



ANIVERSARIO

ISSN 0798-1171

Depósito legal pp. 197402ZU34

Esta publicación científica en formato digital es continuidad de la revista impresa



REVISTA DE FILOSOFÍA

I. Repensando la Democracia: Desafíos en la Transformación Social Mundial

II. Ciencias de la Educación y Pensamiento Intercultural: Diálogos y Prospectivas

III. Bioética y Crisis Epistémica en Contextos de Pandemia

Centro de Estudios Filosóficos
"Adolfo García Díaz"
Facultad de Humanidades y Educación
Universidad del Zulia
Maracaibo - Venezuela

Nº100
2022 - 1
Enero - Abril

Revista de Filosofía

Vol. 39, N°100, 2022-1, (Ene-Abr) pp. 378 - 397
Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela
ISSN: 0798-1171 / e-ISSN: 2477-9598

**Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América
Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 –
2021)**

*Right to Health and Neoliberalism in Venezuela and Latin America:
Incomplete Chronicle of a Disputed Narrative (1960 – 2021)*

Pedro Enrique Villasana López

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8713-8202>
Universidad de los Lagos - Puerto Montt - Chile
pedro.villasana@ulagos.cl

Alessandro Monteverde Sánchez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0172-2921>
Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación - Chile
Universidad Adventista de Chile - Chile
amontev@gmail.com

Felipe Vergara Lasnibat

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3400-6123>
Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación - Chile
fvergara@upla.cl

Resumen

Guvq"vtcdclq"guv"fgqrquvcfq"gp"\gpqfq<
DOI:"jwru<llfqk0qti132074:31|gpqfq07;:9423

El artículo aporta algunas reflexiones en torno a las transiciones que el sentido del Derecho a la Salud en Venezuela ha encarnado en el período 1960 al 2021. Para ello, se realiza una revisión crítica de la legislación en salud vigente durante ese período, así como de los procesos de Reforma y Contrarreforma intentados en el marco de los dinámicos contextos histórico-políticos que ha transitado el país. Se logra caracterizar períodos, evidenciar aproximaciones, alejamientos y transiciones al modelo neoliberal en proceso de instauración en Latinoamérica; a partir de regularidades, similitudes y paralelismos asincrónicos, identificados en la contrastación con lo ocurrido en otros países de la región, Chile y Colombia; revelando, además, posibles horizontes para el Derecho a la Salud en la Venezuela del siglo XXI.

Palabras clave: Sentido; Derecho a la Salud; Neoliberalismo; Leyes; Reformas.

Recibido 16-08-2021 – Aceptado 24-10-2021

*Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-SA 4.0)*

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Abstract

This paper aims provides some reflections on the transitions that the sense of the Right to Health in Venezuela has embodied in the period 1960 to 2021. For this, a critical review of the health legislation in force during that period is carried out, as well as of the Reform and Counter-reform processes attempted within the framework of the dynamic historical-political contexts that the country has gone through. It is possible to characterize periods, and to show approaches, distances and transitions to the neoliberal model in the process of establishment in Latin America; from regularities, similarities and asynchronous parallels, identified in the contrast with what happened in other countries of the region, Chile and Colombia; also revealing possible horizons for the Right to Health in the Venezuela of the XXI century.

Keywords: Sense; Right to Health; Neoliberalism; Laws; Reforms.

Introducción

En América Latina se pueden identificar rasgos comunes en el proceso de conformación y consolidación de su oferta de servicios de salud: desde los 50 a los 70 fue el establecimiento de sistemas nacionales de salud siguiendo el camino desarrollista a los Estados de Bienestar marcado desde la Europa de postguerra, bajo la tutela de los Estados Unidos de América que cuidaba de su patio trasero en el marco de la Guerra Fría; en los 80 y los 90, la crisis de la deuda obliga a imponer la receta del Consenso de Washington: achicar el Estado, racionalizar el gasto y abrir la oferta de servicios de salud al sector privado¹ y en lo que va del siglo XXI, escenarios convulsionados que expresan la tensión entre los dos modelos en pugna. La experiencia de Venezuela en esas primeras dos décadas (80 y 90), acompañando los modelos de Chile y Colombia, pareció verse truncada con la llegada de Hugo Chávez a la presidencia y la nueva Constitución de 1999, eventos que, junto a lo ocurrido en otros países de la región como Bolivia, Ecuador, Argentina y Brasil, donde se produjeron reformas constitucionales y/o nuevas constituciones que incorporaron el reconocimiento explícito del Derecho a la Salud, crearon la sensación de que el neoliberalismo estaba en retroceso.

No obstante a esta ilusión, en Venezuela, así como en el caso colombiano, chileno y de diversas latitudes latinoamericanas, se mantenía la preferencia transnacional y empresarial por encima del bienestar social, impulsando un modelo económico capitalista, cuyo fin era la acumulación desproporcionada de las riquezas. A través de la reserva de capitales, el neoliberalismo llevó los derechos sociales, como la salud, a formar parte de los intereses mercantiles, produciendo “equilibrios económicos”, sin tomar en consideración

¹ DE CURREA-LUGO, Víctor. (2010). *Salud y Neoliberalismo*. Colombia: Universidad El Bosque. Colección BIOS Y OIKOS.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

las asimetrías promovidas en estos procesos². Esta realidad lleva a considerar las vulnerabilidades sociales y a denunciar los contextos que se olvidan de la dignidad de las personas, al ejercer políticas públicas para aupar la presencia de modelos hegemónicos en la región³.

En este trabajo se contrastan los antecedentes de lo ocurrido en Venezuela, Colombia y Chile en lo que establecemos como tres períodos, en los que exploramos la ocurrencia de regularidades o distanciamientos respecto al modelo neoliberal en salud en los tres casos, siguiendo la pista del gasto público en salud y su composición, algunos indicadores de salud y desarrollo, la composición y comportamiento de los sistemas de salud público y privado, y un breve contexto del devenir político.

Una primera aproximación

Nuestra primera aproximación comprende el período desde 1980 hasta 1999, y tiene su punto de arranque en la Ley del Subsistema de Salud aprobada por el Congreso de la República de Venezuela el 11 de noviembre de 1998, a pocos días de las elecciones que el 6 de diciembre del mismo año que llevarían a Hugo Chávez Frías a la presidencia, Ley que llama la atención por lo apresurado de su aprobación. La *nueva* Ley del Subsistema de Salud, que se promulga al amparo de la Constitución de 1961, deroga la Ley de Sanidad Nacional de 1938 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 1987⁴, estableciendo las bases para el proceso de privatización de los servicios de salud que se encontraba en marcha desde los ochenta siguiendo las orientaciones del Consenso de Washington, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), los cuales condicionaban el financiamiento al cumplimiento de *la receta neoliberal*⁵, que en Venezuela había hecho su debut en 1989, provocando la explosión social conocida como el Caracazo que la frenó momentáneamente, para luego ser impuesta con el nombre de Agenda Venezuela por el gobierno de Rafael Caldera entre 1993 y 1998.

Para el Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA), “a partir de 1989, con el inicio de los ajustes económicos - incluida la Agenda Venezuela - se profundizó una discriminación estructural que consistió en la falta de medidas adecuadas para asegurar la cobertura de las necesidades de salud de los grupos

² HUERTAS, Carla; MAGUIÑA, Omar; DURAND, Luis. (2021). “Multiculturalidad y modelos económicos en América Latina”. *Revista de Filosofía*, Vol. 38, N° 99. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5677115>

³ ESTAY SEPÚLVEDA; Juan Guillermo. “Vulnerabilidad y vulnerabilizados. una reflexión para la construcción de democracias y el multiculturalismo del tercer milenio”. *Revista de Filosofía*, Vol. 38, N° 99, <https://doi.org/10.5281/zenodo.5641873>

⁴ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. Gaceta Oficial de la República de Venezuela Caracas, 11 de noviembre de 1998 Número 36579. Ley Orgánica de Salud.

⁵ VILLASANA, P. y GÓMEZ, R. DE VOS, P. (2018). “Aproximación crítico-hermenéutica a la noción de bienestar en el marco del neoliberalismo”, *Utopía y Praxis Latinoamericana*. año: 23 n° 83, 148-164.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

más vulnerables.”⁶ La Agenda Venezuela, presentada como alternativa para superar la crisis, plantea “...sentar las bases para generar el crecimiento económico sostenido con el objetivo de disminuir significativamente la pobreza. (...) La gran pregunta es cómo crecer. La respuesta corta es despolitizando la economía (...) transparencia judicial, privatización de servicios públicos, competitividad de los mercados laborales, bajos impuestos, reducido gasto público... y orientar el superavit al pago de la deuda externa (...) la respuesta era despolitizar...”⁷

La *nueva* Ley normatizaba el cobro por prestaciones en establecimientos públicos de salud, impuesto a pesar de la mínima capacidad de pago de la población, en un contexto donde las condiciones de vida iban deteriorándose progresivamente. Según estimaciones del Centro de Estudios sobre el Desarrollo Social (FUNDACREDESA), para 1993 un 80% de la población venezolana se encontraría ubicada en los estratos IV y V. De acuerdo con Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), para 1994 más del 70% de los hogares se encontraban en situación de pobreza, siendo el 41% indigentes.⁸ Así, la *nueva* Ley establecía entre los deberes de los pacientes, Art. 70: “Retribuir los costos generados por la atención médica cuando su capacidad económica se lo permita”, y entre sus derechos “Exigir ante la administración del establecimiento público o privado, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso”.⁹

Lo anterior formalizaba lo que venía ocurriendo desde los ochenta; el sistema público de salud fue redimensionado, y de una cobertura del 90% en los ochenta pasa al 54% en 1991.¹⁰ Esto se habría logrado por la vía de la descentralización y atomización del sistema de salud, privatización y transferencia de competencias, y el ensayo y desarrollo de nuevos modelos de gestión de los servicios de salud. El Gobierno abre espacios para la participación privada en el sector salud, y algunos actores destacaban que esto “...impulsó el crecimiento en Chile (...), debe apoyarse la aceleración de la privatización y las normas para establecer fondos de pensiones y salud...” Todo esto en el marco de la todavía vigente Constitución de 1961^{11,12}, la que en lo relativo al Derecho a la Salud, y del Deber del Estado en esta materia establecía en su artículo N° 76:

⁶ DIARIO EL ARAGÜEÑO. “Agenda Venezuela en marcha”. Edición 07-02-1997.

⁷ DIARIO EL UNIVERSAL. 17-12-1996.

⁸ COVA, C. (1996). “Realidad Social de Venezuela”. *Curso de Formación Sociopolítica* N° 6. Caracas: Publicaciones del Centro Gumilla.

⁹ GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. Caracas, 11 de noviembre de 1998. Número 36579. Ley Orgánica de Salud.

¹⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. O.P.S. (1994). *Venezuela, Situación de Salud - 1993*. Caracas: Publicaciones de la O.P.S.

¹¹ DIARIO EL UNIVERSAL 07-12-1996.

¹² VILLASANA LÓPEZ, Pedro. (2009). “El discurso de la trampa del discurso”. *Acerca del Sentido Histórico del Discurso de la Eficiencia y Eficacia en el Sector Salud en Venezuela*. Carabobo: Ediciones de la Asociación de Profesores de la Universidad de Carabobo.

“Todos tienen derecho a la protección a la Salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la Salud Pública y proveerán los medios de asistencia **a quienes carezcan de ellos**”¹³ (Énfasis nuestro).

Esta parte final que enfatizamos, fue la *puerta* que habría posibilitado la privatización y la institucionalización del cobro en los establecimientos públicos a través de la Ley de Salud de 1998; lo que nos hace preguntar: ¿Cuál era la noción y el sentido de Derecho a la Salud que se encontraba presente en esta ley? y, ¿Cuáles fueron las condiciones que hicieron posible su surgimiento en Venezuela?, aún y cuando la Constitución consagraba los Derechos Sociales, reservando al Estado la preservación de la Justicia Social mediante la administración de los recursos destinados por la Sociedad a tal fin. El Derecho a la Salud tenía carácter universal, en una Sociedad en la cual todos seríamos iguales ante la Ley.

Sin embargo, la posibilidad de ejercer este derecho fue relativizada por la *nueva* Ley de Salud; ya no sería ni universal, ni igual para toda la población, a pesar o gracias a la propia Constitución de 1961. En circunstancias en que la inversión del Estado en salud en la década de los ochenta y noventa tuvo muy poco crecimiento, en contraste con la expansión del sector privado de salud. En veinte años se construyeron 50 establecimientos públicos y alrededor de 400 clínicas privadas.¹⁴ En Venezuela se instalaba una nueva noción de justicia social y un nuevo Derecho a la Salud; el derecho a elegir (sujeto a la capacidad de pago); y un nuevo deber del Estado, actuar subsidiariamente como árbitro de las transacciones de mercado.

El contexto regional. Primera transición

Una inspiradora marea neoliberal empapaba con su creatividad a los gobiernos de América Latina, que a diferentes ritmos y con diversos *mecanismos y estrategias* seguían la receta neoliberal con cierta sincronía. **A la vanguardia Chile**, que a la postre resultaría el alumno más destacado de la mano de los discípulos de Milton Friedman y la Escuela de Chicago, con la *colaboración* del gobierno cívico-militar, que se encargó *a sangre y fuego* de cumplir la tarea desde su asalto al poder en 1973 mediante el golpe de Estado al gobierno de la Unidad Popular y Salvador Allende, adelantándose a lo que decretaría el Consenso de Washington en 1980. La instauración progresiva del modelo, al que injustamente se denominó neoliberal, se fue desarrollando desde mediados de los 70 con un conjunto de leyes y decretos que alcanzó su punto más alto con la Constitución de 1980, que en lo relativo al Derecho a la Salud estableció en su Artículo 19:

“**El Estado protege el libre e igualitario acceso** a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le

¹³ CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. (1961). Art. 76. Disponible en: Constitución de la República de Venezuela de 1961 (usal.es)

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD (2006). Número de establecimientos de salud registrados. Caracas: Dirección de Salud Poblacional y Dirección de Contraloría Sanitaria.

corresponderá, asimismo, la **coordinación y control** de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá **establecer cotizaciones obligatorias**. Cada persona tendrá **el derecho a elegir** el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;¹⁵ (Énfasis nuestro).

Este proceso iniciado en los 70 continúa hasta la actualidad, siendo afinado y perfeccionado por sucesivos gobiernos, que aunque formalmente son denominados de centro-derecha o centroizquierda, han colaborado indistintamente en la consolidación de un modelo de Mercado extractivista y neocolonial consagrado en la vigente Constitución de 1980, con una fachada injustamente denominada neoliberal.¹⁶

En el caso de Colombia, y en el marco de un complejo y convulsionado proceso, la Constitución promulgada en 1991 establecía en su Artículo 49:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. **Se garantiza a todas las personas el acceso** a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado **organizar, dirigir** y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y **determinar los aportes a su cargo** en los términos y condiciones señalados en la ley”.¹⁷ (Énfasis nuestro).

En términos de eficiencia, en Colombia a diferencia de lo ocurrido en Chile, durante el período se registra un aumento importante del gasto en salud, uno de los principales objetivos de la receta. Los aportes estatales pasaron del 1,39% del producto interno bruto en 1988 a 4% en el 2000, aumentando un 178%. Pero este aumento del gasto no se reflejó en mejor calidad o acceso a los servicios de salud, que en Colombia, con la Ley 100 de 1993, quedó a cargo de las entidades promotoras de la salud (EPS) privadas, o administradoras del régimen subsidiado (ARS) públicas; revelando problemas de eficiencia respecto al modelo chileno instrumentado a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) público, y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) privadas, en el cual parecía inspirarse, teniendo similitudes y compartiendo la *lógica de mercado y lucro*.

¹⁵ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE. (1980). Disponible en: cprch.PDF (camara.cl)

¹⁶ VILLASANA LÓPEZ, Pedro. (2018). Resiliencia Neoliberal en América Latina. ¿Cuestión Genética o Fraude Continuo? En *De los Estados Larvales a las Mariposas. Escenarios de la Razón Neoliberal en América Latina*. Compilador: César Augusto Palencia. Bogotá: Ed. Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano.

¹⁷ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (1991). Disponible en: Constitucion Politica 1991 (suin-juriscol.gov.co)

En relación a los problemas de eficiencia y eficacia del nuevo sistema, se señalaba que la regulación estatal en el régimen contributivo fue casi inexistente, provocando, por ejemplo, que las EPS privadas aceptaran a los pacientes más sanos y refirieran a los que necesitaban servicios más caros a los administradores públicos, ¿afán de lucro? ¿selección adversa? En 2001, las EPS privadas cobraban la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de 50.000 fallecidos, evidenciando la corrupción, no precisamente del ineficiente sector público invocada como justificación de las reformas. Muchas personas pobres que ahora estaban cubiertas por un seguro recibían atención médica en los servicios públicos antes de la reforma, pero muchos pobres asegurados no podían acceder a los servicios por falta de recursos para costear los copagos compartidos. Además, mientras que 30% de la población que debía recibir el subsidio no lo recibía, 31% de las personas que recibían subsidios no eran pobres.¹⁸

Esto provocó serias dudas respecto a si la motivación de la reforma fue responder a las necesidades de atención en salud de la población o no. Álvaro Uribe Vélez argumentó claramente que para Colombia a partir de 1992-93, el derecho a la salud es un derecho prestacional de segunda generación y no fundamental. La Ley Estatutaria definió los servicios de salud como servicios públicos restringidos al ámbito de la disponibilidad financiera; y en tal sentido, el derecho a la salud tendría un estatus diferente a los derechos civiles y políticos, no sujetos a la restricción financiera.¹⁹

¿Regularidades y sincronías?

Tomando en cuenta las fechas en que se inicia la instalación del modelo neoliberal en Chile, Colombia y Venezuela, no existirían regularidades, coordinación ni sincronías que pudieran indicar una tendencia; dado que en Chile se constatan las primeras evidencias a partir de 1969, consolidándose desde 1973; y que en Venezuela los primeros intentos de reforma se dan con la instalación de la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) en 1983-84, intensificándose en 1989; en tanto que en Colombia el proceso se hizo evidente en 1991 con la nueva Constitución, y luego en 1993 con la Ley 100. Las fechas no coinciden, y podrían interpretarse como *coincidencias*, o como la natural inclinación de los gobiernos de Colombia y Venezuela a copiar la *exitosa* experiencia de Chile reflejada en sus indicadores macroeconómicos. Sin embargo, con cierta altura de mira se hace patente un período histórico en el transcurso de más o menos 20 años, en el cual ocurrió la institucionalización de estos tres procesos de reforma, sin considerar aquí lo que simultáneamente ocurría en países como México y Argentina, por ejemplo.

¹⁸ HOMEDES, Nuria y UGALDE, Antonio. (2005) “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* vol. 17 n° 3.

¹⁹ RAMÍREZ MORENO, Jaime. (2013) Corporativismo y legitimidad en el sistema de salud. En *Informe Anual 2013. Perspectiva del Sistema de Salud Colombiano*. Maria Elena Osorio E. Coordinadora. Colombia: Colección: Tendencias de la salud en Colombia.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Para comprender las asincronías, debemos tomar en consideración los diversos *métodos* empleados en los países para instalar el modelo, así como sus condiciones macroeconómicas y sociopolíticas en el período. **La experiencia en Chile** fué *ejecutada, impuesta y mantenida a la fuerza* por el gobierno cívico-militar, con el daño colateral de miles de muertos, desaparecidos y millones de exilados, hasta lograrse su estabilización y consolidación alrededor de 1980. **En Venezuela**, sus ingresos petroleros le permitieron a los gobiernos *conducir la reforma en paz* a mediados de los 80 a través de la COPRE, sin embargo, cuando se intentó la aceleración con la llegada de Carlos Andrés Pérez en 1988 a la presidencia, el paquete de medidas provoca un estallido social reprimido fuertemente, con daños colaterales estimados en alrededor de cinco mil fallecidos en las calles por las balas del ejército y la policía. **En tanto que, en Colombia**, un escenario en el que no debe desconocerse el papel de una insurgencia armada de cerca de cuarenta años para ese momento, del narcotráfico y luego el paramilitarismo como ingredientes que complejizan el proceso; con saldo de miles de muertos y millones de desplazados en los setenta y los ochenta, las reformas neoliberales comienzan a ver la luz con la llegada del presidente Gaviria a inicios de los noventa.

La Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 pavimentaron el camino al achicamiento del Estado y las privatizaciones, particularmente en el campo de la salud. El Estado pasó imperceptiblemente de ser un proveedor a un comprador de servicios a los particulares²⁰, y con consignas de estabilización a corto plazo, apertura económica, globalización, austeridad del gasto público y ajuste estructural, los gobiernos fueron obligados a pagar las deudas contraídas con usureros multinacionales a expensas del bienestar de millones de habitantes sumidos en la miseria.²¹

La normalización del cobro por atención en salud en Venezuela y la limitación del Estado a un papel subsidiario, de ser solo garante del *acceso* a los servicios puestos como bienes en el Mercado como en Chile y Colombia, respondía a las instrucciones de disminuir el gasto público y el tamaño e intervención del Estado de la receta neoliberal. Además, los cambios en los contrapesos geo-políticos producto de la disolución de la Unión Soviética en 1990 tuvieron un indudable impacto, no sólo en la economía de países como Cuba, sino también en la aceleración de los procesos impuestos por el Consenso de Washington, FMI y BM al resto de los países de América Latina, ayudando a entender las regularidades, tendencias y sincronías que se evidencian en este primer período, que podemos caracterizar como **una primera transición**, desde los Estados de Bienestar donde tuvieron sentido y espacio los Derechos Sociales, a los *nuevos* Estados Neoliberales donde dichos derechos iban desapareciendo; transición a un modelo en el que, aunque formalmente existía libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de *acceso*

²⁰ RAMÍREZ MORENO, Jaime. (2018). “Rectoría y legitimidad en el sistema de salud colombiano”. En *Agenda en salud 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100 Bogotá 2018*.

²¹ GUZMÁN MORA, Fernando. “Neoliberalismo y Salud en Colombia”. Disponible en: *Neoliberalismo y Salud en Colombia*, *Heraldo Médico*

financiero generaron una segmentación en el mercado que excluía a la mayoría de la población.²²

La liquidación de los Estados de Bienestar como política de Estado global se correspondía con el agotamiento del modelo desarrollista-extractivista y los recursos con los que era financiado, vigente desde finales de la II guerra mundial. En Venezuela la renta petrolera habría permitido el financiamiento de esta política en un acelerado proceso de cambio social, disimulando temporalmente el agotamiento del modelo. Sin embargo, algunos analistas señalaban que: “Los desembolsos sociales representan un costo inexorable que debe pagarse para poder destinar, sin complejos de culpa, recursos a los sectores productivos.”²³ Por su parte, los partidos políticos congregaron una vasta “clientela” de la que obtenían desde el voto hasta apoyos financieros para campañas electorales a cambio de licitaciones o contratos públicos. Se constituyeron en vehículos para canalizar las demandas sociales a través de sindicatos, asociaciones y gremios, y las demandas *filtradas* llegaban al gobierno, que las *devolvía* en forma de políticas públicas, fijación de salarios, dotación de servicios, etc.²⁴

Los Derechos Sociales se constituyeron en valor de cambio, pero esta relación clientelar se hacía insostenible en Venezuela, pues el 43% del presupuesto de la nación se consumía en el pago de la deuda externa; el gasto público se iba deprimiendo progresivamente,²⁵ y la idea de que era inevitable e intrascendente para el desarrollo de la sociedad se imponía, configurando una lógica incontestable, hecho que se repitió, con ciertos matices, en toda América Latina. **La Reforma** condujo a radicales cambios de manera similar y homogénea en varios países. El Índice de Reformas Económicas que en 1980 era de 0.55 en América Latina, para el 2000 era de 0.83. Es decir, el 83% de los países habían satisfecho los criterios de reforma establecidos en dicho período. La globalización estaba en marcha, y la mayoría de los países incorporados al “concierto neoliberal.”^{26,27}

Una segunda aproximación. 1999 – 2010

²² BARRIOS PULIDO, Sandra. (2015) “Sistemas de Protección Social en Salud en América Latina: Ilustraciones a partir del caso de Brasil, Colombia y Costa Rica”. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía, Bogotá Colombia, 2015.

²³ COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA LA REFORMA DEL ESTADO (COPRE). (1989). “Una Política Social para la Afirmación de la Democracia”. Volumen N° 8. Editorial Arte. Caracas, 13.

²⁴ VILLASANA LÓPEZ, Pedro. (2009): *Íbid.*

²⁵ PULIDO DE BRICEÑO, Mercedes. (1997). “Política Social. *Revista de la COPRE, Estado y Reforma*”, Segunda Etapa, n° 5.

²⁶ CASTELLANOS, Pedro. (2004). *Reflexiones sobre Políticas Públicas de Protección Social, Derechos Humanos y Participación Social en el Estado Democrático Contemporáneo en América Latina*. Caracas: Mimeografiado.

²⁷ VILLASANA LÓPEZ, Pedro. (2010). “De Alma Ata a Barrio Adentro. Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela”. En *De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate*. Compiladores: Miguel Malo y Johana Levy. Maracay: Ediciones del Instituto de Altos Estudios en Salud Arnoldo Gabaldón.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

A fines de 1998 Venezuela sintonizaba con los lineamientos consolidados en Chile y en proceso de instauración en Colombia para la instalación del modelo neoliberal. Pero, en la puerta del siglo XXI, el 15 de diciembre de 1999 un referéndum aprobó la *nueva* Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con 72% de los votos, como producto del proceso constituyente convocado por Hugo Chávez al ser electo presidente el 6 de diciembre de 1998. Esta Constitución estableció importantes cambios institucionales y normativos: ampliación de los derechos sociales, cristalización de la salud como derecho, y el establecimiento de la corresponsabilidad ciudadana. Ese proceso de reivindicación de los derechos sociales obedeció a los esfuerzos de la sociedad venezolana, quien incidió en el debate constituyente, inaugurando la Democracia Participativa y Protagónica y la construcción de lo que más adelante se conocería como el Poder Popular.²⁸ Esto cambiaba las reglas de juego; la *Contrareforma* estaba en marcha²⁹. Veamos.

La Constitución de 1999 estableció:

“Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida (...) Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud (...) Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo (...), regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. (...) Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados (...) Artículo 85 El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria (...) El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.”³⁰

En el *nuevo escenario* que establecía la Constitución de 1999, la Ley Marco o Ley Orgánica de Seguridad Social Integral, y la Ley Orgánica de Salud, que permitirían formalizar la apertura del *mercado de la salud*, quedaron suspendidas³¹ por colidir con la Constitución y los declarados principios de “gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”. Sin embargo, la instrumentación de la Constitución a través de Leyes que establecieran la nueva normativa y permitieran aplicarla, entra en una especie de limbo. El Proyecto de Ley de Salud ajustado a la Constitución de 1999 presentado en 2004, en 2021, luego de 17 años, permanece en la Asamblea Nacional pendiente de aprobación.³² Esto puede ayudar a comprender el

²⁸ DELGADO BLANCO, Andy. (2018). “Concepción institucional del derecho a la salud en Venezuela”. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, n° 26.

²⁹ VILLASANA LÓPEZ, Pedro. (2010). *Op. Cit.*

³⁰ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (1999). Gaceta Oficial 36.860 del 30 de diciembre de 1999 y Gaceta Oficial 5.436 del 24 de marzo

³¹ VILLASANA LÓPEZ, Pedro (2010). *Op. Cit.*

³² Documento elaborado por la Sub-Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, en colaboración con el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), el Centro de Estudios del Desarrollo-UCV
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

ambiguo transitar que el Derecho a la Salud va a tener en este segundo período en el caso de Venezuela; pues su efectivo cumplimiento queda sujeto a decretos y acciones voluntaristas del gobierno, que al no estar respaldadas por una ley orgánica, siguen siendo provisionales. Esta opacidad y provisionalidad determinará, en este y otros aspectos, el curso de los convulsionados eventos políticos, económicos y sociales en este período, siempre en el contexto del permanente asedio y oposición al proyecto de país dibujado en la Constitución de 1999 por factores internos y externos.

Algunas evidencias

Los primeros diez años del Gobierno de Hugo Chávez (2000 - 2010), representaron una reducción sustancial de la *deuda social acumulada*, evidenciada en aspectos claves de la calidad de vida: entre 1998 y 2007, la pobreza extrema se redujo de 20,6 % a 9,41%.³³; la tasa de mortalidad infantil pasó de 21,3 x 1000 nacidos vivos registrados (nvr) a 13 x 1000 nvr³⁴; la tasa de educación preescolar aumentó de 44,7% a 60,6% y la de educación básica de 89,7% a 99,5%; se alfabetizaron en dos años 1,482,543 adultos. En todo el período, el promedio de inflación fue 18,4%, el más bajo en comparación con los tres gobiernos anteriores (22,7%, 45,3% y 59,4%) durante los cuales se aplicaron las recetas neoliberales³⁵; el salario mínimo en 2007 se ubicó como el más alto de América Latina, y el desempleo pasó de 16,6% en 1999 a 6,2% en 2007³⁶, como resultado de una política económica caracterizada por crecimiento económico con aumento del gasto social, a contrapelo de la receta neoliberal³⁷, apoyándose en el aumento de los ingresos petroleros y el mayor dinamismo del sector económico entre 2004 y 2007 después de superar los estragos ocasionados por el golpe de Estado de 2002 y los paros petrolero-empresariales de 2003, pero en un clima de sostenida conflictividad política y enfrentamientos internos y externos.³⁸

Debe destacarse que desde la década del sesenta, el número de hospitales públicos en Venezuela no había variado; en total 296 establecimientos, contribuyendo a la acumulación de la deuda social. Esto contrasta con la primera década del Gobierno Bolivariano; para 2006, con la Misión Barrio Adentro iniciada en 2003, ya se había alcanzado el 100% de cobertura de cuidado médico primario al 70% de la población

(CENDES), La Universidad Simón Bolívar (USB), y el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2004). (Mimeo).

³³ INSTITUTO NACIONAL ESTADÍSTICA (2007). www.ine.gob.ve/pobreza/menupobreza.asp

³⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (2007). www.ine.gob.ve/registrosvitales/estadisticasvitales.asp

³⁵ SISTEMA DE INDICADORES SOCIALES PARA VENEZUELA. (2007). SISOV www.sisov.mpd.gob.ve/indicadores.

³⁶ INSTITUTO NACIONAL ESTADÍSTICA. (2007). www.ine.gob.ve/pobreza/menupobreza.asp

³⁷ ALVARADO, Carlos; MARTÍNEZ, María; VIVAS-MARTÍNEZ, Sarai GUTIÉRREZ, Nuramy; METZGER, Wolfram. (2008). "Cambio social y política de salud en Venezuela". *Medicina Social* vol. 3 n° 2.

³⁸ ISAGS. (2012). "Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la 2012 universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud"; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, Disponible en: https://issuu.com/isagsunasur/docs/xiii._sistema_de_salud_en_venezuela

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

anteriormente excluida.³⁹ Al 2007 se habían construido y equipado 3,717 consultorios populares Barrio Adentro de 6,569 proyectados. La red de Barrio Adentro II contaba con 12 clínicas populares y 417 centros de diagnóstico integral (CDI), 503 salas de rehabilitación integral (SRI) y 22 centros de alta y tecnología (CAT). Entre 2003 y 2007 se construyeron y dotaron un total de 4,659 nuevos establecimientos de atención integral gratuitos.⁴⁰

En Venezuela ¿la Revolución avanzaba y el sector privado retrocedía?

Para el 2007 el gasto público en salud con respecto al PIB fue del 6,02% representando el 17.24% del presupuesto de la Nación (PN), en tanto que en 1990 el gasto público había sido del 2.45% del PIB y 9.67% del PN, es decir, este gasto incrementó en 146% en cuanto al PIB y 78% respecto al PN. En Venezuela se destinaban 60.88 dólares per cápita en 1990 mientras que para 2007 esta cifra ascendió a 499.23 US dólares.

Estos datos podrían llevar a pensar que el sector público iba avanzando y el privado retrocedía, y que la imposición de la receta neoliberal había sido conjurada. Pero al examinar el dato en detalle, llama la atención el incremento del porcentaje de gasto en pólizas de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) para trabajadores de la administración pública y sus familiares. Este gasto incrementó 456% desde 1999 hasta el 2007 (respecto al PIB), pasando de 0.159% a 0.882% del PIB; siendo una cifra todavía subestimada que no incluye el monto que gastaron 24 Gobernaciones y 335 alcaldías, por lo que el gasto que *todo* el Estado venezolano realizaba en compra de seguros de este tipo es incalculable.⁴¹ Para el 2010 estos recursos daban cobertura sólo a funcionarios públicos y sus familiares (alrededor de 3.300.000 personas), mientras que los que ejecutaba el MPPS, un poco menos del doble (26.2%), estaban destinados a toda la población (alrededor de 29 millones de personas).^{42,43}

El incremento del gasto público en salud durante los primeros años de la Revolución Bolivariana transitó, intencionalmente o no, a un esquema basado en la intermediación financiera, mediante el cual se transfirieron recursos públicos a empresas privadas de aseguramiento (intermediarias) y al complejo médico industrial privado (hospitales privados), para garantizar la cobertura de atención a un grupo reducido de la población, los funcionarios públicos y sus familiares. Esto contribuyó a profundizar la segmentación,

³⁹ BARRIO ADENTRO. (2006). *Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: OPS/OMS para Venezuela, 2006.

⁴⁰ BONVECCHIO, A.; BECERRIL-MONTEKIO, V.; CARRIEDO-LUTZENKIRCHEN, A.; LANDAETA-JIMÉNEZ, M. (2011): "Sistema de salud de Venezuela". *Salud Publica Mex* VOL. 53 supl 2: S275-S286.

⁴¹ BRICEÑO-LEÓN, Roberto y RODRÍGUEZ, Virginia (2004). El sector salud en Venezuela: reformando la reforma. En *Los sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al siglo XXI*. Guillermo González Pérez, María Vega López, Samuel Romero Valle Coordinadores.

⁴² CURCIO, Pasqualina. (2010) "El gasto en salud durante la revolución bolivariana en Venezuela". *Rev. Salud Problema* n° 5, 6 y 7, 31-48

⁴³ VILLASANA LÓPEZ, Pedro. (2011). "La seguridad social en Venezuela. Paradojas, retos y perspectivas. Conferencia Diálogo Académico. Instituto de Salud Pública Universidad Católica del Ecuador" – IDESAL. 26 de Octubre.

ineficiencia y duplicación de funciones del sistema de salud en Venezuela, situación en que grupos de la población tenían acceso limitado al sistema de salud mientras que otros grupos contaban con varios servicios de distintas modalidades de financiamiento público, llegando en algunos casos a gozar hasta de *triple cobertura*.

Estimaciones no oficiales calculan el crecimiento del Sector Privado de salud en 400% entre 2000 y 2010 a expensas del cuantioso financiamiento público, llevándonos a preguntar acerca de la conformación en ese momento de un ¿Sistema Público Nacional de Salud, o una Privatización Revolucionaria y Socialista de la Salud?⁴⁴ Parece haberse configurado una relación parasitaria de convivencia promiscua entre la receta neoliberal y la contrarreforma que pretendía reivindicar el Estado de Bienestar, la Justicia Social y el Derecho a la Salud dibujados en la Constitución de 1999. En diez años (2000-2010) la fuga de capitales en Venezuela fue equivalente al 43% del PIB; 42 veces más alta que en Colombia. La exportación y privatización de capitales en Venezuela fue más alta que la de 30 países (sumados) en América.⁴⁵ El neoliberalismo en salud crecía y se desarrollaba en Venezuela, transitando cómodo e incógnito por un carril paralelo al de la conformación del *revolucionario* Sistema Público Nacional de Salud.

¿Qué ocurría en Colombia y Chile del 2000 al 2010?

En Colombia el neoliberalismo impuesto a partir de la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 continuaba consolidando la concepción de salud como mercancía, y alejando las políticas públicas de la concreción de la salud como derecho humano garantizado por el Estado.⁴⁶ Según el Concejo Nacional de Seguridad Social en su informe 2007 al Congreso de la República, 37,3% de la población estaba asegurada al régimen contributivo, 46,9% al régimen subsidiado, 4,5% en regímenes especiales, y 11,3% no tenía aseguramiento. Además una franja poblacional, clase media y desempleados, excluidas del sistema por no tener capacidad adquisitiva para vincularse al régimen contributivo, o no ser suficientemente pobres para obtener el subsidio, y no recibir ningún beneficio, a no ser que lo pagaran de su bolsillo; imposibilitando la cobertura universal en una Colombia con un escenario de 13,6% de desempleo y más del 60% de subempleo e informalidad; con un aumento sostenido de las inequidades en salud.⁴⁷

Esto, aunado a la selección adversa de las aseguradoras que aceptaban personas jóvenes y sanas rechazando ancianos, pacientes de enfermedades degenerativas y crónicas, cáncer, tratamientos de muy alto costo y de alta demanda de tecnologías médicas

⁴⁴ VILLASANA LÓPEZ, Pedro. (2011). Op. Cit.

⁴⁵ SUTHERLAND, Manuel. (2013). “Fuga de Capitales en Venezuela y América Latina, fraudes, devaluación y la estatización del comercio exterior”. Aporrea.org. Edición 21/12/2013. Disponible en: <https://www.aporrea.org/tiburon/a178809.html>

⁴⁶ GUERRA M., David. (2006) “El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos”. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* vol. 24 n° 2, 131-141.

⁴⁷ TORRES TOVAR, Mauricio. (2008) “Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado”. *Saúde em debate*, vol. 32 n° 78/79/80, 207-219.

complejas que eran poco rentables⁴⁸, lo que trajo como consecuencia cientos de miles de amparos (judicialización) por la negación de servicios, donde la Corte Constitucional declaró anticonstitucional la existencia de distintos paquetes de servicios según el pago realizado, sin evitar que la situación se reprodujera y siguiera su curso.⁴⁹

El debilitamiento de los programas de promoción y prevención considerados poco rentables para la inversión privada, y a la vez objeto de la des-inversión del Estado, provocó el incremento de casos de malaria y tuberculosis. La flexibilización laboral, despidos, tercerización de funciones, y la liquidación o reestructuración de instituciones públicas, fueron reflejo de la lógica de mercado para contener costos y aumentar ganancias. Los recursos financieros fluyeron abundantemente en el sector salud, ascendiendo a 42 billones de pesos, alrededor de 7% del PIB nacional; desde los bolsillos de todas y todos los colombianos obligados por la Ley, y desde las arcas del Estado, para enriquecer a las intermediarias EPS y no para traducirse en servicios de calidad; las EPS privadas, que llegaron a monopolizar alrededor del 90% de la población afiliada, reportaron tasas de crecimiento hasta del 18,26%, cinco veces más que el promedio nacional de 3,74%. A noviembre de 2011 se encontraban habilitados como prestadores de servicios de salud 1.180 públicos, 9.835 privados y 27.865 profesionales independientes.^{50,51,52} Un caso ejemplar es el de Saludcoop EPS una de las más grandes del país, que en 1994 nació con 2.500 millones de pesos de capital, y a 2010 contaba con un patrimonio de 439.391 millones de pesos; oficialmente creció 176 veces en 16 años, sin contar que no declaraban todo lo que ganaban, y que mantenían deudas de 5,5 billones de pesos con los hospitales, dinero que utilizaron para hacer negocios en otros sectores de la economía.⁵³ La aplicación de la receta neoliberal parecía indetenible en Colombia.

En el caso de Chile sucesivos gobiernos de la *concertación* de centro izquierda, se encargaron de hacer su tarea y sostener el lucrativo negocio de un sistema de salud ya privatizado y normalizado casi en su totalidad. Como en Colombia, la privatización profundizó la inequidad en el acceso a los servicios de salud sin mejorar la calidad ni la eficiencia de los sistemas. Aumentaron considerablemente los gastos administrativos y el enriquecimiento de las ISAPRE, que llegaron a funcionar con márgenes de beneficio de 20% y gastos administrativos de otro 20%, debido a prácticas que la superintendencia de ISAPRE no pudo o no quiso controlar, como la selección adversa de sus afiliados (jóvenes y sanos) y los subsidios directos del Estado.

⁴⁸ GÓMEZ FAJARDO, Carlos. “Acerca de la Selección Adversa. Federación Médica Colombiana”. *Heraldo Médico*, Vol. XXII n° 227 Disponible en: Selección adversa en servicios de salud, heraldo médico (encolombia.com)

⁴⁹ LAURELL, Asa Cristina. (2017). “La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política”. *Saúde Pública* vol. 33 (Suppl 2) <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043916>

⁵⁰ TORRES TOVAR, Mauricio (2008). *Op. Cit.*

⁵¹ DE CURREA-LUGO, Víctor. (2010). *Op. Cit.*

⁵² ISAGS. (2012). *Op. Cit.*

⁵³ RÍOS, Jimy. (2011) “Colombia: El neoliberalismo mata a los pacientes y enriquece a los corruptos.” Agencia de Noticias Nueva Colombia. Disponible en: <https://anncolprov.blogspot.com/2011/07/colombia-el-neoliberalismo-mata-los.html>

Fonasa aseguraba a la población con más riesgo sanitario y menos ingresos, mientras las isapres se *encargaban* de la población con más recursos, más joven y con menos riesgo sanitario. Entre el 2004 y 2005 con el Plan Auge y las Garantías explícitas en Salud (GES), pareció corregirse este desbalance, sin embargo ya para el 2005 la Ley N.º 20.015 incluyó un fondo de compensación que sólo operaría entre las isapres, protegiendo sus ingresos y rentabilidad.⁵⁴

El perfeccionamiento del sistema entre 2000 - 2010 llevó a que, independientemente de las definiciones establecidas sobre aporte público y privado, el financiamiento de la salud en Chile terminara recayendo en los aportes de los individuos que alcanzarían el 74% del financiamiento total con gastos de bolsillo (copagos, gasto en medicamentos y pago particular de atenciones médicas) representando el 91% del aporte privado total, mientras que el aporte del Fisco solo llegaba al 26%; un financiamiento que superó los 5,6 billones de pesos corrientes al año 2007 (10,7 mil millones de dólares), lo que en términos del Producto Interno Bruto del país para ese año significó un 6,56%⁵⁵, dinero que de una u otra forma terminó en manos de las empresas intermediarias, isapres y aseguradoras, que dado el bajo índice de siniestralidad, la selección adversa y otros mecanismos ya legalizados, obtuvieron ganancias que crecieron exponencialmente durante el período; esto sin contar (al igual que en Colombia) la utilización de los fondos para la especulación financiera y otras inversiones.

En indicadores de salud, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer cérvico-uterino se redujeron; no obstante, la tasa de obesidad se incrementó, así como la tasa de niños nacidos de madres menores de 19 años. Dentro de los principales desafíos pendientes persistía derrotar la pobreza extrema, en la cual se observó un retroceso entre el 2006 y 2009-, el empleo informal, y mejorar el acceso a la educación, la entrada de la mujer al mercado laboral, los indicadores de salud y las condiciones medioambientales (Zonas de Sacrificio), entre otros.^{56,57} Superar la desigualdad en la distribución de ingreso persistía *formalmente* como un desafío de primer orden.

¿Regularidades y sincronías?

Uno de los efectos positivos más destacado por los defensores del modelo neoliberal es el incremento de recursos financieros para el sector salud que se produce en los tres países; con algunos matices estos recursos sirvieron para enriquecer las arcas de las

⁵⁴ HOMEDES, Nuria; UGALDE, Antonio. (2005). Op. Cit.

⁵⁵ ISAGS (2012). Op. Cit.

⁵⁶ ISAGS (2012). Op. Cit.

⁵⁷ VILLASANA LÓPEZ, Pedro; DÖRNER PARIS, Anita; ESTAY SEPÚLVEDA, Juan; MORENO LEIVA, Germán; MONTEVERDE SANCHEZ, Alessandro. (2020.) "Zonas de Sacrificio y Justicia Ambiental en Chile. Una Mirada Crítica desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030". *HALAC – Historia Ambiental, Latinoamericana y Caribeña* vol. 10 n° 3, 342-365. <https://doi.org/10.32991/2237-2717.2020v10i3>

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

intermediadoras en Colombia y Chile (EPS e ISAPRES respectivamente), imponiéndose en ambos casos *la libertad de elegir* o comprar los servicios de salud en el mercado que tenía estatus constitucional desde décadas pasadas, compartiendo prácticas como la selección adversa, exclusión, monopolio y corrupción en diversas modalidades. En Venezuela por su parte, los abundantes recursos alcanzaron para el crecimiento del sector público y también del sector privado; la inversión social del periodo chavista (1999-2012) se incrementó en 770% respecto al periodo 1984-1998 y el gasto social como proporción del PIB aumentó del 8% en 1998 a alrededor del 20% en 2007,⁵⁸ facilitando una relación parasitaria Estado – sector privado e intermediario, que no era muy diferente en los casos de Colombia y Chile, excepto porque en Venezuela los recursos provenían casi exclusivamente del Estado, y en los otros dos países fundamentalmente de los bolsillos de la ciudadanía.

Sin embargo, debe destacarse que las prácticas de monopolio y corrupción que comparten los tres países (según la OECD ubicados entre los cuatro con mayor nivel de corrupción percibida por la población)⁵⁹, son componentes que no tendrían nada en común con los principios de libertad de elegir e igualdad de oportunidades que en teoría reivindica el modelo neoliberal, configurando una especie de colonialismo extractivista con impostura de liberalismo o socialismo. La ambigua situación en Venezuela la exponía de Hugo Chávez al decir:

"Aquí en Venezuela estamos en una crisis orgánica, una crisis gramsciana, histórica. Lo que está muriendo se niega a morir y no termina de morir y lo que está naciendo tampoco ha terminado de nacer" (...) "los años por venir formarán parte de esa crisis histórica hasta que no muera definitivamente la IV República y nazca plenamente la V República socialista y bolivariana de Venezuela".⁶⁰

Una tercera aproximación. 2011 – 2021. ¿Posibles horizontes?

El tercer momento para el Derecho a la Salud **en el caso de Venezuela**, constituye una profundización del complejo escenario de crisis iniciado en 1999, y del sostenido conflicto con la oposición interna e internacional. El deterioro de infraestructura y capacidad de atención del Sistema Público Nacional de Salud, junto al reposicionamiento del complejo médico industrial privado da continuidad a lo que ya venía ocurriendo hasta 2010; con el agravante de que, la ya compleja situación económica toca fondo, lo cual no se puede explicar sólo por la caída de más del 90% en los precios del petróleo. Venezuela enfrentó efectos directos e indirectos de la *guerra no convencional* desde 2013 hasta la actualidad; violencia callejera, intentos de golpe de Estado y magnicidio, sabotaje, bloqueo

⁵⁸ LAURELL, Asa Cristina. (2014). *Op. Cit.*

⁵⁹ OCDE/BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/BANCO MUNDIAL. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/33d72044-es.pdf?expires=1638538575&id=id&accname=guest&checksum=C9771A486EBD39454B42760EAC792037>

⁶⁰ MAIRA, Antonio. (2007). "Hugo Chávez presenta a Gramsci ante cientos de miles de personas. CUBADEBATE". Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/opinion/2007/06/10/hugo-chavez-presenta-a-gramsci-ante-cientos-de-miles-de-personas/>

político, económico, comercial y financiero, presidente *interino*, y la fuerte manipulación especulativa de la moneda nacional que ha perdido totalmente su valor. En 2015, mediante una Orden Ejecutiva del Presidente de los Estados Unidos de América, Venezuela fue declarada como “una amenaza inusual y extraordinaria para la seguridad nacional y la política exterior”, lo que se tradujo en la profundización del bloqueo económico, sanciones unilaterales, y confiscación de reservas internacionales. Esta orden ejecutiva fue ratificada en 2016 y se mantiene vigente.^{61, 62}

El país ha enfrentado en este período escasez de medicamentos e insumos para el tratamiento de enfermedades crónicas y endémicas, reflejado en indicadores negativos, (además de imprecisos y opacos), y la reemergencia de patologías como malaria, difteria, sarampión y otras⁶³; así como desabastecimiento de equipos, instrumental, materiales médicos y repuestos para la tecnología médica disponible en la red pública. Esto hizo necesaria la gestión de acuerdos desde 2018 entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para, a través de su Fondo Rotatorio y Fondo Estratégico, poder garantizar el suministro de vacunas y medicamentos esenciales para la atención de pacientes.⁶⁴

En un escenario en el cual la fuga de capitales hasta 2016 ya era estimada en 500 mil millones de dólares, un gigantesco fraude especulativo del cual las empresas farmacéuticas habrían participado activamente; cálculos conservadores señalan que más del 70% de las divisas asignadas a este sector se fue del país sin contraprestación. La importación de medicinas le habría costado al país 14 veces más en 2012, 2013 y 2014 que en 2003 llegando efectivamente 75% menos de medicinas por el tema de sobrefacturación.^{65, 66} El impacto en el Gasto de Bolsillo en Salud más elevado de Latinoamérica y el Caribe se observa en Venezuela (63%), muy por encima del promedio

⁶¹ ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS (2016). Consejo de Derechos Humanos Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal 26º período de sesiones 31 de octubre a 11 de noviembre de 2016. Informe nacional presentado con arreglo al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo de Derechos Humanos* República Bolivariana de Venezuela. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/wp-content/uploads/Informe-Oficial-de-Venezuela-presentado-en-el-Examen-Periodico->

⁶² REDACCIÓN BBC NEWS 09 DE MARZO 2015. “Obama declara a Venezuela “amenaza para la seguridad nacional” de EE.UU”. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2015/03/150309_ultnot_eeuu_venezuela_sanciones

⁶³ OPS (2018). Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos. Disponible en: 10 datos sobre la situación de salud en Venezuela según la OPS – Prodavinci

⁶⁴ SALUD HOY. (2018). Edición 9 Agosto 2018 Boletín de la Representación de OPS / OMS en Venezuela Disponible en: Salud hoy (office.com)

⁶⁵ DINERO. (2016). Fuga de capitales equivale a PIB y medio venezolano. Disponible en: <http://www.dinero.com.ve/din/actualidad/fuga-de-capitales-equivale-pib-y-medio-venezolano>

⁶⁶ BATIZ, César. (2014) Venezuela con las arcas rotas. Disponible en: <https://elestimulo.com/climax/sin-george-washington-el-desangre-de-divisas/>

de la región (34%)⁶⁷, en tanto que entre 2010 y 2017 la proporción del gasto en la salud en relación con el PIB disminuyó casi 6 puntos porcentuales.⁶⁸

La corrupción pública y privada van de la mano; y la posibilidad del ejercicio del Derecho a la Salud se va diluyendo, en tanto que los resultados apuntan al advenimiento de renovados procesos de privatización neoliberal que ya se venían dando de manera insidiosa a la sombra de la Constitución de 1999, ante la mirada *impotente*, y en muchos casos *indolente y cómplice*, del funcionariado del Gobierno Bolivariano.

En **Colombia**, de acuerdo con Torres (2008), las orientaciones y resultados del modelo revelan su fracaso y cuestionan su legitimidad, impulsando la urgente necesidad de establecer una política que coloque al bienestar del Ser Humano como centro y razón de ser, en una perspectiva universal y pública, y no como un asunto subordinado a la lógica de intereses corporativos, lo que permitiría concretar el Derecho a la Salud y superar las inequidades sanitarias presentes en el país.⁶⁹

En el Foro Anual Sistemas de Salud del 2013 se presentó una caracterización crítica de la situación; Oscar Echeverri (Banco Mundial) señalaba que “las EPS se constituyeron como ejemplo clásico de una estructura extractiva; añadiendo que la descentralización política mediante la fragmentación propiciaba el extractivismo”. Por su parte apuntaba Eduardo Guerrero (Universidad de Antioquia), que hay una crisis de identidad en la transición entre el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Seguridad Social en Salud y la reducción del tamaño del Estado, convirtiendo al Ministerio de Salud en un simple espectador del festín de las EPS. A esto añade Jaime Ramírez (Universidad Javeriana), que no sólo es el modelo extractivista, es un régimen político que no piensa en la totalidad de la población sino en los grupos que tienen mayor capacidad de apropiarse de las riquezas del país; instituciones políticas dependientes de las instituciones extractivistas o corporativistas. Haciendo que la posibilidad de un modelo inclusivo de salud en el país sea imposible.⁷⁰ También debe tomarse en cuenta que según un estudio de Transparency International, el 63% de la población en Colombia considera que el sector salud es corrupto o muy corrupto⁷¹. Algunos actores proponen que en la Nueva Colombia la salud deberá ser pública, preventiva, integral, universal y, por qué no, gratuita; que la crisis del

⁶⁷ OECD/THE WORLD BANK. (2020). “Financiación de la salud a partir de gasto de bolsillo, esquemas de pago voluntario y fuentes externas”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/9970a88c-es>

⁶⁸ OECD/THE WORLD BANK (2020), “Gasto en salud per cápita y en relación al PIB”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/b01ad37f-es>

⁶⁹ TORRES TOVAR, Mauricio. (2008). *Op. Cit.*

⁷⁰ Texto del panel Foro Anual Sistemas de Salud ¿a cuál nos queremos parecer? (2013). *Corporativismo y legitimidad en el sistema de salud*. En Informe Anual 2013. Perspectiva del Sistema de Salud Colombiano. Maria Elena Osorio E. Coordinadora. Colección: Tendencias de la salud en Colombia. Disponible en: https://www.academia.edu/26991332/Informe_Anuar_2013_Perspectiva_del_Sistema_de_Salud_Colombiano?email_work_card=view-paper

⁷¹ TRANSPARENCY INTERNATIONAL (2013). *Global Corruption Barometer 2013*. Disponible en: <https://www.transparency.org/gcb2013/report>

sector se resolverá con cambios estructurales que superen el mercantilismo, la mera medicina curativa, la focalización y los presupuestos de miseria que descuidan el bienestar del Pueblo y niegan sus derechos esenciales.⁷²

Entre tanto **en Chile**, se habla de un “crecimiento sin frenos del sector privado de salud (...) un tremendo negocio; pero lo peor es que es un negocio avalado por el Estado”. El crecimiento exponencial de los servicios de atención privados parece ser una política de Estado, estimulada por el debilitamiento deliberado del sector público (Fonasa) “que por consiguiente haga buscar vía libre elección prestaciones en el sector privado”. Para el año 2015 ya se proyectaba un crecimiento del 548% en las camas privadas disponibles en algunas zonas de la capital Santiago, y de un 55,7% para toda la Región Metropolitana donde habita la mayor parte de la población. Este crecimiento se fue apuntalando con la promulgación de nuevos decretos y normativas que perfeccionaron la transferencia de recursos públicos al sector privado, entre otras: Ley del Bono de Libre Elección para Pensionados, Ley 20.850 del Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo, que vino a reforzar la Ley 19.996 del Régimen de Garantías Explícitas en Salud GES y la Ley 20.015 sobre las ISAPRES del 2004 y 2005.⁷³ Un “negocio” de contradictorios resultados, pues para 2016 el Informe de la OCDE y el BM reporta que Chile se encontraría en el tercer lugar entre los países con más alta “Proporción de la población sumida en la pobreza por gastos de bolsillo en salud”, superado sólo por Haití y Nicaragua, y además también de tercero en la “Proporción de la población que gasta más del 25% y el 10% del consumo o ingresos del hogar a través de los gastos de bolsillo en salud” .⁷⁴

El modelo neoliberal avanza aparentemente “sin freno” en Chile. Sin embargo, las interminables listas de espera de años para atenderse en el Sistema Público, las bajas pensiones, las expectativas desesperanzadoras, los escándalos de corrupción y conflictos de intereses, la poca transparencia del sistema administrativo y el mercado, además de la crisis social y humanitaria acumulada que ha provocado el sistema, han mantenido en constante movilización a la sociedad chilena por lo menos desde 2016 hasta la actualidad, provocando la “Explosión Social” de octubre 2019, “la Primavera Chilena”, cuando millones de personas salieron a la calle a exigir un cambio de sistema con las consignas de, mejor salud, educación gratuita, y “No más AFP”^{75,76} , desembocando en un proceso constituyente de impredecibles resultados.

⁷² RÍOS, Jimmy Ríos (2011). *Op. Cit.*

⁷³ ASOCIACIÓN CHILENA DE DERECHO A LA SALUD. Ley 20.850 Crea un Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos. Ley 19.996 del Régimen de Garantías Explícitas en Salud GES. Ley 20.015 sobre Instituciones de Salud Previsional Disponible en: <https://www.achds.cl/legislacion/>

⁷⁴ OCDE/EL BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/EL BANCO MUNDIAL. (2020). *Op. Cit.*

⁷⁵ GONZÁLEZ, Marianela. (2019). “AFP en Chile: la crisis del modelo fundacional.” *Diario Libre*. Disponible en: <https://www.diariolibre.com/economia/afp-en-chile-la-crisis-del-modelo-fundacional-DA14052643>

⁷⁶ VILLASANA, Pedro. (2020). “El estallido de la primavera chilena en tiempos de COVID-19”. *Revista Apuntes Críticos* Año I n°4 II, 67-72.

Conclusiones

La tarea de prefigurar horizontes requiere como paso previo transparentar las finalidades que el modelo neoliberal hegemónico persigue en América Latina. Eso puede revelar hasta qué punto ha sido *exitoso*, independientemente del Derecho a la Salud y la exclusión, enfermedad, miseria y muerte que haya provocado. La finalidad ha sido el enriquecimiento ilimitado del complejo industrial en salud, y no la salud de la población, entonces ha sido muy exitoso. Así mismo, la consolidación del poder del mercado (común a los tres países), la eliminación/reducción del papel del Estado en el plano económico y social, la re-evaluación del concepto de soberanía para cambiarlo por el de globalización y la evidente prevalencia de lo privado sobre lo público (con el beneficio de la duda en el caso Venezuela), refrendan el éxito del modelo.

En el caso que nos convoca, Venezuela, el modelo ha sabido convivir, neutralizar y aprovecharse de una legislación de corte progresista, que sin embargo ha dejado espacios vacíos para la corrupción, discrecionalidad y la maniobra, con la *colaboración* de sus aliados nacionales e internacionales, y también con la actitud cómplice o permisiva de un Gobierno “revolucionario” que, por lo menos, parece no haber estado a la altura de las circunstancias. Las escandalosas ganancias del complejo médico industrial y las intermediarias son los resultados que contradictoriamente refrendan la identificación de una tendencia exitosa del modelo neoliberal en la que Venezuela va de la mano “por ahora”, en este caso con Chile y Colombia, al margen de la retórica revolucionaria.

Sin embargo, de acuerdo a la metáfora futbolística, “el otro equipo también juega”, y desde 2018, cada vez con mayor intensidad, los pueblos del continente parecen rebelarse contra el neocolonialismo impostor, luchando por reconquistar el Derecho a la Salud, Educación y Trabajo como parte del Derecho a la Vida. En Venezuela, haber tocado fondo puede ser la oportunidad para que el Poder Popular le dé vida a la Constitución de 1999 y a pesar de las oposiciones y complicidades internas y externas construya la República Bolivariana para todas y todos.



UNIVERSIDAD
DEL ZULIA

REVISTA DE FILOSOFÍA

Nº 100-1

Esta revista fue editada en formato digital y publicada en febrero de 2022, por el Fondo Editorial Serbiluz, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

www.luz.edu.ve www.serbi.luz.edu.ve
www.produccioncientificaluz.org