

La discontinuidad administrativa atenta contra la salud del venezolano

LISSETTE CARDONA ■ Periodista

En los últimos tres años el Ministerio de Salud ha tenido cinco titulares. Su tiempo promedio de permanencia en el cargo no supera siete meses. Los cambios constantes han ocasionado una crisis por falta de insumos y medicamentos.

DESDE QUE NICOLÁS MADURO asumió la presidencia en 2013, cinco funcionarios han pasado por el despacho del Ministerio de Salud. Cada responsable de la cartera sanitaria ha permanecido entre seis y diez meses al frente de esa dependencia del Ejecutivo, lo que a juicio de los expertos resta efectividad a la gestión y obstaculiza las decisiones para resolver los problemas del sistema de salud de Venezuela.

José Félix Oletta, exministro de Sanidad y Asistencia Social, miembro de la red Defendamos la Epidemiología Nacional, de la Sociedad Venezolana de Salud Pública, señaló:

No tengo la menor duda de que la altísima rotación de ministros de Salud en nuestro país, cinco en el período de Maduro, resulta un obstáculo para el desarrollo de las políticas públicas en salud. Con el cambio de ministros también ocurre el cambio del equipo de directores principales, viceministros, entre otros funcionarios. El problema sería menor si hubiera continuidad en las líneas fundamentales de las políticas ministeriales, pero no es así. La discontinuidad administrativa y técnica es la norma. La discontinuidad era mayor cuando los nuevos equipos gobernantes eran de partidos diferentes. Ahora ocurre aun entre grupos de poder del mismo gobierno. Además, se produce un inevitable período de adaptación entre los niveles políticos, que son los que toman las decisiones, y los niveles técnicos, que son grupos o equipos más estables. Muchas veces se producen obstáculos de comunicación y ejecución de las decisiones, por falta de confianza y habilidad.

Desde que Nicolás Maduro asumió las riendas del gobierno han pasado por el Ministerio de Salud los médicos Isabel Iturria Caamaño, quien luego de ser destituida regresó a la dirección del Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano en la que fue designada en 2006; Francisco Armada, especialista en Salud Pública que estuvo al frente del Ministerio por primera vez entre los años 2004 y 2007; Nancy Pérez Sierra, que duró cinco meses; Henry Ventura —entonces diputado y miembro de la Comisión de Desarrollo Social de la Asamblea Nacional— estuvo en el cargo desde marzo de 2015 hasta el 6 de enero de 2016, cuando fue reemplazado por Luisana Melo, que se desempeñaba como gerente de Servicios de Salud de Cantv.

El período de Iturria Caamaño

Con Iturria Caamaño se registró en el país una de las más graves crisis de atención de los pacientes oncológicos, que comenzó con su predecesora Eugenia Sader Castellanos, la última ministra de Salud del gobierno de Chávez. Luego de

que el gobierno habilitó más de veinte salas para la administración de radioterapias y otros tratamientos contra el cáncer, mediante un convenio de cooperación con Argentina, Sader Castellanos no renovó los contratos de mantenimiento, lo que ocasionó la paralización de la mayoría de los equipos. Así lo denunciaron el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, la Sociedad Venezolana de Radioterapia Oncológica y la Comisión de Desarrollo Social de la Asamblea Nacional.

Iturria Caamaño, que heredó graves problemas sanitarios, tampoco corrigió la situación ni renovó los contratos. Estuvo al frente del despacho durante seis meses y fue sustituida por Francisco Armada, quien sí autorizó la reparación de los equipos. Pese a la importancia de estos aparatos para el sistema de salud, transcurrieron cerca de ocho meses para que se repararan y se reabrieran los servicios referidos.

A la exministra Iturria Caamaño le correspondió asumir las directrices para enfrentar la epidemia de influenza AH1N1 que afectó al país. En contradicción con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud emitió instrucciones a las direcciones generales de salud de cada estado en las que se omitió el uso de antivirales como oseltamivir, zanamivir y similares, acción duramente criticada por el gremio médico.

Desde que Nicolás Maduro asumió la presidencia en 2013, cinco funcionarios han pasado por el despacho del Ministerio de Salud. Cada responsable de la cartera sanitaria ha permanecido entre seis y diez meses al frente de esa dependencia del Ejecutivo

Adicionalmente, se negó a informar del número de personas afectadas y fallecidas por causa de la influenza y otras enfermedades contagiosas. Sus acciones condujeron a varios médicos, casi todos de la Sociedad Venezolana de Salud Pública, y diputados a la Asamblea Nacional, como Dinorah Figuera, a solicitar la intervención de la Fiscalía General de la República para exigir los datos necesarios en el diseño de estrategias contra la epidemia. También introdujeron un pliego de solicitudes a la Defensoría del Pueblo por la misma causa. No hubo pronunciamiento ante los reclamos.

Una de las características más resaltantes de la gestión de Iturria Caamaño, en los seis meses que estuvo al frente del despacho de Salud, fue su negativa a reunirse con las sociedades científicas, los gremios médicos y otros especialistas del área.



Hospital Universitario de Caracas

Antes de que la ministra tomara nuevas decisiones fue sustituida y, con ella, la mayoría de los responsables de viceministerios y despachos regionales.

El exministro José Félix Oletta destaca que los cambios ocurridos en los últimos tres años son negativos:

El «promedio de vida» de los ministros de salud en la administración de Maduro es inferior a siete meses. Recuerdo, dos décadas atrás, que se señalaba con preocupación que en América Latina ese promedio era nueve meses y esto se consideraba un obstáculo importante para el éxito y la continuidad de las políticas de salud. Los resultados están a la vista: pérdida del liderazgo y de la rectoría del sistema, ineficiencia, incapacidad para la gestión y bajo desempeño. Como denominador común, escasa coherencia y uniformidad de las acciones, para lo que debe promoverse desde el nivel rector la corresponsabilidad intersectorial (el modelo centralizado del gobierno del régimen va en sentido contrario a esta y obstaculiza la participación de los equipos de trabajo de otros niveles). La falta de acuerdos impide desarrollar nuevas competencias de la rectoría, determinadas por las crecientes demandas de salud; por ejemplo, modular la participación de nuevos actores, supervisar y controlar nuevas acciones y estrategias.

Oletta señaló, además, que todos los ministros han carecido de atributos de buen gobierno; es decir, logros conducentes al desarrollo económico, social o institucional duradero que promueva un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado:

El concepto aplicado al gobierno de un sistema de salud moderno le da mayor legitimidad, que no se consigue solo con eficiencia y eficacia, sino que es también fundamental el elemento democrático. En él se subsumen la transparencia, la rendición de cuentas, la participación. La gobernanza en Venezuela se ha deteriorado progresivamente en los últimos 16 años.

De Armada a Pérez Sierra

Las memorias y cuentas del Ministerio de Salud de los últimos tres años han estado refrendadas, al mismo tiempo, por al menos dos ministros. En el interior, el informe de gestión de cada viceministerio comparte también varias firmas de directores de despacho que duraron pocos meses en sus cargos.

El documento que resume la gestión ministerial de 2014, por ejemplo, señala que durante diez meses el despacho general del ministerio estuvo a cargo de Sonia Fernández, mientras que los viceministerios de Salud Integral, Redes de Atención Ambulatoria de Salud, Hospitales y Redes de Salud Colectiva estuvieron bajo la dirección de Carlos Alvarado, Rosicar Mata, Juana Contreras y Pascualina Curcio. Luego pasaron la batuta a funcionarios designados por Nancy Pérez Sierra.

La Memoria y Cuenta de 2014 también señala que la Dirección General de Epidemiología tuvo tres directores diferentes en menos de un año, debido al cambio de ministros. Lo mismo ocurrió con la Oficina de Gestión Administrativa y con la Fundación de Edificaciones y Equipamiento Hospitalario, que pasó a estar encabezada directamente por la ministra Pérez Sierra.

Los indicadores de gestión presentados reprobaban las tareas ejecutadas por todos los responsables. El apartado contenido en la página 391, capítulo 5 del documento, referido al desempeño general de ese despacho, es una muestra de los problemas al señalar como obstáculos: «Retrasos en los procesos administrativos, situación que limitó la ejecución de metas, para la oportuna solución a los problemas en cuanto a rehabilitación de infraestructuras, licitación de insumos médicos y no médicos y medicamentos, de igual forma los retardos en la adquisición de las necesidades requeridas por cada establecimiento de salud» (el documento está disponible en <http://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2012/10/Memoria-MPPS-2014.pdf>).

En la página 106 del mismo documento, donde se exponen las actividades de la Dirección General de Salud Indígena, Intercultural y Terapias Complementarias, se precisan otros obstáculos de la gestión: «La reconducción del presupuesto 2014, con respecto al año anterior generó la adecuación de metas y contratación de personal técnico y asistencial» y la «falta de supervisión y acompañamiento por parte de autoridades nacionales, estatales y municipales del Sistema Público de Salud», señalamiento que se repite en otras direcciones especializadas del despacho.

La Memoria y Cuenta de 2014 recoge los datos de las gestiones de Francisco Armada y Nancy Pérez Sierra. Armada fue el segundo ministro de Salud del gobierno de Maduro. Al asumir el despacho había en los hospitales públicos 300.000 cirugías pendientes por falta de insumos y médicos para practicarlas.

Para subsanar las fallas el gobierno inició varios planes especiales como las micromisiones hospitalarias, que contemplaban jornadas de intervenciones en turnos extra de trabajo. También se nombró un Estado Mayor de Salud, con la exministra Iturria como miembro principal, que acometería trabajos de refacción en once centros de salud, todos de referencia nacional que equivalían a cuatro por ciento de los hospitales del país: los hospitales José Gregorio Hernández (Puerto Ayacucho), Felipe Guevara Rojas (El Tigre), Central de Maracay (Aragua), Luis Razetti (Barinas), Enrique Tejera (Valencia), Luis Razetti (Tucupita), Universitario de Los Andes (Mérida), Adolfo D'Empaire (Cabimas), José Francisco Molina Sierra (Puerto Cabello) y, en Caracas, Periférico de Coche y J. M. de los Ríos. Pero esta iniciativa no tuvo éxito. En agosto de 2015 médicos y pacientes del Hospital de Niños, por ejemplo, denunciaron que más de 4.500 pacientes estaban a la espera de una operación (46 por ciento de las camas de ese centro de salud estaban inoperativas).

El puesto de Iturria Caamaño en el Estado Mayor fue ocupado por Francisco Armada a las pocas semanas de su creación, pero la deuda quirúrgica continuó y continúa. Con la gestión de Pérez Sierra, que apenas duró cinco meses en el cargo, los problemas sanitarios se agravaron. En 2014, la Federación Farmacéutica Venezolana (Fefarven) denunció que el desabastecimiento de medicinas rondaba el sesenta por ciento y los importadores de reactivos, materiales de laboratorio e insumos no pudieron pagar sus deudas con los proveedores internacionales debido a la falta de liquidación de divisas, por lo que se acentuó la escasez de materiales médico-quirúrgicos.

La Memoria y Cuenta detalla los problemas denunciados por Fefarven: «Ante los nudos críticos en el proceso de licitación, adquisición, transporte y distribución de los medicamentos y material médico quirúrgicos destinados a los programas de salud y la red de servicios público y privado,

siguiendo instrucciones del Ejecutivo, el MPPS creó la Corporación Nacional de Insumos para la Salud (CONSALUD, CA)» (página 19). Agrega el documento: «Falta de materias primas para la elaboración de medicamentos, esto debido a que la empresa proveedora de insumos tuvo retrasos en la adquisición de divisas para realizar la importación. También se registraron fallas en algunas maquinarias y equipos por falta de mantenimientos preventivos y correctivos, debido a que sus repuestos e insumos son importados o pertenecen a equipos antiguos lo cual dificulta su adquisición».

Los números de afectados por epidemias como el dengue y la malaria crecieron. A estas se sumó una nueva enfermedad transmitida por vectores que afectó a buena parte del país: la fiebre chikungunya. Pese a que fue declarada Enfermedad de Notificación Obligatoria y debía hacerse segui-

José Félix Oletta: «La discontinuidad administrativa y técnica es la norma. La discontinuidad era mayor cuando los nuevos equipos gobernantes eran de partidos diferentes. Ahora ocurre aun entre grupos de poder del mismo gobierno. Además, se produce un inevitable período de adaptación entre los niveles políticos, que son los que toman las decisiones, y los niveles técnicos, que son grupos o equipos más estables. Muchas veces se producen obstáculos de comunicación y ejecución de las decisiones, por falta de confianza y habilidad»

miento, la difusión del Boletín Epidemiológico Semanal fue suspendida el 1° de noviembre de 2014. El silencio continuó en la gestión de Henry Ventura, quien recibió un permiso especial de la Asamblea Nacional para ejercer el cargo de ministro de Salud en marzo de 2015.

Para noviembre, al cumplirse nueve meses de gestión, los reportes de desabastecimiento habían recrudescido. Fefarven reportó la escasez de entre setenta y ochenta por ciento de los fármacos en el país. Los laboratorios acumulaban una deuda de 3,5 millones de dólares.

El estreno de Ventura ocurrió con una petición de disminuir el consumo de medicinas y el lanzamiento del Sistema Integrado de Acceso a los Medicamentos (un mecanismo regulador). A los problemas del sector público se sumaron los del sector privado. La Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales ha denunciado que en los centros de salud se trabaja con las reservas de inventario de materiales quirúrgicos y medicinas. Tampoco se han podido reparar equipos importantes para tratamientos o estudios de imagenología, debido a los retrasos en la asignación de divisas.

Institucionalidad perdida

Los exministros José Félix Oletta López, Carlos Walter Valecillos y Ángel Rafael Orihuela señalaron que la llegada del expresidente Hugo Chávez al poder en 1998 inició la destrucción institucional del país, de la que el sistema de salud no escapó. En la sección «La pérdida de la institucionalidad y su impacto en la medicina venezolana» del texto *La pérdida de la institucionalidad en Venezuela*, publicado por las Academias Nacionales de Venezuela en 2014, los tres médicos, con otro grupo de quince especialistas en salud pública, explican cómo se terminó con el avance logrado antes del gobierno chavista (el documento está

disponible en <http://www.venezuelaaldia.com/wp-content/uploads/2015/07/2014-Perdida-de-la-Institucionalidad-en-Venezuela-Libro-Interacademico.pdf>.

Para estos analistas ocurrió una pérdida progresiva de la institucionalidad, que limitó el acceso a los servicios básicos. Otro problema fue la ausencia de una legislación en materia de salud, deuda que ya superó los 16 años de mora. Los expertos también refieren que la recentralización de la salud fue dañina para su administración, por lo que era necesario revertirla. En la

En la década de los noventa se logró que 17 estados del país tuvieran autonomía administrativa en materia sanitaria. Pero las decisiones fueron nuevamente reservadas al Ministerio de Salud, que asigna partidas presupuestarias a esas entidades y se reserva el poder decisor

década de los noventa se logró que 17 estados del país tuvieran autonomía administrativa en materia sanitaria. Pero las decisiones fueron nuevamente reservadas al Ministerio de Salud, que asigna partidas presupuestarias a esas entidades y se reserva el poder decisor.

La recentralización, sumada al caos administrativo causado por la discontinuidad y los constantes cambios, creó mayor burocracia y mayores problemas. A juicio de los especialistas, era necesario:

... revertir la recentralización de la salud ejecutada mediante decretos violatorios de la constitución en 2008, perfeccionar los procesos de transferencia de bienes, servicios y competencias de los servicios de salud a los estados y, a su vez, de éstos a los municipios y a las comunidades, ordenar el proceso de descentralización corrigiendo los errores y deficiencias del pasado, fortaleciendo las funciones rectoras en salud del gobierno nacional, sustantivas e indelegables, mediante la «centralización normativa» y a la vez aplicar y ordenar la «descentralización operativa y de gestión» de los servicios hacia otros órganos de gobierno y las comunidades. Incrementar los mecanismos de supervisión, contraloría y evaluación de procesos y resultados, así como estimular los procesos de evaluación de la satisfacción de los usuarios.

Además, señalaron la necesidad de revisar la Ley Marco de Seguridad Social, desarrollar una ley del Subsistema de Seguridad Social en Salud, promover la Ley de Coordinación de las Fuentes de Financiamiento Público del Sistema de Salud y una Ley del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. También señalaron como prioritaria la revisión del Convenio de Cooperación entre Cuba y Venezuela y otros convenios bilaterales de cooperación en salud.

El texto de las Academias Nacionales cita el análisis de 2012 del sociólogo Jorge Díaz Polanco, del Centro de Estudios del Desarrollo, para definir los tres ejes sobre los que debe basarse la gestión del Ministerio de Salud: «La intervención del Estado (las obligaciones públicas), la legitimidad institucional (los acuerdos constitucionales en cuanto a derechos garantizados) y las funciones esenciales de la institución sanitaria (el desempeño y los resultados), pues en la Constitución de 1999 no se dotó de las leyes necesarias para hacer efectivos sus principios, fundamentos y propósitos, y más importante aún, ha sido violada reiteradamente».

Los vacíos legales, los incumplimientos y los desaciertos de los nueve ministros designados por Chávez continuaron con la gestión de Maduro. Entre 1999 y 2015 se cuentan trece funcionarios en 16 años. El despacho cambió varias veces de nombre: de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (que se mantuvo desde su creación en 1936), a Ministerio de Salud y Desarrollo Social (que incluía la cartera de la Familia en 1999), a Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social en 2009 (se eliminó el Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social), y dos años después a Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Durante ese lapso de más de tres lustros Venezuela retrocedió en todos los indicadores sanitarios, incluido el número de infectados con malaria o paludismo. A mediados de octubre de 2015, el país batió su propio récord en el número de afectados con malaria desde la década de los cuarenta, al alcanzar la cifra de 105.707 casos. Al cierre del año se esperaban más de 120.000 infectados por la enfermedad parasitaria.

Un indicador del retroceso: gasto en salud como porcentaje del PIB

	Venezuela	América Latina y el Caribe
1998	4,51	6,45
2013	3,60	7,73

Fuente: «La demolición de la salud pública en Venezuela». <http://prosprev.com/2015/10/25/la-demolicion-de-la-salud-publica-en-venezuela/>

La alternativa

El grupo de académicos planteó opciones para reencaminar el Ministerio de Salud y, en general, todo el sistema sanitario nacional. «En materia de incentivos, deberán introducirse aquellos mecanismos de pago a los proveedores intermedios y finales que más contribuyan a reducir la exclusión (por ejemplo, subsidios públicos a los establecimientos de salud para la atención de colectivos excluidos) y evitarse aquellos que pueden fomentarla», señalaron.

Los especialistas insistieron en la necesidad de sincerar la cobertura del gasto en salud, en ocasiones duplicada porque el trabajador está en la administración pública y goza de póliza privada, y concluyeron:

En el ámbito de la provisión de servicios, el reto consistirá en reorientar el modelo de atención centrado en la estrategia de atención primaria de la salud, con redes de servicios integrados vertical y horizontalmente, y en introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a reducir o a eliminar la exclusión. En relación con el modelo de atención, será necesario privilegiar las estrategias orientadas a: fortalecer la accesibilidad a los servicios de salud (por ejemplo, reorientando los servicios con criterios de promoción de la salud y fortaleciendo la estrategia de atención primaria); garantizar la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud; y fortalecer la demanda de servicios de las poblaciones con mayor riesgo de exclusión (por ejemplo, fortaleciendo la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de salud). ■