron acceso expedito a algunos de los mejores centros médicos del continente, con tecnologías de punta disponibles, especialistas de primera y protocolos de actuación adecuados al estado del arte en la materia. Al poder no hay puerta que no se le abra como tampoco oportunidad que se le niegue. Las mismas escenas son frecuentes aquí en Venezuela también. Bástenos con un recorrido muy mañanero por los principales hospitales privados de Caracas: ¡quién te ha visto y quién te ve!: la Caracas del alto gobierno allí sentada, vistiendo la batita desechable de color azul que distingue a quienes van camino al quirófano. Nadie, que yo sepa, ha visto jamás a generales, ministros o magistrados haciendo cola a las puertas del P.E.P.O. de Catia o del «Pescozón»...

Al poder siempre se le abren todas las puertas. La ley del más fuerte opera así, *ipso facto*. Pero ¿qué pasa con el más débil, con el enfermo sin medios económicos? A ese, salvo que por la bondad de alguno, por el contrario, se le cierran todas. Es el portazo cotidiano del «no hay», del «esto está cerrado», del «vuelva mañana». Una de las grandes tareas que esperan al futuro gobierno democrático está en la de nivelación de las espantosas inequidades en el acceso a servicios médicos que caracterizan a Venezuela y que hace que los grandes grupos de enfermedades –el cáncer, por ejemplo– no tengan siempre el pronóstico que les señala la literatura sino el que imponen la condición social y económica del enfermo. Ello es política y, sobre todo, éticamente inaceptable.

Con todo respeto apelo aquí a aquellos luminosos textos del grande *ius* constitucionalista italiano Luigi Ferrajoli que la generosa mano del profesor Ricardo Combellas pusiera en las mías hace unos pocos años, en ocasión de aquel memorable seminario doctoral de Derecho Constitucional en la UCV al que tuvo la amabilidad de admitir a este modesto clínico como alumno. En la Venezuela democrática por venir es mandatorio poner coto a la recurrente necedad de las utopías y tomarnos en serio los derechos de los ciudadanos. Hay quien por afirmarlo nos haya acusado de «populistas», probablemente porque nunca enfrentó el drama de tener al hijo o al padre enfermo «a mitad de quincena», sin póliza de seguro o, peor aún, siendo un desempleado sin un centavo en la cartera. Liberal en lo económico como he sido, jamás justificaré que un Estado botarate como el venezolano, administrado ahora por un gobierno de bandidos, posea y malgestione líneas aéreas inseguras, hoteles de pacotilla, areperas de asco o pretendidos complejos agroindustriales que no producen ni para un tequeño. Por mí, que quiebren. Lo merecen por ineficientes y poco competitivos. Pero jamás acompañaré la infeliz idea de dejar a un enfermo a su suerte.

Así como a los poderosos a quienes, imponiendo su ley, se les abren de par en par las puertas de la gran medicina, cercanos están los días en que lo mismo ocurra cuando el que arribe a un hospital sea, ya no un alto jerarca de la *nomenklatura*, sino el más humilde de los venezolanos. Porque en la Venezuela democrática por venir será en la que impere ¡por fin! la ley del más débil.

EL *MEDI-TICKET*: PROCURANDO SOLUCIONES PRIVADAS A PROBLEMAS PÚBLICOS

En nuestro país, menos del 10 % de los venezolanos tiene en los privados a sus proveedores principales de atención médica. ¡Que lo diga tanto general, magistrado o ministro a los que he visto madrugar para hacer su «pre-admisión» en alguna de las estupendas clínicas privadas del este de Caracas o de San Bernardino! Lo malo es que el 90 % restante no tiene acceso a ello puesto que carece de un mediador financiero, léase, seguro de HCM. Hay quien dice que se le puede dar una póliza de tal tipo a todos y cada uno de los venezolanos. Con respeto le sugiero que despida al asesor que le plantease tal disparate y contrate a un actuario serio y competente que sepa de lo que habla: porque ¡con «minipólizas» de 40 mil bolívares no se paga lo que ciertos servicios vitales realmente cuestan!

Yo no cuestiono que multitud de coroneles, jueces o burócratas recién ascendidos –es decir, los «fuertes»– corran a llevar a sus padres, cónyuges e hijos ante el menor quebranto a tan calificados sitios. Lo triste es que cuando el quebrantado resulta ser un «limpio de solemnidad» –es decir, uno de los débiles– de Barlovento, Guarenas, Los Teques, Petare o los valles del Tuy, la única carrera posible es hacia los establecimientos públicos. Y si resulta que dicho establecimiento está adscrito a la Red Barrio Adentro, la posibilidad de que esté abierto al público es de una en tres. Si el sitio socorrido es un hospital adscrito al Ministerio de Salud o el IVSS, puede que lo reciban; pero de allí a que la situación médica planteada les sea resuelta media un terrible «veremos».

En Miranda creamos la Red Francisco de Miranda, un sistema puesto en marcha en poco más de dieciocho meses que cerró su primer año de operación con bastante más de un millón de consultas médicas dispensadas. Tal es el vigor de las redes locales y regionales, de esos SILOS –Sistemas Locales de Salud– de los que tanto se habló en los años ochenta y que en nuestro estado ensayamos armar con éxito. Precisamente por exitosos nos toca ser profundamente realistas: ¿qué ofrecer al enfermo cuando el servicio que requiere –la intervención quirúrgica, el cateterismo cardíaco, la radioterapia, etc.– no lo podemos prestar nosotros por carecer de las instalacio-

nes, tecnología y experticia en ello? ¿Acaso debe ser ese el límite al ejercicio del derecho fundamental a la salud que le asiste? Creemos firmemente que no. Aquel servicio médico específico que el Estado Bolivariano de Miranda no pudo proveer se contrata en el mercado en beneficio del ciudadano titular de tan sagrado derecho. De allí que el organismo público que más «baipases» coronarios exitosos tenga en su haber en Miranda sea la Corporación de Salud, ello sin poseer ¡ni tan siquiera una cama de hospital! El Fondo Mirandino de Salud –al que alguien llamó una vez «el Medicare» mirandino– es la figura que permite financiar tales servicios. Y el mecanismo de pago no difiere, en esencia, del que se han dado los mototaxistas, peluqueras y comerciantes de Chacaíto: un *ticket* canjeable por aquel servicio médico específico que se demande a un ofertante idóneo. Es así como en Miranda hicimos posible que ya no solo coroneles, ministros y magistrados, sino que aún los mirandinos más postergados, pudieran beneficiarse de servicios de salud que siempre les estuvieron vedados, lo mismo en la «Cuarta» que en la «Quinta». El sistema es simple: el paciente es visto y diagnosticado por la Red Francisco de Miranda y, dado el caso, referido para su atención en un hospital privado en el que no se le exigirá pago alguno, sino la presentación del *ticket* especial emitido por el Gobierno mirandino que avale la cobertura de sus gastos médicos, es decir, nuestro *Medi-ticket*. Un novedoso mecanismo de financiación de servicios médicos de alto costo y especialización dispensados por proveedores privados de clase mundial y que pone la mejor medicina al alcance de todos, independientemente de su capacidad de pago. La idea que subyace a esta propuesta está en el mecanismo de *vouchers* canjeables por servicios que hiciera el Nobel de Economía Milton Friedman por allá en 1955, para financiar la educación de los más pobres y que los viandantes de Chacaíto parecen comprender intuitivamente. ¡Qué de vainas las que se les ocurren a estos «neoliberales salvajes» y que permiten que las coronarias enfermas de los mirandinos más pobres también puedan ser reparadas en las mejores clínicas privadas de Caracas!

En la Venezuela democrática por venir es mandatario tomarnos en serio los derechos de los ciudadanos. ¿Por qué no ensayar la experiencia del *Medi-ticket* mirandino para dar contenido material al derecho a la salud que también tienen los enfermos de la Venezuela postergada de ayer y de hoy? Para que en materia sanitaria superemos los tiempos de las utopías y logremos que impere en nuestra patria –por fin– la ley del más débil.

¿DÓNDE ESTÁN LOS DOCTORES? EL DRAMA DEL CAPITAL HUMANO SANITARIO

Nunca como hoy se había hecho tan ostensible el hecho cierto de que el conocimiento médico –*per se*– es un determinante crítico en el incremento de la expectativa de vida experimentado en el mundo occidental desde los años 50. Tal hecho debe ser tenido en cuenta en el contexto de otros más generales como la institución y desarrollo de los sistemas sanitarios modernos a partir de 1945. Cierto es que los notables avances médicos del siglo han tenido lugar en grandes hospitales y centros de investigación biomédica, pero no podemos atribuir tan notable impacto sobre la salud poblacional tan solo a la incorporación de tecnologías o la construcción de infraestructuras.

El conocimiento puede ser identificado como una variable explicativa de peso específico. Así, por ejemplo, en Europa no es infrecuente ver cómo con infraestructuras antiquísimas –hospitales construidos hace siglos– se provee de prestaciones médicas de primer nivel en tanto que otras de construcción reciente –caso redes ads-

critas a la Misión Barrio Adentro en Venezuela– la asistencia es precaria. Aparte de la tecnología médica disponible, es el conocimiento el factor diferenciador responsable de tan distintos resultados.

En 2010, con ocasión del primer centenario del histórico informe de Abraham Flexner, de tan profundo impacto en la educación médica mundial, la *Education of Health Professionals for the 21st century*, una comisión mundial de expertos en educación médica auspiciada por la Fundación Bill and Melinda Gates, hizo público el resultado de sus investigaciones señalando que:

> *Too often forgotten is that the production of health is knowledge-based and socially driven, and* ***health professionals as knowledge brokers are key drivers of health advance*** (destacado nuestro).

En tanto que enfocados preferentemente en el desarrollo de nuevas infraestructuras sanitarias y en la adquisición de tecnologías médicas de muy alto costo y especialización, en Venezuela hemos venido soslayando el carácter determinante que para el desempeño técnico de nuestra sanidad pública tienen el conocimiento y los mediadores (*brokers*) entre este y su objeto definitivo, cual es la persona enferma. Tal mediación implica la formación y mantenimiento de un tipo de capital muy especial; especial por su carácter intangible, por su relativa escasez en el mundo y –descubrimiento este relativamente reciente– por su altísima transabilidad en los mercados globales. Nos referimos al capital constituido por el personal sanitario profesional: médicos, enfermeras, odontólogos, bioanalistas, etc. Ellos son, en la sociedad del conocimiento, los nuevos grandes determinantes del nivel de salud de la sociedad.

La presente reflexión atiende al impacto que sobre los sistemas sanitarios públicos venezolanos tiene y tendrá a futuro la creciente descapitalización que en tal sentido viene acusando nuestro país desde 2010, con la notoria migración de profesionales sanitarios al extranjero. Pasemos revista a dos exitosas políticas basadas en estrategias aplicadas por países decididamente orientados a reforzar sus respectivos *stocks* de experticia médica apelando a las ventajas del mercado global: nos referimos a la homologación automática de títulos profesionales sanitarios ensayada por España para atraerse al mercado laboral médico hispanoamericano y, más recientemente, a la contratación a través de mecanismos de tercerización de personal médico especializado propuesta por el Ministerio de Salud de Chile. En ambos casos, una común estrategia parece clara: la del derribo deliberado de barreras de entrada al mercado laboral sanitario local históricamente impuestas por intereses corporativistas (gremios médicos, etc.) y con frecuencia consagradas en las legislaciones que norman el ejercicio profesional. En el caso chileno, se agrega a ello la estructuración de poderosos incentivos remunerativos que compiten incluso con estándares de algunos países de la Unión Europea.

A ninguna parte va Venezuela auspiciando la conformación de proletariados sanitarios cuyo mejor proyecto profesional y de vida sea irse. El reto de la globalización médica arrolló con creces las expectativas de empleadores, sindicatos y colegios profesionales. Ningún médico, enfermera o profesional de salud en general joven le apuesta hoy su futuro y carrera a un contrato colectivo suscrito por su respectivo colegio. O competimos en los términos del mercado global o nos conformamos con lo que nos va quedando: un establecimiento médico constituido por profesionales cercanos al retiro obligado a convivir con otros de menores estándares de desempeño para quienes competir más allá del nicho que les proporciona una institucionalidad sanitaria desvastada resulta imposible.

NOTAS

115. El índice aédico es una medida de la densidad de formas adultas del mosquito Aedes, transmisor de los virus de dengue, chikungunya y zika, existentes en una determinada localidad. La normativa regional iberoamericana sitúa al máximo permisible en 5 %. Cualquier ciudad venezolana supera ampliamente tal límite.

116. El dato lo aportó la Sociedad Venezolana de Cardiología en declaración de sus directivos al diario *El Nacional* el 29 de septiembre de 2016.

117. Me refiero a Joaquín Lavin, alcalde de Santiago de Chile entre 2000 y 2004.

118. Alberto Ruiz-Gallardón, alcalde de Madrid entre 2003 y 2011.

119. En una conferencia en el IESA, años más tarde, me referí a ese episodio, acaecido en abril de 2009. Entre la audiencia estaba un oficial de la Guardia Nacional que, visiblemente molesto, me corrigió dando una curiosa explicación acerca de las diferencias entre la peinilla y el rolo; diferencias estas que muy seguramente obvié no siendo yo precisamente un experto en el arte de apalear gente.

120. Recuerdo aquella conversación con mi padre, hace tantos años, compartiendo la visión del impresionante óleo con el que el colombiano Francisco Antonio Cano (1865-1935) ilustró el paso del Ejército Libertador por el Páramo de Pisba en 1819.

121. Al respecto diserta hermosamente el gran pensador español en sus *Meditaciones del Quijote* de 1914.

122. Cicerón, *De Oratore,* II.

123. Es justicia citar aquí una excepción cuan más honrosa: la de don Óscar Tenreiro Degwitz, Premio Nacional de Arquitectura 2002-2003, quien diseñara el modélico ambulatorio municipal de Las Minas de Baruta puesto en funcionamiento en 2007. No es exagerado decir que se trata de un diseño sin parangón en toda Venezuela.

124. Véase en *Historia de la medicina en Venezuela, época colonial*, tomo correspondiente a la monumental obra del historiador venezolano de la medicina, doctor Ricardo Archila, publicada en 1961.

125. OPS/PAHO. *Manual de acreditación de hospitales*, 1993.

126. En Caracas, el tiempo promedio de arribo a sala de urgencias de un paciente con isquemia miocárdica aguda tras el inicio de síntomas es de nueve horas, siendo que el máximo no deberia superar las seis.

127. *Mainland* es la manera como los chinos taiwaneses suelen referirse a la China Popular, reivindicando siempre para ellos, los de Taipei, la condición de legítimos continuadores de la república fundada por el médico Sun Yat-sen en 1912.

128. Gil Pineda, J. (2014). Sistema de salud universal, la reforma pendiente. Revista *CAMES*, Nº 23: Disponible en: https://primumnonpecuniam.wordpress.com/revistas/revista-cames-no-23-2014/. Consultado el 28 de octubre de 2016.

129. Encuesta Nacional de Hospitales, 2016. Red de Médicos por la Salud. http://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016/ Consultada el 2 de noviembre, 2016.

130. Médico Integral Comunitario.

131. Tel Aviv University, por su siglas.

132. Las doctora Bachelet, dos veces presidenta, se tituló de médico en la extinta Alemania del Este.

133. La evocación de aquel magnífico establecimiento de atención médica en pleno desierto está en la base del que fuera el proyecto más querido en mis años de servicio al estado Miranda: los «Pronto Socorro».

134. Oliveros B., Luis. «SubsiZuela, un país feliz». *El Universal*, 16 de diciembre de 2013.

135. Urbaneja, Diego B. (1993). *Pueblo y petróleo en la política venezolana del siglo XX*. Monte Ávila Editores Latinoamericana.

136. Encuesta de Condiciones de Vida del Venezolano (Encovi), 2016.

137. Véase: Naim, M. (director). *Las empresas venezolanas: su gerencia*. 2ª Ed. Ediciones IESA, 1989.

138. Véase: Hausmann, Ricardo (2016). «Soluciones al problema de coordinación en el sector público». *El Nacional*, 6 de noviembre, 2016.

139. Los trabajos de Gawande dieron soporte a la iniciativa denominada *Safe Surgery Save Lives* de OMS/WHO en 2009.

140. Malagón-Londoño, G. *et al.* (2003). *Auditoría en salud para una gestión eficiente,* 3ª ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Madrid, Bogotá, Caracas, 656 p.

141. Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*. PLoS Med 3(11): e442.

142. Suscribimos aquí las tesis de Gilles Lipovetsky (1993), *L´ére du vide. Essais sur líndividualisme contemporain,* Gallimard, p. 87.

143. Toffler, A. (ed. 1977). *El shock del futuro.* Plaza & Janés Editores, Barcelona, pp. 67 y sucs.

144. Lara Estrella, L. (2013). «La gestión tecnológica como parte integrante de la atención en salud (Profesionalización de la Ingeniería Clínica en Venezuela)». *Revista de la Facultad de Ingeniería,* UCV, vol. 28, N° 4,
pp. 101-116.

145. Nos referimos a la red Pronto Socorro dispuesta por el estado Miranda desde 2010.

EPÍLOGO

La por Margalit llamada «sociedad decente» no es otra que aquella en la que no se inflige humillación alguna a sus miembros. La constatación cotidiana de la precaria atención médica que recibe el venezolano enfermo es la expresión cardinal de una sociedad que necesita recuperar la decencia como elemento fundamental para la reconstrucción de un pacto social estable expresión de lo que Venezuela debe aspirar a ser: una comunidad de destino, en la que quepan las visiones, aspiraciones y proyectos de vida de las grandes mayorías. Veintiséis textos constitucionales ha conocido Venezuela a lo largo de su vida republicana, los tres últimos consagrando a la asistencia médica como derecho fundamental. Derecho este sin materialidad alguna en la Venezuela de hoy, *flatus vocis* en boca de elementos de la *nomenklatura* del régimen chavista, para quienes la tragedia sanitaria venezolana es vista a la distancia sabiéndose a salvo de sus déficits, fallas y limitaciones. El derecho a la salud es ciertamente un derecho fundamental, pero al mismo tiempo es un derecho prestacional. Su materialización supone la intermediación de administraciones presumiblemente competentes que organicen la dispensación de los servicios contemplados en la cesta a ofrecer al ciudadano, velando por su calidad, su accesibilidad y su consistencia. La organización público-sanitaria venezolana centralizada en el Ministerio Popular para la Salud de hoy

dista mucho de serlo. Aunada a la reconocida incapacidad técnica del gobierno sanitario venezolano y a la propagación de prácticas corruptas en sus actuaciones surge la pérdida de atributos mínimamente exigibles en la atención a la salud. Es el gobierno sanitario de la ineptitud, de los estándares de atención médica inaceptables en cualquier país del mundo, de la violencia institucional contra el débil entre los débiles, de la incordia frente a la enfermedad y el sufrimiento que acarrea a quien la sufre. Nada más indecente que la imagen familiar de un venezolano tendido sobre el colchón podrido de una cama de hospital público venezolano.

La construcción de una sanidad pública para una sociedad decente aspira a constituirse en una política de convergencia para la dividida sociedad venezolana. Política traducida en expresiones concretas –programáticas, organizacionales– que garanticen al venezolano el acceso a servicios de atención médica a la altura de sus necesidades. Habrá quien nos señale como promotores de una institucionalidad con pretensiones moralizantes, por lo que asumimos desde ya tal crítica. En nuestro descargo hemos de decir que la remoralización de las condiciones básicas de vida del venezolano –comenzando por el venezolano enfermo– se constituye en un imperativo ético al tiempo que en un prerrequisito técnico mandatorio para la reconstrucción de un país devastado.

Hemos esbozado un conjunto de propuestas de política pública articuladas alrededor de lo que consideramos es el eje rector de todo sistema sanitario: la operación de sus servicios y programas, diseñados con el fin de impactar positivamente sobre sus principales problemas sanitarios. Cualquier otro objetivo de política, cualquier otra agenda, debe quedar supeditada a ello.

Defendemos a ultranza el cargo de las expensas y gastos médicos de los venezolanos a fondos financiados con renta petrolera. Difícilmente pueda haber empleo más ético de dicha renta, que en Venezuela ha sido objeto de todo tipo de expolio, siendo que se trata del ciudadano enfermo, del débil entre los débiles que no escogió la enfermedad como centro de su vida pero que está condenado a tenerla como tal en medio del más absoluto desamparo económico-financiero. Así las cosas, una política sanitaria en la que la atención médica se financie no desde la oferta (es decir, presupuestando hospitales de pésimos estándares en los que no hay incentivos para hacerlo mejor) sino desde la demanda, haciendo que el dinero público vaya detrás del paciente debidamente asistido, cualquiera sea la institución que lo reciba. No faltan las críticas a una propuesta de tales características, desde aquellas que la señalan como factor determinante de la «dispersión» de los recursos destinados a la salud como de la «fragmentación» del sistema. Empecemos por la segunda: la atención médica en Venezuela no es que esté «fragmentada»: está destruida. Y obliguémonos a ser sinceros: la aspirada integración vertical y horizontal entre los distintos niveles de atención es y seguirá siendo el sueño irrealizado de una generación de salubristas venezolanos tras otra, como quiera que la financiación desde el lado de la oferta por la vía de presupuestos históricos balancea la ecuación de poder en el sistema situándolo en un nivel de operación en el que el perdedor ha sido, es y será por siempre el paciente, ya que no tiene mayor sentido generar más y mejores servicios. Y en cuanto a la pretendida amenaza de la «dispersión», la experiencia venezolana ha demostrado que en el pasado reciente los gobiernos subnacionales lograron lo que no pudo el gobierno central, en el que la temida «dispersión» operó por la vía del gasto dispendioso e ineficiente cuando no de corruptelas. Nada previene más y mejor la dispersión del costoso recurso dedicado a la salud que su concentración en el paciente y sus necesidades, y no en tupidas estructuras burocráticas.

SOLUCIONES PRIVADAS A PROBLEMAS PÚBLICOS: IDEAS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SANITARIO EN VENEZUELA

Gustavo J. Villasmil Prieto
(Maracaibo, 1962) Médico cirujano especialista en Medicina Interna, UCV; diplomado en Medicina de Urgencias, Tel Aviv University, Israel; máster en gerencia de Servicios de Salud (*cum laude*), UCAB; máster en Gerencia Pública, IESA; doctor en Ciencias Políticas, UCV; posdoctorado en Organizaciones Sanitarias, Faces, UCV; profesor asistente, Facultades de Odontología y de Medicina, UCV; secretario de Salud del estado Miranda (2008- 2016); miembro titular de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna; Fellow del American College of Physicians; miembro del Comité Académico de Cedice Libertad.

Centro de Divulgación del Conocimiento Económico «Cedice», 2019
Coordinación editorial
Rocío Guijarro
Asistente
Ana María Carrasquero
Corrección
Alberto Márquez
Diseño
ABV Taller de Diseño
Carolina Arnal

© Centro de Divulgación del Conocimiento Económico «Cedice»
Hecho el depósito de Ley
Depósito Legal DC2019001274
ISBN 978-980-7118-66-8

CENTRO DE DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO ECONÓMICO CEDICE

Av. Andrés Eloy Blanco (Este 2)
Edificio Cámara de Comercio
de Caracas. Nivel Auditorio,
Los Caobos, Caracas, Venezuela.
Teléfono: +58 212 571.3357
Correo: cedice@cedice.org.ve
www.cedice.org.ve
Twitter: @cedice
RIF: J-00203592-7

El Centro de Divulgación el Conocimiento Económico, A.C. Cedice Libertad, tiene como objetivo principal la búsqueda de una sociedad libre, responsable y humana. Las interpretaciones, ideas o conclusiones contenidas en las publicaciones de Cedice Libertad deben atribuirse a sus autores y no al instituto, a sus directivos, al comité académico o a las instituciones que apoyan sus proyectos o programas. Cedice Libertad considera que la discusión de las ideas contenidas en sus publicaciones pueden contribuir a la formación de una sociedad basada en la libertad y la responsabilidad. Esta publicación puede ser reproducida parcial o totalmente, siempre que se mencione el origen y el autor, y sea comunicado a Cedice Libertad.

SOLUCIONES PRIVADAS
A PROBLEMAS PÚBLICOS:
IDEAS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SANITARIO EN VENEZUELA

El **Observatorio de Derechos de Propiedad** de **Cedice Libertad** ha querido promover la publicación de este libro del doctor Gustavo Villasmil por la importancia y la novedad que, dentro del ámbito venezolano, tienen sus ideas para salir de la gran crisis sanitaria por la que atraviesa el país. En este trabajo, con agudeza diagnóstica y propuestas concretas, se plantea una alianza público-privada, necesaria para garantizar la vida, la libertad y la propiedad de los ciudadanos.

La primera impresión que tenemos al leerlo es, justamente, la de sentir que quien escribe sabe exactamente de lo que habla, conoce la historia de la medicina en Venezuela y ha visto, desde adentro de las salas del hospital, cada uno de los vericuetos del sistema sanitario venezolano.

Construir la transición entre el Estado que cura y el Estado que procura es, podríamos decir, la tesis central de este libro que, desde ya, resulta imprescindible en la bibliografía sobre el tema en Venezuela.

9 789807 118668

Observatorio de Derechos de Propiedad

cedice Libertad 35 Años