



Center for
Latin America

ECONOMÍA, POLÍTICA Y SALUD PÚBLICA EN TIEMPOS DE COVID-19: UNA REFLEXIÓN ENTRE LIBERALES VENEZOLANOS

por *Gustavo Villasmil Prieto*
y *Orlando Guédez Calderín*
CEDICE Libertad, Caracas,
Venezuela



Nota del autor

Médico cirujano, especialista en Medicina Interna y doctor en Ciencias Políticas por la Universidad Central de Venezuela. Máster en Gerencia Pública por el Instituto de Estudios Superiores de Administración. Exsecretario de Salud del Estado Miranda entre 2008 y 2016. Especialista adjunto y docente de Clínica y Terapéutica Médica, Hospital Universitario de Caracas. Miembro del Comité Académico de CEDICE Libertad, Caracas, Venezuela.

El autor ha publicado en 2020 un reporte considerando la historia de la atención en salud venezolana, las políticas públicas que la han guiado y su propia iniciativa como gestor público, implementando la financiación a la demanda de servicios médicos por los usuarios. El reporte está disponible para descarga en: <http://bit.ly/Edoque-cura> y también el libro proponiendo una reforma en el Sector Sanitario <http://bit.ly/salud-Villasmil>

Correo electrónico:
gustavo.villasmil.stat@gmail.com

Economista, Máster en Marketing, Gestor de Riesgo Financiero (FRM) certificado por la Asociación Global de Profesionales de Riesgos (GARP), autor de investigaciones y Miembro del Comité Académico de CEDICE Libertad. En conjunto con el coautor han investigado en Economía de la Salud desde 1997 –con la iniciativa de CEDICE y LIDERAZGO Y VISIÓN conocida como Mesa Sanitaria– que será comentada en este documento. Ha colaborado en publicaciones o actividades académicas del Centro de Políticas Públicas JFK de la Universidad de Harvard, Universidad del Externado (Colombia) y UCAB (Venezuela). Emplea el nombre de pluma Carlos Goedder en la mayoría de sus trabajos.

Entre sus publicaciones divulgativas durante la epidemia del Coronavirus, en 2020, destacan tres boletines que generaron buena acogida para el término «Tiranovirus», alertando sobre los riesgos autoritarios en la gestión de esta crisis de salud. La entrega más reciente está disponible en: <http://bit.ly/TIranovirus-CG>

Sus publicaciones están disponibles en:
www.carlosgoedder.com

Contenido

Introducción.....	4
Venezuela frente a un extraño virus que llegó de lejos.....	5
Los liberales ante la catástrofe sanitaria venezolana: dos décadas de investigación y acción	6
Covid-19 en Venezuela: rasgos locales de una crisis global.....	9
La libertad frente al coronavirus: un desafío a encarar.....	10
Venezuela ante El covid-19: mitos autoritarios	11
Reactivación Económica desde los Centros de Pensamiento	12
Línea Temática #1: Humildad ante el Mercado de la Salud.....	13
Línea Temática #2. Conocimiento para gestionar la incertidumbre	14
Línea Temática #3. Unir las aspiraciones con la eficiencia	15
Línea Temática #4. Subsidiariedad – Cercanía con el Ciudadano	16
Línea Temática #5. Las Funciones Esenciales de la Salud son compartidas por Estado, Sociedad e Individuo	17
A modo de conclusión	18
Apéndice	19
Referencias bibliográficas.....	22

INTRODUCCIÓN

Venezuela ha venido ocupando las peores posiciones en los *rankings* de libertad económica durante la década más reciente¹. La agenda gubernamental se ha orientado hacia el modelo comunista cubano desde 2001 y el sector salud recoge los efectos de esta línea de acción. Entre otros muchos aspectos, cabe destacar la total desconfianza del régimen hacia el capital privado, por lo cual se ataca a la propiedad mediante confiscaciones, multas, regulación de precios e intervención directa del gobierno en la provisión de bienes o servicios². De igual forma, es notoria

1 Tenemos el caso del Índice de Libertad Económica publicado por el Fraser Institute, en cuya edición más reciente Venezuela ocupa la última posición entre 162 naciones y obtiene un índice de 3,34 sobre un máximo posible de 10 puntos. Ver: <http://bit.ly/Index-Fraser>

En 2016, CEDICE LIBERTAD realizó la Auditoría de este Índice para Venezuela, con apoyo de Atlas Network. El coautor de este reporte, Orlando Guédez Calderín, tuvo a cargo elaborar el reporte y el coautor Gustavo Villasmil participó en las mesas de trabajo. Para mayor información sobre este reporte <http://bit.ly/AuditoriaLE-Vzla>

Otro ejemplo es el Índice de Libertad Económica del Heritage Institute, en cuya versión más reciente Venezuela ocupa la segunda casilla más baja en libertad económica entre 178 países, siendo el peor colocado Corea del Norte. Ver: <https://www.heritage.org/index/ranking>

2 CEDICE LIBERTAD ha cuantificado y descrito los ataques a la propiedad privada venezolana en su Observatorio de Derechos de Propiedad. Desde 2010, accediendo a la información en medios de comunicación independientes, se acumulan 100.387 fiscalizaciones a empresas privadas (con regulaciones de precios o inventario), 17.475 multas y 28.226 cierres. No se trata únicamente de grandes empresas o corporaciones. Están incluidas pequeñas y medianas empresas, incluyendo las familiares. Las estadísticas, publicaciones y boletines están disponibles en: <https://paisdepropietarios.org/propietariosve/>

la abrumadora presencia de personal cubano en establecimientos gubernamentales de atención médica, con frecuencia ejerciendo funciones contraloras y de gestión, a cambio de lo cual el Estado venezolano eroga cuantiosos recursos financieros a su similar de La Habana como retribución³.

En lo atinente a su economía, Venezuela destaca por su marcado desorden en cuanto a política monetaria, con hiperinflación desde 2017 (inflación superior al 50% mensual) y restricciones a la convertibilidad de la moneda desde 2003. Apenas en 2019 el gobierno accedió a las transacciones y apertura de cuentas bancarias en dólares estadounidenses. Los resultados de la gestión económica venezolana son marcadamente pobres, con una contracción acumulada de casi 75% en la última década, un PIB que ha caído a 50 mil millones de dólares y un PIB per cápita

3 Un reportaje de la BBC, publicado en 2019, documenta como los médicos cubanos que se incorporaron a Venezuela desde 2003, siguiendo el acuerdo entre los Gobiernos de Venezuela y Cuba, pasaron de ganar salarios en torno a 15 dólares en Cuba a 350 dólares en Venezuela. Un médico venezolano en un hospital de su país no alcanza 10 dólares de retribución. Entre 75% y 85% de la retribución venezolana a este personal médico se dirigía directamente al gobierno cubano, incluyendo hidrocarburos. Ver: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48275780>

Una narrativa más detallada es ofrecida por el *New York Times*, que describe el caso venezolano y estima que el gobierno de Cuba recibe en torno a 8.000 millones de dólares anuales con su exportación de médicos, distribuidos en más de 60 naciones y donde Venezuela ha destacado por pagar en hidrocarburos. Ver: <https://www.nytimes.com/es/2019/03/17/espanol/america-latina/maduro-voto-medicinas-cuba.html> Andrés Oppenheimer describe la operación de este programa cubano, colocando acento en los casos argentino y brasilero. Ver: <https://www.andresoppenheimer.com/tag/medicos-cubanos/>

a 2.000 dólares. Se estima que el 90% de la población es incapaz de acceder a la canasta familiar y que la mayoría sobrevive echando mano a algunos pocos ahorros o con ayudas gubernamentales⁴. Más de cinco millones de venezolanos han abandonado el país en la última década, incluyendo personal médico y de enfermería y el 25% dependería de las ayudas enviadas por los familiares y amigos que han emigrado. La llegada del covid-19 en 2020 toma lugar en tal contexto.

VENEZUELA FRENTE A UN EXTRAÑO VIRUS QUE LLEGÓ DE LEJOS

Covid-19 llega a Venezuela en el peor momento de su historia sanitaria de más de 70 años. Datos de la Encuesta Nacional de Hospitales señalan que al 12 de marzo de 2020, cuando fuera decretado oficialmente el estado de alarma por la pandemia, en 70.8% de los hospitales públicos venezolanos no contaba con servicio regular de agua apta para el consumo humano las 24 horas del día, viendo transcurrir en promedio de hasta 6,8 horas diarias sin energía eléctrica. En la misma línea de precariedad, en el 58 % de ellos era imposible obtener una radiografía y en el 55% un análisis elemental de laboratorio clínico. Apenas un pequeño segmento de la población –menos del 10 %– cuenta con acceso a pólizas privadas de seguro médico, en tanto que el sistema tripartito de seguridad social está técnicamente quebrado.

4 El Observatorio de Gasto Público Venezolano contiene estadísticas de inflación y crecimiento económico para Venezuela. En su estimación para el 15 de marzo de 2021, la inflación interanual se ha estimado en 2.290% (sí, dos mil doscientos noventa por ciento) para alimentos y 2.763% para transporte. Las series históricas y actualización están disponibles en: <https://cedice.org.ve/observatoriogp/>

La mayor parte de compañías de seguro y de medicina prepagada han sido cerradas cuando no pasado a manos del gobierno.

Hay un importante desabastecimiento de insumos y equipos médicos en nuestros hospitales públicos. La producción nacional de medicamentos es casi nula, por lo que se depende de importaciones cada vez más escasas. Un reporte sobre Venezuela de Human Rights Watch y dos organizaciones vinculadas a la estadounidense Universidad John Hopkins (el Centro de Salud Pública y, por otro lado, el Centro de Derechos Humanos y de Salud Humanitaria)⁵, hizo estas estimaciones:

1. Una encuesta a personal médico venezolano, entre el 27 de febrero y el 1 de marzo de 2020, estimó que 31,8% de los hospitales en Venezuela carecían agua potable y otro 64,2% la recibía intermitentemente.
2. Otro estudio con 16 hospitales, el 21 de mayo de 2020, encontró que 7 de ellos carecían de jabón o desinfectante; en 8 se tenía escasez de guantes; para las máscaras, también 8 acusaban falta y en total 13 las reutilizaban.
3. Un estudio del 16 de mayo de 2020, tenía estas estimaciones respecto a insuficiencias de equipos de protección para hospitales venezolanos: al 57,14% le faltaban guantes; al 61,9%, máscaras; el 76,2% no tenía jabón o desinfectante; en 90,48% no había alcohol o gel.

5 Ver: <https://www.hrw.org/news/2020/05/26/venezuela-urgent-aid-needed-combat-covid-19>

En Venezuela, se han contabilizado 84 camas de UCI con ventiladores que son aptas para el manejo de coronavirus⁶ —con una población de 25 millones, da una tasa de 0,03 por 10.000.

La población ha optado por recurrir a envíos hechos por familiares residentes fuera del país o a lo que les proveen redes de ayuda en la que es frecuente ver circular medicamentos expirados. La investigación universitaria y la cooperación con el sector privado para financiarla han quedado desmanteladas.

Desde 2017 y de modo acelerado desde 2019, se han adoptado sanciones internacionales que han generado limitaciones adicionales al presupuesto público y a los ciudadanos. Desde luego, ello ha servido de excusa al régimen venezolano para responsabilizar a factores externos por las carencias y limitaciones actuales que enfrenta el país. Una de las consecuencias más dolorosas de esta situación es que no ha habido acceso a programas de ayuda a cargo de organismos multilaterales como FMI, Banco Mundial, BID y otras. Venezuela se ha aproximado más bien a socios como Cuba, Rusia, China y, de modo más reciente, Turquía e Irán.

Uno de los datos más sorprendentes que podemos destacar es que Venezuela apenas ha realizado gasto o inversión pública durante la pandemia⁷. Se han aplicado restricciones a

6 Ver: https://www.abc.es/internacional/abci-venezuela-cuenta-solo-84-camas-para-enfermos-coronavirus-202003180222_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

7 CEDICE LIBERTAD ha publicado un reporte sobre el gasto público venezolano durante la epidemia. Está disponible en: <https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/quecedicedeeconomia-42-gasto-publico-en-pandemia-una-aproximacion-al-caso-venezuela/>

la circulación y cuarentenas bajo un curioso modelo «de acordeón», de acuerdo con el cual si durante una semana se restringen los movimientos de personas y mercancías con la excusa de ralentizar la transmisión del virus, en la siguiente se decretan las llamadas «flexibilizaciones» que virtualmente dejan sin efecto la medida anterior. Al escaso sector privado que resiste, viéndose a merced de tales improvisaciones, le resulta imposible la planificación y gestión de cualquier proceso de producción sistemática de bienes y servicios. Nóminas, inventarios, líneas de producción y despachos se hacen inviables, al punto de que el cierre termina siendo menos oneroso. Con todo ello, el sector privado venezolano ha quedado aún más reducido.

LOS LIBERALES ANTE LA CATÁSTROFE SANITARIA VENEZOLANA: DOS DÉCADAS DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN

De ninguna manera estamos ante un proceso de deterioro sanitario inaugurado por la pandemia. El derrumbe progresivo de lo que fuera la sanidad pública venezolana es de bastante más larga data. Desde hace más de veinte años, CEDICE Libertad viene señalando las marcadas debilidades de Venezuela para gestionar la atención hospitalaria para sus ciudadanos a partir de políticas esencialmente estatistas. Fue así como en 1997 acogió a la «Mesa Sanitaria», iniciativa nacida en el Hospital Vargas de Caracas⁸ que convocó a médicos, economistas y politólogos en un

8 El Hospital Vargas de Caracas, fundado en 1891, es la institución hospitalaria más emblemática de la primera modernidad sanitaria venezolana, además de sede histórica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

esfuerzo de aproximación multidimensional a un problema largamente subestimado en Venezuela como el sanitario⁹.

La salud es función compleja de numerosas variables más allá de lo estrictamente biológico. Una economía con pobre desempeño, especialmente como resultado del estatismo, coloca a los ciudadanos en una mayor propensión a la enfermedad y con una menor probabilidad de acceso al tratamiento adecuado. Pero la salud precisa también de una definición positiva, ya que ella no se reduce a la ausencia de enfermedad; salud supone también el acceso viable y sostenible a lo saludable, como el goce de una buena condición física y al bienestar mental dentro de un cuadro de relaciones sociales favorables a una vida sana.

Nuestro planteamiento, sostenido consistentemente desde 1997, ratifica sus primigenias líneas de reflexión:

- 1. Insistimos en que la atención médica precisa tanto del mercado como del Estado para ser sustentable.** Las funciones esenciales en salud pública exigen que actúen coordinadamente los sectores público, privado y no gubernamental y que se aplique el principio de subsidiariedad en aquellos casos en los que el individuo por sí solo no pueda proveerse del cuidado médico que requiera¹⁰. Las instancias más cer-

9 Participaron en aquella iniciativa, además de los autores, los académicos Humberto Njaim (político), Ricardo Sucre Heredia (político, comunicador y psicólogo social) y Roberto Casanova (economista, fundador del programa «Liderazgo y Visión» de CE-DICE LIBERTAD y autor de publicaciones divulgativas sobre Libertad y Acción social).

10 Es el caso de la enfermedad catastrófica.

canas al ciudadano, como el municipio, son las que mejor pueden atender tales necesidades y comprenderlas. Por ello, insistimos en un modelo de organización sanitaria descentralizada que propicie la confianza de las organizaciones privadas, el Estado y el tercer sector.

- 2. Destacamos la necesidad de reinvindicar la responsabilidad individual en materia de salud, lo cual no hemos de confundir con individualismo.** Cada ciudadano tiene responsabilidad de cuidar de su salud y de la de aquellos a su cargo –niños, ancianos o personas con necesidades especiales– carentes de autonomía para gestionarla. La construcción del patrimonio individual en salud ocurre por decisiones y planes libres donde cada quien sopesa riesgos y beneficios. La complicación surge en las interacciones y, específicamente, en los efectos involuntarios o externalidades que se generen. Si una persona descuida su salud causa problemas en el resto de ciudadanos –contagio, reducción en recursos disponibles para atender al resto de ciudadanos, pérdida de productividad y sufrimiento en los demás. El desarrollo de capacidades y competencias en salud aproxima a la vida libre. Difícilmente un individuo o sociedad será libre si no es sana.
- 3. Llamamos también la atención de tanques de pensamiento, corporaciones y universidades venezolanas a fin de que inviertan en desarrollos teóricos en las disciplinas de la economía y la gestión de la salud.** Una referencia fundacional en este ámbito es Kenneth Arrow (ARROW, 1963) y

volveremos sobre su trabajo pionero. El singular mercado de salud, como lugar de encuentro entre quienes necesitan servicios de salud y sus proveedores, funciona con costos transaccionales muy altos y bajo asimetría de información. Se añade a ello el problema de externalidades, que son efectos involuntarios de la acción individual sobre el conjunto social y la incertidumbre, ya que difícilmente se pueden asignar probabilidades o expectativas a temas como enfermedades raras o nuevas. El covid-19 ha venido a recordárnoslo.

Muchos países han venido reaccionando a estos problemas creando restricciones a la oferta de servicios mediante el otorgamiento de poderes espaciales a los gremios profesionales de salud. Rose y Milton Friedman se refirieron a ello desde el año 1962 y considerando el caso de Estados Unidos (FRIEDMAN, 2002 y 2011). Su análisis señala cómo los médicos y personal de enfermería deben cumplir con un exigente y costoso plan de formación, para que finalmente sean las asociaciones profesionales las que se abroguen el derecho a otorgarles licencias para el ejercicio profesional¹¹. Podemos añadir a todo

11 Los Friedman, en Libertad de Elegir (FRIEDMAN, 2011, p.309), señalan: «A medida que el Estado ha empezado a desempeñar un papel más importante en el ámbito de la medicina, y a financiar una parte mayor de sus costes, el poder de la Asociación Americana de Médicos ha disminuido. Otro grupo monopolístico –los funcionarios estatales– la ha reemplazado. Creemos que este resultado se debe en parte a la actuación de la misma medicina organizada. Estos cambios en medicina son importantes y pueden tener implicaciones duraderas para el tipo y el coste de la sanidad de que dispondremos en el futuro.»

ello los requisitos exigidos a proveedores privados de servicios médicos, todo lo cual, como alertaba Friedman, los ha encarecido sin que ello haya traído aparejada consigo una mejor calidad de asistencia y de atención.

El covid-19 ha expuesto un aspecto adicional de tan compleja realidad que no habíamos considerado en investigaciones previas: el problema de coordinación internacional en salud. Las externalidades aparecen nuevamente y si un país realiza una mala gestión en salud en su jurisdicción puede acarrear el empobrecimiento de la salud de otros. En el

En otra obra inicialmente publicada en 1962, Capitalismo y Libertad, (FRIEDMAN, 2002), los Friedman elaboran aún más sus observaciones negativas sobre la asociación gremial de médicos estadounidense, AMA. Objetan la licencia para el ejercicio de la profesión médica: la AMA que supervisa su otorgamiento mediante el Consejo de Educación Médica. Los Friedman indican que esta licencia solo busca restringir la entrada al servicio médico para elevar la remuneración de los médicos. Mientras menos médicos haya, más ganarán los médicos existentes. El resultado es que a los pacientes también se les encarece la atención médica. Adicionalmente, muchos jóvenes talentosos quedan excluidos de convertirse en médicos.

Los Friedman consideran que la reducción en la cantidad de médicos en ejercicio no necesariamente ha logrado incrementar la calidad, sino que incluso habría conseguido reducirla. Uno de sus argumentos más provocadores es cómo los médicos con licencia se protegen entre sí, evitando denunciar los errores de sus colegas agremiados. Ello dificulta a un ciudadano el recurrir al control de calidad que representan los juicios civiles por mala práctica.

A los Friedman les resultaban especialmente chocantes dos restricciones impuestas por la AMA y vigentes en su tiempo: la exigencia de ciudadanía estadounidense para ejercer la medicina y la negativa de la AMA a permitir la medicina prepagada –un asunto que también había denunciado en ese mismo tiempo K. Arrow (ARROW, 1963).

caso venezolano, se ha denunciado el flujo migratorio ilegal hacia Colombia y el resto de Sudamérica que moviliza a ciudadanos con pobres condiciones de salud que presionan la demanda de servicios de atención médica en los países de acogida¹².

COVID-19 EN VENEZUELA: RASGOS LOCALES DE UNA CRISIS GLOBAL

Como lo hemos señalado, no es cierto que la crisis de la atención médica en Venezuela la trajera consigo la pandemia. Sus orígenes son muy anteriores y sus causas hay que buscarlas mucho antes que la coyuntura sanitaria que ocasionó el virus de Wuhan. El régimen venezolano explotó la crisis sanitaria heredada de los años noventa haciéndola totalmente funcional a su agenda política, cometido este en el que la implantación en el país de las políticas de llamadas «misiones» fungió como punta de lanza. Fue así como la llamada «Misión Barrio Adentro» entre 2004 y 2020 erogó más de 40 millardos de dólares transferidos al gobierno de La Habana (DE FREITAS, 2007). Las resultas de tal política parecen claras: en Venezuela, la esperanza de vida al nacer ha disminuido 3,7 años desde 2015 y la carga de enfermedad (*burden of disease*) es la más alta de toda la región andina y la del Caribe (ROSE y RITCHIE, 2016). A un año del estallido de la pandemia, 143 mil venezolanos han enfermado de covid-19 y 1.400 han muerto —la cuarta parte de ellos son médicos y enfermeras.

12 En Colombia, por ejemplo, el 20% de los nacimientos asistidos corresponden a madres venezolanas.

La base de datos de la Organización Mundial de la Salud, con el número de médicos por país, presenta una severa desactualización para Venezuela¹³, con información que apenas llega al año 2001. En ese año, había 48 mil médicos en Venezuela. La misma fuente contabiliza 27.200 profesionales en enfermería para Venezuela en el año 2018. Una dirigente del gremio de enfermería reportaba, a mediados de 2019, que 15 mil enfermeras habían emigrado¹⁴. La pérdida de capital humano estimamos que asciende a 30 mil médicos. La emigración de personal de enfermería ya superaría 20 mil personas, que han ido a destinos tan lejanos como Chile, España, Estados Unidos, Angola o Guinea Ecuatorial.

La cifra total de afectados por covid-19 en Venezuela llama la atención a quien la observa en el contexto general de la región. Países vecinos como Colombia y Brasil exhiben cifras muy superiores. El régimen venezolano no tardó mucho en anunciar que ello no era sino la resulta de su eficacia en el manejo de la epidemia. Pero tal comportamiento no se explica tanto por el mérito de la (in)acción sanitaria del Estado venezolano en como por la conocida correlación negativa que existe entre la velocidad de transmisión del virus con el producto interno bruto: a menor actividad económica, nivel de empleo y actividad productiva y comercial, etc., menor interacción social y, por ende, menor riesgo de contagios.

13 Ver: https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en

14 La cifra fue provista el 28 de junio de 2019 por Ana Rosario Contreras, presidenta del Colegio de Enfermería del Distrito Capital. Ver: <https://cronica.uno/ana-rosario-contreras-no-descarta-una-renuncia-masiva-del-gremio-de-enfermeria/>

En el **Apéndice** incluimos la Figura 1, donde se muestra una correlación importante: las naciones con mayor nivel de ingreso per cápita, que son precisamente los que tienen economías más productivas y prósperas, cuentan con las mayores tasas de contagio de covid-19. Naciones como Venezuela, donde hay el estancamiento económico que hemos señalado y sector privado anémico, tienen menor incidencia del virus precisamente por la parálisis en que se encuentran. La apertura comercial y migratoria es más elevada también en economías libres, donde se observan los mayores niveles de PIB o crecimiento.

Por otra parte, hay que decir también que, de acuerdo con RÍZQUEZ (2021), basado en datos de la OMS de 2020, en Venezuela se habrían realizado apenas 16.302 pruebas diagnósticas confirmatorias por millón de habitantes (con la tecnología PCR o *polymerase chain reaction*), una de las tasas más bajas del mundo. Para la atención a la demanda de este tipo de prueba diagnóstica tan solo se habilitó un único laboratorio a escala nacional. Quedó claro desde el inicio de la epidemia que en Venezuela solo habría el número de casos de covid-19 que el régimen estuviera dispuesto a admitir. Ni qué decir que la realidad que se vive en salas de urgencias y unidades de cuidado intensivo en hospitales públicos y privados se encargaría de desmentir contundentemente tal narrativa.

El apresto sanitario venezolano al momento de la declaratoria de la pandemia era probablemente el más débil de toda Iberoamérica. Un déficit neto de 30 mil camas hospitalarias, mil de ellas de cuidados intensivos, ya se estimaba para Venezuela en 2013. No

menos lesiva es la precaria gestión de un sistema sanitario que ha visto sucederse al frente de la respectiva cartera ministerial a 20 titulares desde 1998, cuya permanencia promedio en el cargo es inferior al año –incluyendo militares o burócratas carentes de trayectoria o formación en salud.

LA LIBERTAD FRENTE AL CORONAVIRUS: UN DESAFÍO A ENCARAR

Con preocupación vemos como la crisis del covid-19 ha sido empleada como comodín para imponer medidas autoritarias y contrarias a la libertad. En todo el orbe nos hemos acostumbrado a órdenes gubernamentales que limitan la circulación de los ciudadanos, su asistencia al trabajo o la escuela, las reuniones de personas y la actividad económica o que restringen el acceso a distintos servicios, los médicos –paradójicamente– incluidos. Así, muchos enfermos vieron postergados sus tratamientos ante la prioridad de la atención al covid-19. La agenda del gobierno venezolano se ha beneficiado con esta epidemia para seguir añadiendo restricciones a un capital privado ya debilitado. La salud ciudadana ha sido colocada al servicio de la ideología. Tras el inútil empeño del régimen venezolano por negar la circulación del virus SARS-CoV-2 en el país y la existencia de casos de covid-19, la gestión de la epidemia en Venezuela se ha caracterizado por su carácter errático al tiempo que autoritario, esto último en total consonancia con una estrategia de control social y político que nadie pone hoy en duda ni dentro ni fuera del país.

Tan desacertada gestión ha traído como consecuencia la profundización del decrecimiento

económico venezolano que ya abarca varios años, con su natural estela de desempleo, cierre de empresas, caída del consumo, deterioro de los servicios, etc. A todo ello hay que añadir la censura de medios con la excusa de «no generar alarma» y la instrumentalización de la epidemia con fines políticos y de extorsión a los ciudadanos, impidiéndose el libre tránsito de personas y mercancías so excusa de estar contribuyendo con ello a «cortar la transmisión de la enfermedad». El cese de toda actividad económica con el fin de detener el avance de la epidemia equivale a apostar a una parada cardíaca para detener una hemorragia.

VENEZUELA ANTE EL COVID-19: MITOS AUTORITARIOS

Plantear el problema de covid-19 como un pulso entre la economía y la epidemiología eleva a la categoría de dilema lo que tendría que ser un abordaje que las integre como lo que son: dos facetas de un mismo gran problema. Reiniciar la actividad económica formal es urgente para Venezuela incluso en medio de la pandemia.

El confinamiento o *lockdown* no es una opción para un país que viene empobreciéndose atrozmente desde hace no menos de siete años. Sobre Venezuela y su opinión pública se han derramado todas las opiniones posibles con la sola excepción de una: la de los expertos en higiene industrial. Toda actividad productiva lleva implícito un cierto riesgo y ante él se diseñan procesos técnicos que minimicen su probabilidad de materialización dada una apreciación de la vulnerabilidad de los expuestos a que ello ocurra. Así las cosas, la probabilidad (riesgo)

de resultar contagiado con covid-19 depende del índice de reproductibilidad estimado para el coronavirus, que se estima en torno a 2 (es decir, que un enfermo puede contagiar a dos personas sanas). La letalidad del covid-19, que es la medida de su capacidad de producir la muerte de quien la contrae, es de 1 por cada 100, siendo el de los adultos mayores y los enfermos crónicos los segmentos de población más vulnerables. La vacuna pronto podría ser una realidad y la eficacia de las medidas de protección individual (mascarillas, etc.) ha quedado demostrada. Hechas tales estimaciones es perfectamente posible diseñar procesos que permitan mantener en marcha la actividad productiva con un mínimo de riesgo de contagio. El comercio al detal lo ha demostrado con el mecanismo de despachos vía *delivery*, y el comercio electrónico. Hasta la industria del entretenimiento ha buscado nuevas modalidades para sobrevivir e incluso crecer. Porque sin actividad económica –corazón de la vida– lo cotidiano no es sostenible, sea que estemos en pandemia o no. Decretar el cierre de operaciones alegando razones sanitarias no es serio ni responsable y si se hizo en Venezuela fue en acatamiento a una agenda política cuyo mandato ha estado claro desde mucho antes de la pandemia: el mandato según el cual, en Venezuela nada está llamado a existir salvo dentro del estado; fuera de él, jamás. Finalmente, la acción privada alineada en una agenda sanitaria común con el estado puede aportar capacidades instaladas y experiencia en la construcción de soluciones al grave problema público de la pandemia desde la iniciativa empresarial. «Soluciones privadas a problemas públicos», lo llamamos, evocando a Cristián Larroulet en una publicación de 1993 (Cifuentes, 2003).

En la «Mesa Sanitaria» lo propusimos hace 20 años y los resultados en materia sanitaria de las gestiones públicas venezolanas que atendieron a tales premisas quedaron como demostración fehaciente de la potencia de dicho planeamiento¹⁵. Hemos de considerar las dimensiones de la salud que acercan a la vida en libertad. La enfermedad es una forma de opresión. La falta de acceso a la atención sanitaria genera una esclavitud contingente. Pero peor aún, el oportunismo en la gestión de la salud subyuga al individuo ante el Estado o el corporativismo, impidiéndole el ejercicio cabal de la libertad a la que está naturalmente llamado. El caso venezolano es absolutamente demostrativo de ello.

REACTIVACIÓN ECONÓMICA DESDE LOS CENTROS DE PENSAMIENTO

Nos inquieta que las propuestas para dinamizar las economías afectadas por esta pandemia se han concentrado en soluciones macroeconómicas. Incluso en el mundo desarrollado, se ha apelado a recetas que parecían propias de América Latina: financiar el déficit fiscal con oferta monetaria o promover tasas de interés reales negativas –incluso negativas en términos nominales. Otro planteamiento ha sido la transferencia monetaria asistencialista, que en el caso estadounidense al menos va directamente al ciudadano. En Europa, se han dirigido hacia la administración pública o las corporaciones, creyendo que deciden mejor que el individuo.

15 Es el caso de uno de los autores (GV), quien estando al frente de la secretaría de Salud del estado Miranda, en Venezuela, entre 2008 y 2016, puso en marcha mecanismos de financiamiento público a la demanda de atención médica compleja y de operación público-privada conjunta de servicios diagnósticos de alta tecnología en regiones remotas de dicho estado.

Para dejar atrás este estado de cosas venezolano podríamos proponer grandes cambios o medidas que, siendo prácticos y con miras a solución inmediata, son inviables. Un médico no puede curar a un paciente suponiendo que estará en un hospital bien provisionado. Se precisa actuar con agilidad y de modo creativo. Nos concentramos en una solución de índole ciudadana y accesible para avanzar hacia la sana libertad.

Nuestra propuesta se concentrará en lo que pueden ofrecer los centros de pensamiento liberal para contribuir a una mejor salud ciudadana. Podríamos extender esta propuesta a otras instituciones de la sociedad civil, incluyendo al ámbito académico, a asociaciones de usuarios de servicios de salud y, desde luego, a organizaciones de los trabajadores de la salud –que no solo defienden intereses gremiales.

Invitamos a los Centros de Pensamiento Liberal como CEDICE Libertad, a proveer calidad de información en Economía de la Salud. Nos ayudará que nuestros pares del mundo acepten esta propuesta y produzcan material que sirva a países como el nuestro. Es un tema que no ha tenido la divulgación suficiente en el gran público. La educación ciudadana para la libertad se ha concentrado en otros ámbitos y nos ha faltado colocar más acento en los temas de salud. Ciertamente ha habido producción intelectual de los *think-tanks* liberales en salud y seríamos incautos en descuidar ese inventario. Lo que nos preocupa es hacerlo accesible.

Durante la epidemia del covid-19 hemos visto valientes denuncias sobre el autoritarismo en salud, faltando ese otro componente: educar en economía de la salud, que significa

entender cómo funciona ese ámbito. Creemos que parte de la renuencia al asunto es que, en salud, algunos podrían cuestionar nuestra agenda habitual que recomienda menos Estado y más mercado. Las asimetrías de información, educativas o de ingreso actúan de modo drástico en este entorno de la salud. En las salas de espera de los hospitales, en la antesala a la sala de cuidados intensivos o del quirófano podríamos encontrar menos entusiastas defensores de la libertad económica. Quienes no tienen los recursos para atenderse con el tratamiento adecuado o el presupuesto para acceder a medicinas, incluso si son arduos publicistas del *laissez faire*, podrían dudar de sus creencias e implorar alguna ayuda estatal. No queremos con esto generar desesperanza. Por el contrario, queremos asir el toro por los cuernos y confrontar nuestro ideario liberal con esta realidad.

Los gastos de salud provenientes del bolsillo propio se denominan en inglés *out-of-pocket* y en más de un caso podrían llevar a un hogar a la pobreza, especialmente ante una enfermedad severa o un accidente —que son impredecibles. Se habla del llamado gasto catastrófico en salud (en inglés: *catastrophic spending*). Se refiere a los desembolsos por atención a la salud que debe asumir una persona u hogar, con recursos propios, sin tener reembolso alguno. Otros añaden a este concepto la proporción de casos en que una familia puede empobrecerse por asumir un gasto de salud inesperado. El umbral a partir del cual se habla de gasto catastrófico varía según el país y quizás lo más valioso es delimitarlo para los hogares más pobres. Una convención es tomar ente el 10% o 25% del ingreso disponible del hogar como mínimo de referencia. La Figura 2 del Apén-

dice muestra que, a 2019, casi mil millones de personas están teniendo situaciones de gasto catastrófico en salud —el 10% de ellas son latinoamericanas.

La mayoría conocemos de modo directo casos de familias que se han arruinado o debilitado financieramente por atender un imprevisto de salud ante el cual no tenían cobertura. Hay casos dramáticos en que personas desesperadas por costear tales gastos extraordinarios han tenido que dar el salto al mundo criminal. Una de las historias mejor documentadas es la de Nem (alias de Antônio Bonfim Lopes), el capo de la droga en Río de Janeiro (Brasil), quien para salvar de una enfermedad rara a su hija, «histicitosis X», tuvo que pedir un préstamo de 10 mil dólares al distribuidor de droga en su barrio. A partir de allí, saltó a la ilegalidad y, de ser un trabajador decente, acabó convertido en uno de los líderes del crimen organizado.¹⁶

Nos preocupa que esta línea argumental del gasto catastrófico promueva más Estado, más Corporativismo y peores resultados en Economía de la Salud. Por ello proponemos considerar, en la agenda divulgativa de Economía de la Salud, una serie de temas que evitan esta tentación totalitaria por razones de salud.

LÍNEA TEMÁTICA #1: HUMILDAD ANTE EL MERCADO DE LA SALUD

La tentación de tener una atención de salud centralizada, dirigida por un gobierno rector en la provisión del servicio, podría ser un

16 C.f.: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-46161802>

resultado de la epidemia de covid-19. En países con baja libertad económica como Venezuela esta creencia tendría más asidero. La vacuna contra esta inclinación es la humildad. Hemos de entender que la salud individual es de por sí un sistema complejo y la de un conjunto social es aún más inviable de predecir. La aleatoriedad y los eventos inesperados de consecuencias devastadoras son parte de esta dinámica.

Aceptar esto es estar abiertos a la experimentación, las heurísticas, las iteraciones para el aprendizaje y el respeto hacia el conocimiento personal. Cada individuo adulto es responsable de su propia salud. Quienes están más cercanos a una persona han seguido de cerca su predisposición genética a alguna dolencia, las conductas o hábitos personales que han colocado en riesgo su salud y cómo su entorno le afecta para ser más o menos sano. Adicionalmente, quienes trabajan en el sector salud no solo como médicos, sino también como enfermeras, personal administrativo o auxiliares, son capaces de añadir conocimiento.

Tampoco la sabiduría o la creatividad en salud son monopolio de los que han ido a una Academia u obtenido una Titulación. Hay conocimiento empírico que proviene de otras voces, que merecen ser oídas. La investigación en salud ayudará a reducir la incertidumbre, especialmente si se fundamenta en datos, simulaciones y estudio de escenarios. La inteligencia en salud es predeciblemente mayor si proviene de la interacción voluntaria, si surge al cooperar, al intercambiar narrativas, novedades o experiencias que construyen ese inventario social, dinámico y pacífico sobre estos temas.

PENNINGTON (2020) nos recuerda a F.A. Hayek, quien precisamente abogó por el mercado como una solución ante la complejidad. La epidemiología también opera en un entorno complejo de sistemas biológicos. La zoonosis que podría haber contagiado el virus del covid-19 proviene precisamente de impredecibles interacciones entre humanos y animales. Una salud dirigida por el Gobierno fallaría al perder de vista temas como el «Efecto Lucas», donde la respuesta individual ante una política pública la debilita o anula –por ejemplo, la relajación de las personas en cuidarse, al ver que avanza la vacunación contra el virus.

Una economía de mercado tiene la ventaja de recoger señales de precios. Por ello la recomendación para una buena política de salud es buscar de acercarse a esa dinámica del mercado, recogiendo señales sobre lo que valoran los productores o consumidores.

LÍNEA TEMÁTICA #2. CONOCIMIENTO PARA GESTIONAR LA INCERTIDUMBRE

La invitación es a difundir la investigación en Economía de la Salud, especialmente si promueve la claridad o sencillez. Un ejemplo es el trabajo de Kenneth Arrow (ARROW, 1963), que fue pionero en el tema y sigue siendo una referencia. Él identificó estas características especiales del Mercado de Cuidado de la Salud:

1. La Naturaleza de la Demanda es irregular e impredecible
2. La Conducta Esperada del Médico lo aleja de los proveedores convencionales. No esperamos de un médico

la búsqueda del lucro o el beneficio material, al menos de modo explícito. Arrow recuerda un término empleado por Talcott Parson, la *orientación hacia el colectivo* que se espera de un profesional de la salud.

3. La Incertidumbre en el producto o servicio, ya que los resultados de todo tratamiento médico son aleatorios. La asimetría de información, entre quien provee el servicio y quien lo recibe, supera con creces la de cualquier otro mercado. Y ambas partes del intercambio lo saben. Además, todo servicio médico tiene una naturaleza efímera, si bien sus consecuencias son duraderas. Su prestación es única e irrepetible para cada paciente.
4. La oferta es restringida y tiene considerables barreras de entrada. Esto encarece el servicio médico. Uno de los costes más importantes es la educación médica.
5. Para fijar el precio de los servicios, los médicos aplican la discriminación por ingresos. Tienen viabilidad de cobrar más por el mismo servicio a los pacientes con mejor poder adquisitivo.

LÍNEA TEMÁTICA #3. UNIR LAS ASPIRACIONES CON LA EFICIENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) recuerda uno de los objetivos del milenio para reducir la pobreza: la cobertura universal de salud. Nos resultaría un objetivo loable al considerar el problema del gasto catastrófico en salud que describimos.

El reporte considera asuntos prácticos, provenientes de la economía, que ayudan a hacer realizable este objetivo. Uno de ellos es recordar que la atención primaria en salud genera los efectos más inmediatos y duraderos para la salud individual y generan ganancias sociales en productividad (menor ausentismo laboral, mayor rendimiento, incluso más alegría).

Otro argumento proviene de Amartya Sen, quien apunta hacia el carácter intensivo en trabajo que tienen los servicios médicos. El argumento es que eso hace más barato incrementar la cobertura de atención sanitaria para los países pobres, que tienen menos capital y cuentan con más población. La inversión en personas es más fácil de realizar y rentable de modo inmediato. Desde luego, sin que eso signifique tener a los profesionales de la salud mal remunerados, ya que acabarían emigrando como ha ocurrido en Venezuela.

También se ha de tener en cuenta la viabilidad fiscal del gasto en salud. La Figura 3 del Apéndice recoge un estudio publicado por la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE, 2019), donde vemos como casi 20% del gasto gubernamental entre varios de sus países integrantes va hacia el sector salud y consume al menos 10% del presupuesto entre ellos. ¿Qué tan eficiente es ese gasto? ¿Cuál es la mejor manera de que realmente mejore la salud de la población? Nuevamente, de nada nos sirven buenas intenciones públicas en salud si tenemos un gobierno quebrado como es el de Venezuela, tras años de despilfarro y represión económica. El grupo de trabajo de la OCDE ha promovido precisamente el intercambio de experiencias entre gobiernos y ha propuesto cuatro principios de gestión fiscal en salud:

1. Asegurar la predictibilidad de recursos. La elaboración de presupuestos y su seguimiento desde el Gobierno.
2. Establecer indicadores de desempeño, que conecten resultados con gasto.
3. Delegar decisiones de asignación de recursos a agencias gubernamentales. Las autoridades centrales se concentrarían en los grandes rubros o categorías de gasto, delegando la ejecución.
4. Crear sistemas de reporte efectivo en salud, con informes oportunos y notificación de desvíos.

Este tipo de disciplina fiscal ayudará a evitar la corrupción administrativa que hemos presenciado incluso en los presupuestos para gestionar esta pandemia.

LÍNEA TEMÁTICA #4. SUBSIDIARIEDAD – CERCANÍA CON EL CIUDADANO

El principio de subsidiariedad sostiene que las instancias más cercanas a las personas son las más eficientes para ayudarle. Este razonamiento está en línea con las estrategias para gestionar complejidad que señalamos. Difícilmente un ente centralizado podrá entender las diferencias en necesidades de salud que presentan regiones o localidades –y mucho menos, personas.

La aplicación de este principio es más viable cuando se trata de servicios o materiales más sencillos o menos regulados. Michael Sinha señala el caso de los equipos de protección personal para los trabajadores del sector salud, que vienen siendo requeridos

con intensidad durante la crisis del covid-19. Un ejemplo es la mascarilla N-95. En EE. UU. se apreció que la provisión de estos equipos se hacía más ágil y real cuando se atendía directamente desde las localidades, desechándose la provisión centralizada como respuesta (SINHA, 2020).

Hay un problema de coordinación, que se esperaría promueva el Gobierno Central. Uno de los inconvenientes con la gestión del covid-19 ha sido su uso por agendas populistas o por el oportunismo político, donde gobiernos regionales han buscado ganar protagonismo y hasta quitar popularidad a la presidencia. En el caso del sistema federal estadounidense, ha sido preciso revisar la Constitución y la Jurisprudencia para delimitar bien las capacidades (WILEY, 2020). Venezuela no opera bajo un sistema federal desde hace un siglo, cuando el Gobierno Central ganó protagonismo al tener el control de las regalías e impuestos generados por la industria petrolera. La agenda para descentralizar la administración pública, iniciada en 1990 y promovida por elecciones regionales, quedó desmantelada desde 1999. La invitación es a promover mayor peso de las administraciones municipales en salud, dándoles autonomía y capacidad decisoria en capítulos relevantes de la atención primaria o la prevención.

Sería miope perder de vista otro participante: la sociedad civil. Las organizaciones intermedias son aquellas que agrupan a la ciudadanía de modo voluntario y dan ya respuesta a algunas de sus necesidades. Incorporar estas asociaciones ayuda en la gestión de salud y cataliza que sea accesible. Nos referimos a entidades como las iglesias, las asociaciones de vecinos, las fundaciones, los clubes,

las agrupaciones vinculadas a la educación (centros de estudiantes, asociaciones de padres), las organizaciones no gubernamentales de toda índole y especialmente aquellas que surgen entre los afectados por un problema. Pensemos en cuántos que padecen una enfermedad o sus familias se han organizado para promover investigación, tratamientos más accesibles o ayuda mutua.

La innovación en salud incorpora esa descentralización. Los avances que estamos viendo en telemedicina, inteligencia artificial, *big data* y otras invenciones para atender tratamientos provienen no solo de grandes presupuestos o de corporaciones. Son también resultado de apoyo filantrópico, investigación desde las universidades y creatividad en emprendimientos empresariales.

LÍNEA TEMÁTICA #5. LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD SON COMPARTIDAS POR ESTADO, SOCIEDAD E INDIVIDUO

Las llamadas Funciones Esenciales de la Salud Pública son once (MUÑOZ *et al.*, 2009):

1. Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
2. Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
3. Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.

4. Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
6. Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
7. Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.
8. Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
9. Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
10. Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.
11. Preparación para el enfrentamiento de desastres.

Una confusión es considerar que el Gobierno ha de ser quien las conduzca. Hay participación de la sociedad en cada uno de estas funciones y, desde luego, una dimensión personal en todas ellas. Lograr el acceso a la salud no significa que el Gobierno ha de ser un proveedor de los servicios necesarios: seguros médicos, hospitales, dispensarios, centros de investigación... Esperamos que las personas puedan elegir entre quienes dan mayor calidad a menor precio en tales ámbi-

tos. Por ello ya se ha ensayado en Venezuela la financiación directa a los ciudadanos para que seleccionen su proveedor adecuado. La experiencia fue conducida por uno de los coautores de este documento en el Estado Miranda y se encuentra descrita en VILLASMIL (2020).

A MODO DE CONCLUSIÓN

Nuestra invitación para reactivar las sociedades y economías, en libertad, es precisamente a que desde la sociedad civil se promueva un insumo fundamental para bajar las asimetrías en salud: información.

Los centros de pensamiento liberal cuentan con el inventario de conocimiento, el personal y las capacidades de comunicación para promover una agenda en economía de la Salud. Ya han hecho bastante para alertar sobre el riesgo autoritario que ha generado el covid-19 y acumulado investigaciones sobre ineficiencia de gasto público en salud. La propuesta es a hacer más ambiciosa la agenda y educar en salud, promover que los ciudadanos tomen las riendas del asunto y aprovechen innovaciones que han abaratado el acceso a la salud. Una de ellas es la Internet: desde un teléfono celular un paciente consigue información sobre dolencias, precios de medicamentos y médicos o centros hospitalarios que suministran un servicio.

Los liberales creemos en la cooperación y el intercambio voluntario. Es viable alcanzarlo en el ámbito de la salud y es la solución para bajar el riesgo de Estatalismo o las soluciones Corporativistas.

En Venezuela aún están vigentes los centros de pensamiento y varias organizaciones de la sociedad civil que tienen capacidad de respuesta para problemas relacionados con la salud. Precisamente son las que tienen potencia para generar resultados ante un Estado quebrado y dominado por la ideología.

Tenemos también la esperanza de que Venezuela avance en libertad económica, ya que los logros en derechos de propiedad, entorno legal favorable a negocios, apertura comercial y estabilidad de precios harán la vida ciudadana mucho más sana.

APÉNDICE

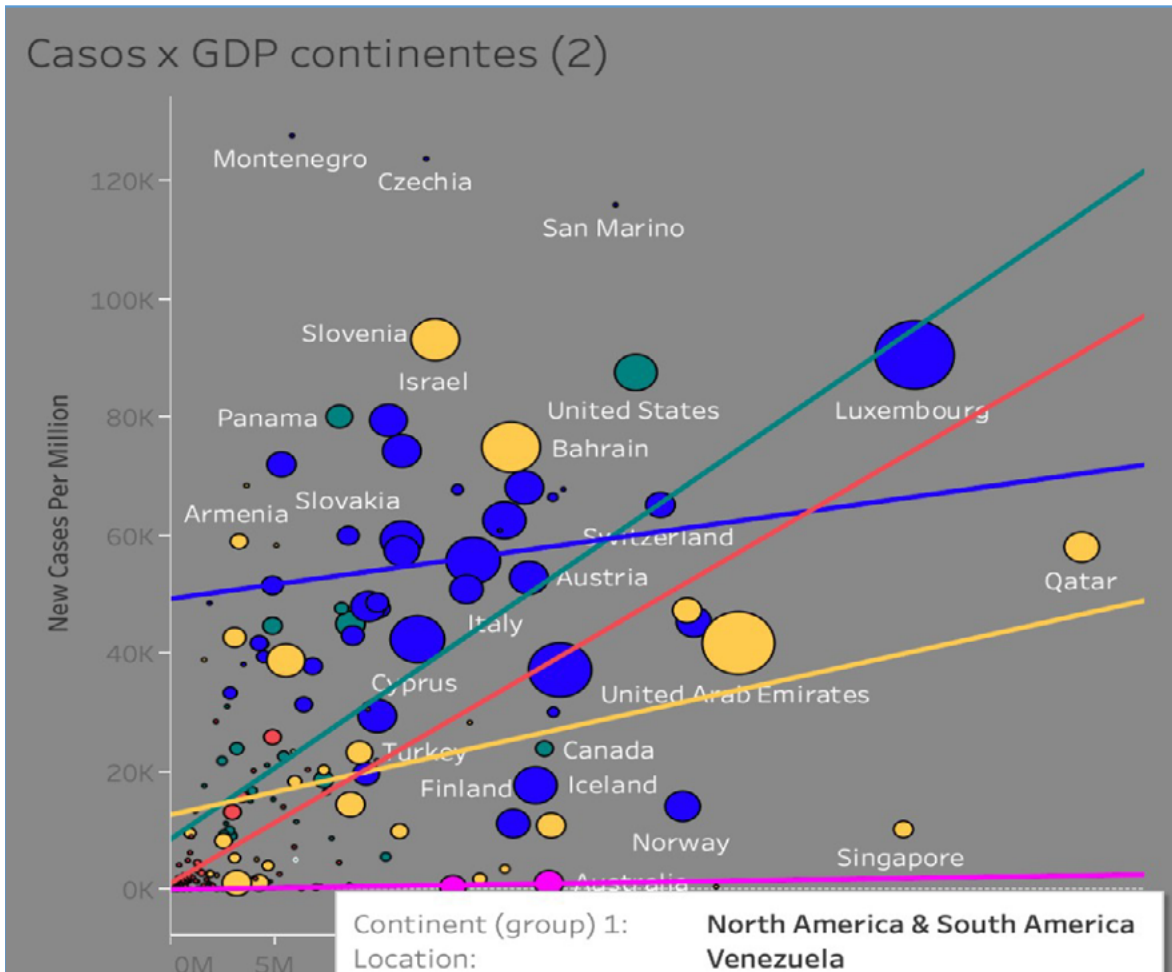


Figura 1. Correlación entre Nivel de PIB per cápita e incidencia de COVID-19. El gráfico muestra como la velocidad de transmisión o incidencia de COVID-19 es mayor precisamente en economías con mayor nivel de PIB per cápita, donde hay una actividad económica más vibrante y mayores interacciones en el ámbito de mercado. Cálculos aportados por el profesor Julio Castro Méndez, del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela.

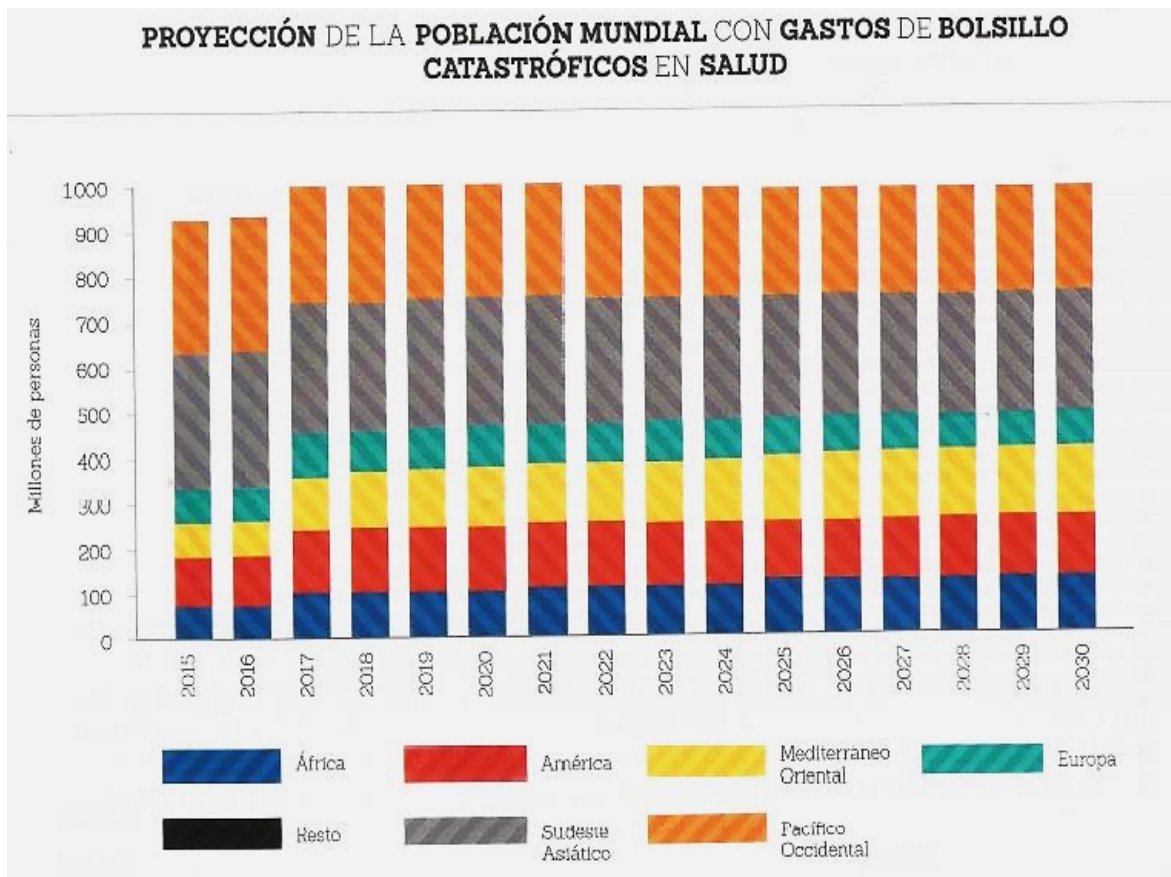


Figura 2. Población Mundial en situación de gasto catastrófico en salud (10%-25% o más de sus ingresos disponibles). Tomado de ESCOBAR JARAMILLO (Febrero 2020), pág. 55 – su fuente es información de la OMS.

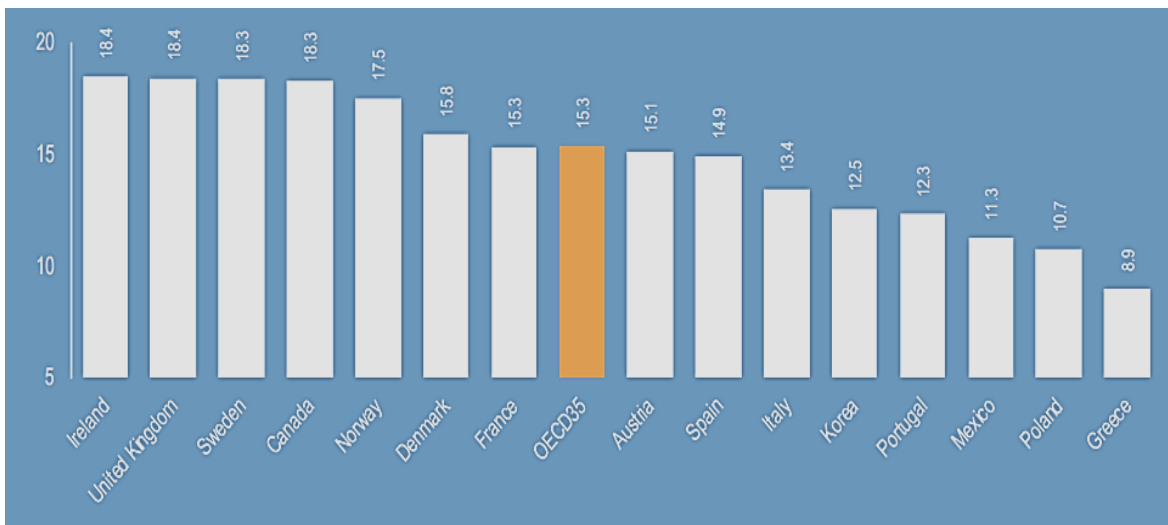


Figura 3. Porcentaje del Gasto en Salud dentro del Gasto Gubernamental en 2015, para países integrantes de la OECD. Tomado de OCDE (2019), pág. 3

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrow, Kenneth. (Diciembre de 1963). «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care». *The American Economic Review*. Volumen LIII, número 5, pp. 851-883.
- Castro, J (2021). Informe Sala Monitoreo COVID-19. Período 16 marzo 2020 - 7 marzo 2021. *Mimeo*.
- Cifuentes, M. (2003). «Health care». En: Larroulet, C (editor). *The Chilean experience. Private solutions to public problems*. Ediciones del Instituto Libertad y Desarrollo. Santiago de Chile.
- De Freitas, M. (2007). «Contraloría General de Venezuela. Allorando el camino para el PSUV». En: Transparencia Venezuela (editor). *Muchas instituciones, un jefe. El desmontaje de la democracia venezolana*. Caracas.
- Friedman, Milton (con la colaboración de Rose D. Friedman) (2002). «Medical Licensure». En: *Capitalism and Freedom*. Edición del Cincuentenario. Chicago: University of Chicago Press, pp. 149-160.
- Friedman, Rose y M. Friedman (2011). «¿Quién protege al trabajador?». En: Libertad de Elegir. Edición Especial para el diario *Expansión*. Madrid: Ciro Ediciones.
- Escobar Jaramillo, Juan J., Editor. (Febrero 2020). «Tema Central. Avances y Retos». En: *La Nota Económica. Salud*. Bogotá, MUNDO BIZ, pp. 54-55.
- Muñoz, Fernando y otros (2009). «Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud». *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 8 (1/2), 2009, pp. 126-134.
- OECD (2019). *Fiscal sustainability of health systems*. Enhancing the dialogue. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Fiscal-Sustainability-of-Health-Systems-Brochure-2019.pdf>.
- OMS (2017). «From Primary health care to universal coverage». Ten years in public health 2007-2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/10-year-review/en/>.
- Pennington, Mark (Agosto de 2020). «The response to the pandemic: A Hayekian View». IEA COVID-19 Briefing Paper 13. Londres: IEA.
- Rísquez Parra, A., Urosa de Rodríguez, R., & De Sanctis, J. (2021). «Salud pública y pruebas diagnósticas del covid-19: Caso Venezuela. Medicina Interna». Vol. 36(4), pp. 1820-192. Disponible en: <https://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/568/556>.
- Rose, M y H. Ritchie (2016). «Burden of disease». En: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>.
- Sinha, Michael (Agosto de 2020). «Covid-19: State and Local Responses to PPE Shortages». En: Assessing Legal Responses to covid-19, pp. 152-157. Disponible en: <https://www.publichealth-lawwatch.org/covid19-policy-playbook>.

Varios. Encuesta Nacional de Hospitales, edición 2019. En: <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/>

Varios. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi), varias ediciones. En: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>.

Villasmil, G. (2020). *Soluciones privadas a problemas públicos: ideas para la reforma del sector sanitario en Venezuela*. Caracas. Ediciones Cedice Libertad, 204 p.

Wiley, Lindsay F. (Agosto de 2020). «Federalism in Pandemic Prevention and Response». En: *Assessing Legal Responses to covid-19*, pp. 65-70. Disponible en: <https://www.publichealthlaw-watch.org/covid19-policy-playbook>.