

Capítulo 4

Introducción	173
La ausencia de reformas tiene efectos de largo plazo	173
El sistema que hemos construido	175
Algunas enseñanzas de las reformas intentadas	177
Las opciones de reforma en la Constitución de 1999	185
Los problemas de la salud de los venezolanos	188
¿Cómo enfrenta nuestro sistema de salud estos problemas?	192
Las reformas propuestas: de mal en peor	193
La otra dirección: Un sistema de salud moderno	195
En perspectiva	203



¿Cuáles son los acuerdos que requiere el sistema de salud?

Marino J. González R.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud venezolano enfrenta la encrucijada más significativa desde la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936. En una dirección se podría deteriorar aún más la cobertura y calidad de los servicios prestados, así como intensificar las grandes debilidades institucionales que hoy presenta. En otra dirección se podrían acometer los cambios necesarios para mejorar la prestación de servicios de todos los venezolanos y, en consecuencia, contribuir a elevar sus condiciones de salud.

Este capítulo analiza los acuerdos que deben ser impulsados para contar con un sistema de salud que garantice servicios adecuados y de calidad para todos los habitantes del país. Para ello se desarrollan seis secciones. La primera revisa los rasgos característicos del sistema de salud. La segunda analiza las reformas realizadas hasta 1998. La tercera discrimina las posibilidades de reformas en el marco de la Constitución de 1999. La cuarta describe la situación actual del sistema de salud, en términos de las condiciones de salud y de los aspectos institucionales. En la quinta se analiza la propuesta de reforma que se considera actualmente en la Asamblea Nacional. En la sexta se proponen opciones alternativas para contar con un sistema de salud moderno y efectivo.

LA AUSENCIA DE REFORMAS TIENE EFECTOS DE LARGO PLAZO

Las experiencias fallidas de reforma en los últimos lustros deben servir para no repetir los mismos errores y omisiones. La hora exige un esfuerzo de comprensión a la altura de las complejidades del financiamiento y prestación de servicios de salud. Diseñar otra reforma sin tomar en cuenta las visiones incompletas que hemos tenido y los fracasos resultantes, será, lamentablemente, abono fértil para una nueva decepción.

La viabilidad y adecuación de la reforma requiere: 1. interpretar las tendencias institucionales del sector salud, 2. valorar las enseñanzas de las reformas previas, 3. establecer las posibilidades y limitaciones del marco constitucional aprobado en 1999, y 4. caracterizar los lineamientos estratégicos que podrían guiar los cambios.

Si alguna lección ofrece la experiencia del sector salud en Venezuela, es que la historia se encarga de establecer, más temprano que tarde, las consecuencias de la ausencia de reformas adecuadas. El sistema que tenemos, es producto, en gran parte, de no haber tomado un determinado camino décadas atrás. En efecto, luego de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936, Venezuela tuvo, aparentemente, la oportunidad de construir un sistema de salud menos excluyente y fragmentado.

En noviembre de 1936, el Ministro Santos Domínici solicitó a las representaciones diplomáticas residenciadas en Caracas apoyo técnico para preparar una Ley que estableciera el Seguro Social. Domínici había culminado su Doctorado en Ciencias Médicas en Francia en 1894. Es probable que la legislación alemana de 1883, por la cual se creó por primera vez el seguro social con financiamiento de trabajadores y patronos, hubiera animado en Domínici la idea de replicar esta experiencia en Venezuela.

Sabemos por Archila (1955) que Domínici nombró una Comisión para elaborar la Ley del Seguro Social Obligatorio, la cual debía ser sometida al Congreso Nacional en 1937. También sabemos, por la misma fuente, que el Consejo de Ministros aprobó integrar las comisiones que trabajaban en esa dirección: la de Sanidad y Asistencia Social, la de la Oficina del Trabajo y la del Ministerio de Fomento. Lo que no sabemos con certeza, pero podemos suponer, es que Domínici concebía un seguro de salud bajo la responsabilidad del propio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Archila no confirma si ese proyecto de ley fue finalmente elaborado. El 24 de febrero de 1937 fue sustituido el Ministro Domínici. En caso de que el proyecto de ley hubiera recogido la posición de Domínici, el país hubiera podido integrar el financiamiento de los trabajadores en un ente con injerencia directa sobre los servicios de salud, esto es, el MSAS. Tal opción hubiera evitado la fragmentación del financiamiento público entre “cotizantes” y “no cotizantes” que nos ha caracterizado hasta la actualidad.

La creación del Seguro Social Obligatorio en 1944, bajo el comando del Ministerio del Trabajo, fue la consecuencia histórica de la ausencia de la reforma probablemente concebida por Domínici. Como se puede observar, resultó una ironía que la constitución de un sistema de salud hubiera podido quedar sellada por la sustitución de un mi-

nistro. Como enseñanza para los reformadores de la etapa actual, debe quedar la constatación de que los cambios deben, en primer lugar, ser aprobados.

EL SISTEMA QUE HEMOS CONSTRUIDO

Desde 1936 hasta la fecha, Venezuela ha construido un sistema de salud complejo, poco conocido, más flexible de lo que suponemos, y más cambiante de lo que aparenta. En la práctica, el análisis histórico-institucional de nuestras políticas de salud es una tarea por hacer. Sin embargo, algunos rasgos o constantes pueden proponerse para establecer con más claridad los requerimientos de las reformas. Ellos son los siguientes:

LIMITACIONES INHERENTES A LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD

Los sistemas de salud modernos se orientan hacia la concepción denominada “salud de las poblaciones”. Tal premisa supera la visión de la salud como responsabilidad exclusiva de los servicios curativos (ambulatorios y hospitales). Además, también se asigna a otros ministerios y sectores, responsabilidades sobre la promoción, prevención y curación. La esencia de este enfoque es su visión integral y la convicción de que muchas de las soluciones a los problemas de salud están fuera del marco de responsabilidades de los ministerios del sector, lo cual, por supuesto, no significa que se descuiden los servicios en esta área.

Hoy en día en Canadá, por ejemplo, se asume con interés la posibilidad de financiar centros para la tercera edad y modalidades terapéuticas fuera de la esfera de los servicios de salud. En Venezuela tales enfoques son muy incipientes. La asignación de recursos, especialmente los públicos, se realiza privilegiando a los servicios, y dentro de ellos, a los que realizan más intervenciones curativas, hospitales de alta tecnología, por ejemplo. Todo ello se desarrolla en perjuicio de intervenciones más costo-efectivas como la construcción de cloacas o acueductos, o la educación de la población femenina.

FRAGMENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO PÚBLICO

Si bien es cierto que no debe sobreestimarse la influencia de un factor en la organización de un sistema de salud, no es menos cierto que la fragmentación del financiamiento público está en el corazón de las deficiencias que confrontamos. Si hay alguna área de las políticas públicas en la cual es fundamental el origen público del financiamiento, esa es la salud. El mercado de la salud es, probablemente, el más imperfecto y requiere la acción del Estado para compensar las diferencias que afectan a los sectores de menores recursos.

La tendencia internacional en esta materia es hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, independientemente de la capacidad de pago y la condición social o laboral de los usuarios. La experiencia del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra y su emulación por otros países como los nórdicos, España, Portugal, Italia, Turquía, entre otros, apuntan exitosamente en esa dirección. Estos países han eliminado progresivamente la distinción entre “cotizantes” y “no cotizantes” a través de la creación de sistemas de salud financiados fundamentalmente por impuestos, sin excluir totalmente, sino en condiciones muy específicas, las contribuciones de los trabajadores.

Las experiencias recientes de algunos países de Europa Oriental y Central, y Asia Central (la República Checa, Estonia, Hungría, Kasakstan, Kyrgyzstan, Latvia, la Federación Rusa y Eslovaquia), confirman las limitaciones de las reformas centradas en el aumento de las cotizaciones de los trabajadores. El informe anual de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1999) plantea con claridad meridiana la importancia del financiamiento público de la salud y la conveniencia de la integración inteligente de estas fuentes.

El caso de Venezuela expresa con claridad estas deficiencias. Aparte de la fragmentación del financiamiento público, expresado con la creación de más de 100 modalidades de prestación de servicios, existen algunos indicios que señalan que la mayor parte de los recursos provienen de fuentes privadas. También debe señalarse que la proporción de la inversión en primas de seguros privados de salud con respecto al total de primas de seguros ascendió de 4% en 1976 a más de 30% en 1998, lo cual es indicativo del aumento de los costos que son sufragados por particulares.

COMPLEJIDAD CRECIENTE DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

La organización de los servicios públicos de salud en el siglo XX fue afectada por dos tendencias de signo contrario pero con efectos similares. A finales de los años cuarenta, se inicia el proceso de nacionalización de servicios que tradicionalmente habían estado en manos de municipios y estados. Diez años más tarde, la mayoría de estos servicios se encontraba en poder del nivel nacional.

Como producto de la tendencia descentralizadora que se desarrolla en el sistema político a finales de los ochenta, se implementa la devolución de funciones y servicios a las instancias subnacionales y locales. De esta manera se ha construido un sistema de salud complejo, especialmente en la perspectiva comparada. Sin embargo, ambos procesos (la nacionalización y la descentralización) han contribuido a aumentar la complejidad del sector público, sin resolver los problemas del desempeño de los servicios, y la efectiva delimitación de responsabilidades y rendición de cuentas.

DESARTICULACIÓN ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO

Ningún sistema público, por más grande u organizado que sea, es capaz de proveer la totalidad de los servicios de salud. Más aún, la tendencia universal es la efectiva articulación entre lo público y lo privado en estas materias. Al reconocer el rol fundamental del financiamiento público no se debe excluir el financiamiento privado.

Muchos países desarrollados establecen topes de financiamiento público para todos los ciudadanos, por encima de los cuales se permite y promueve una gran gama de financiamiento y prestación privada. Además, en algunos países se están realizando experiencias exitosas en las cuales se adopta un esquema de financiamiento público con prestación privada regulada.

La justificación de tales combinaciones es la posibilidad que tiene el sector privado para incorporar innovaciones gerenciales que promuevan la mayor relación costo-efectividad del sistema. En nuestro país no existe una cultura adecuada de vinculación entre ambos subsectores. Podríamos decir que ambos mundos se caracterizan por sus debilidades de organización interna, sumados a las dificultades de interrelación. Sin embargo, es evidente que la complejidad no ha sido exclusiva del sector público, y que en todo el territorio nacional existen muchas experiencias en el ámbito privado que deben ser reforzadas y ampliadas.

Como resultado de la acción de estos rasgos a través del tiempo, el sistema de salud ha tenido un desempeño incompatible con los recursos administrados. Nuestros indicadores de salud son similares a los de países con menor desarrollo relativo. El patrón epidemiológico del país presenta enfermedades cuyos efectos son evitables a través de intervenciones de bajo costo. El incremento de las enfermedades crónicas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH-SIDA, diabetes, trastornos mentales) es un reflejo de la ausencia de estrategias multisectoriales. La inexistencia de redes asistenciales integradas (incluyendo la asociación con prestadores privados) promueve el uso ineficiente de recursos. Las inequidades en el financiamiento y la prestación de servicios, aunque poco estudiadas, son evidentes. Es obvio que necesitamos modificar nuestras actuales prácticas.

ALGUNAS ENSEÑANZAS DE LAS REFORMAS INTENTADAS

Las insatisfacciones con el sistema de salud han generado múltiples intentos de reforma. Es importante presentar algunas de las lecciones más importantes de estos procesos.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1987)

Luego de un intenso debate de varios lustros, el Congreso Nacional de 1987 aprueba la Ley del Sistema Nacional de Salud, según la cual se establecía un período de 10 años para la integración de las principales instituciones de salud del país: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), entre otras. A pesar de que la Ley fue aprobada por unanimidad, varias razones influyeron para que su implementación fuera muy limitada.

En primer lugar, la Ley fue aprobada en un contexto político caracterizado por una debilitada capacidad para imponer visiones centralizadas de la gestión pública. Al año siguiente de la aprobación de la Ley, Venezuela inició un proceso de descentralización abierto y plural en el cual no había mayor cabida para la centralización de grandes entes públicos. De manera que la Ley del Sistema Nacional de Salud se encontró con un contexto político mucho más complejo y con participación de distintos niveles de gobierno. Más aún, la Ley fue utilizada como contra-argumento a las exigencias de descentralización que fueron iniciadas especialmente en el sector salud.

En segundo lugar, la Ley se concentró en la reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) con la creación de subsistemas en distintas áreas de competencia. Los aspectos financieros fueron poco desarrollados en la legislación. Se pretendía una integración financiera en el mediano plazo sin tomar en cuenta que existían múltiples razones históricas e institucionales que limitaban tal posibilidad.

Un tercer aspecto que influyó en el resultado final fue que las responsabilidades para la implementación de la Ley tenían un plazo de cumplimiento que resultó a todas luces excesivamente largo. Además, las capacidades técnicas e institucionales para tal implementación no estaban desarrolladas con la suficiente profundidad.

Finalmente, el cuarto factor es de naturaleza política y económica. La aprobación de la Ley del Sistema Nacional de Salud es realizada por un gobierno a punto de finalizar su gestión administrativa. Los eventos de 1988 y 1989 que produjeron cambios en los enfoques de política económica y contribuyeron a una reestructuración del cuadro institucional del país, especialmente por el desarrollo de la descentralización, demostraron que la plataforma técnico-ideológica, en la cual estaba formulada la Ley, resultaba incoherente con las tendencias presentes en el nuevo contexto del país.

Como resultado de todos estos factores, la Ley del Sistema Nacional de Salud tuvo una implementación limitada. Se produjo la reestructura-

ción del MSAS para adaptarse a los nuevos planteamientos. Pero más allá de eso, la Ley sólo sirvió para que los oponentes del proceso de descentralización en marcha tuvieran argumentos legales. La elección de los gobernadores y alcaldes en diciembre de 1989 y la pugna que se generó entre los actores políticos por el control del proceso, señalaron lo obvio: la Ley del Sistema Nacional de Salud no representaba ninguna alternativa de reforma.

La Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987 demuestra que se puede aprobar una reforma por unanimidad, sin que ello signifique su ejecución. El plazo definido para su implementación fue 10 años. Sin embargo, dicho plazo no se acompañó con el compromiso concreto de las instituciones involucradas. El mismo Congreso que aprobó esa Ley (considerada por algunos como la cima del centralismo en nuestra administración pública), un año más tarde inició el proceso de descentralización. Este último hecho ilustra la importancia de legislar entendiendo los cambios, muchas veces silentes, que avanzan en la sociedad.

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS NOVENTA

La descentralización de servicios de salud iniciada en 1990 (con la solicitud de las transferencias de competencias) nos ofrece un buen ejemplo de lo que implica construir nuevas instituciones.

En los primeros años del proceso de descentralización se consideraba que bastaba la mera transferencia para contar con mejores servicios de salud. Algunos estados fueron más audaces al pensar que era posible transferir competencias a instancias locales, independientemente de sus capacidades institucionales. El tiempo ha demostrado que la transferencia es apenas el comienzo del camino, y que hay un gran trecho por avanzar en materia de construir instituciones. Por otra parte, la descentralización de servicios es posiblemente una experiencia desarrollada con mucha intuición, sin poder identificar protagonistas que no sean colectivos, basada en nuestros propios recursos. Quizás allí se encuentran sus grandes fortalezas.

En líneas generales, el proceso de descentralización de servicios de salud ha contribuido a configurar un sistema de instituciones de gran complejidad a través de la implementación de los convenios acordados entre el nivel central y los estados. La transferencia de responsabilidades a los estados ha promovido un mayor interés y preocupación por mejorar el desempeño de las instituciones, especialmente las Secretarías e Institutos estatales que resultaron de la conversión de las instancias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Veremos más adelante cómo en los últimos años se ha paralizado este proceso.

REESTRUCTURACIÓN DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES (1992)

Para finales de los ochenta, la situación financiera del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) era crítica. En 1989 se calculó que la pérdida de valor del Fondo de Pensiones era equivalente al 2% del PIB de ese año (Márquez, 1992).

Al igual que las instituciones de seguros públicos de otros países de la región, el IVSS empezó a confrontar déficits crónicos especialmente en el financiamiento de la atención a la salud de la población afiliada. Dichos déficits fueron debidos, entre otras razones, a que los porcentajes de cotización no eran compatibles con el tipo y cantidad de servicios prestados. Otros factores como las debilidades gerenciales de las instituciones y la ausencia de controles de usuarios y prestaciones agravaron la viabilidad de estos fondos. El déficit operativo era financiado con recursos provenientes de los fondos de pensiones con lo cual también se afectó la viabilidad de estos últimos, especialmente cuando aumentó la proporción de pensionados con relación a los contribuyentes.

En el caso del IVSS, el Fondo de Atención Médica ha sido deficitario desde 1981. El déficit operativo se incrementó de 3,6 % en 1981 a 44,99% en 1991 (cálculos propios de acuerdo con Malagardis, 1994). De manera que a principios de los noventa, la situación del Fondo era insostenible: casi la mitad los ingresos provenía de fuentes no relacionadas con las cotizaciones específicas. Además de esta situación específica del Fondo de Atención Médica, el IVSS presentaba una disminución de las reservas técnicas que impedían reponer el valor de los Fondos a su equivalente de 1978.

En este contexto se hacía imprescindible la definición de una reforma del IVSS que estableciera las pautas de viabilidad financiera y la separación de los fondos (Pensiones, Atención Médica, y Paro Forzoso o de Desempleo). En octubre de 1992, el Congreso de la República aprueba una Ley de Crédito Público para el financiamiento del plan de reestructuración del IVSS. Por medio de esta Ley, el Congreso autoriza al Ejecutivo Nacional para emitir y colocar títulos de la deuda pública para financiar la deuda operativa y los gastos de reestructuración del IVSS, así como para recapitalizar el Fondo de Pensiones. Para la implementación de la transferencia de recursos, se constituye un fideicomiso en el Fondo de Inversiones de Venezuela (FIV). Los recursos serían transferidos de acuerdo con el cumplimiento del convenio de reestructuración por parte del IVSS.

El contenido del convenio de reestructuración enfatiza los siguientes aspectos:

a. Concentración del IVSS en las tareas de dirección, coordinación y supervisión, más que en la prestación de servicios.

b. Establecimiento de regímenes especiales para la ampliación de la cobertura, especialmente para los trabajadores por cuenta propia, y a los trabajadores de los sectores agropecuario y pesquero.

c. Separación definitiva (contable y actuarial) de los tres fondos del IVSS. Para ello se requería dotarlos de la personalidad jurídica respectiva y de las transferencias provenientes de los ingresos de las cotizaciones.

d. Definición de las vías de financiamiento que aseguraran la viabilidad de los tres fondos.

e. Reestablecimiento del patrimonio del Fondo de Pensiones.

f. Modernización del seguro de paro forzoso a través de la reestimación de la tasa de cotización y la incorporación de los cesantes en programas de reentrenamiento y capacitación.

g. Reorganización del Fondo de Atención Médica para que se concentre en las funciones de regulación y supervisión y, al mismo tiempo, promover que los centros de atención de salud adquieran personalidad jurídica y autonomía funcional. También se propuso el establecimiento de un sistema de baremos de servicios para cancelación de servicios tanto a prestadores públicos como privados.

A pesar de que la reforma incluía aspectos sobre los cuales existía un aparente consenso dentro y fuera del gobierno, la implementación de la reestructuración es un tópico sobre el cual no existe mayor información. Podemos inferir que el seguimiento parlamentario de la reforma no fue sistemático y que algunos de los aspectos técnicos incorporados en la reforma exigían la realización de estudios detallados. Por ejemplo, la definición de los regímenes especiales y los análisis actuariales de los fondos son aspectos que aún hoy en día están pendientes.

La importancia del análisis de la implementación de esta reforma es todavía más prioritaria si pensamos que las reformas diseñadas posteriormente (por ejemplo, la de 1998) fueron también modificadas o paralizadas. Más aún, la reforma del IVSS de 1999, que detallaremos más adelante, contiene grandes similitudes con la reforma de 1992. En general, puede señalarse que ni el IVSS ni el gobierno central, ni el Congreso Nacional pusieron el empeño suficiente para aprender de la implementación de esta reforma. Tal debilidad resultaría muy costosa en

el mediano plazo. En la práctica, la reforma ha quedado diferida en el tiempo por un período muy largo.

La reestructuración del IVSS aprobada en 1992 ejemplifica la importancia del seguimiento y del desarrollo de capacidades técnicas. La restitución de la viabilidad financiera del IVSS requería la ponderación y experimentación de nuevas modalidades de gestión. La ejecución del plan de reestructuración exigía el seguimiento directo por parte de las instancias legislativas y el desarrollo de una agenda técnica compleja. Como resultado de deficiencias notorias en estas materias, se agravó la crisis financiera del IVSS y disminuyeron las posibilidades de acción. Irónicamente, a catorce años de esa reforma, existen los mismos vacíos. Los estudios actuariales, por decir apenas un ejemplo, no existen o no están adecuados a las tareas. Sin embargo, cualquier decisión que se tome tendrá que pasar por esta área. En otras palabras, diferir sólo sirve para encontrar más adelante el mismo problema, aumentado, claro está.

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (1998)

La ausencia de una implementación sistemática de los contenidos de la reforma de 1992, agravó la situación financiera e institucional del IVSS. La estimación más fidedigna de esta situación es una tarea ardua y poco realizada porque los sistemas de información y las fuentes de registros no permiten una adecuada sistematización. Puede señalarse, por ejemplo, que los estudios actuariales específicamente del Fondo de Atención Médica son prácticamente inexistentes. Un estudio realizado en 1994 (Wilkin, 1994) fue basado en los datos disponibles para ese momento. Aparentemente no se dispone de ningún otro estudio actuarial sobre el Fondo de Atención Médica en los últimos doce años.

El agravamiento de la crisis del IVSS y la necesidad de resolver el problema de los pasivos laborales, tanto en el sector público como en el privado, fueron algunos de los factores asociados a la definición de una nueva estrategia de reforma a finales de 1998. Dicha estrategia consistía en la aprobación de una Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y de leyes complementarias dependiendo de los fondos en cuestión (por ejemplo, Ley del Subsistema de Pensiones, Ley del Subsistema de Salud, entre otros). Tal aprobación se realizó a través de una habilitación del Congreso al Poder Ejecutivo, particularmente para las leyes complementarias.

En el caso específico del sistema de salud, las limitaciones más importantes de la reforma fueron las siguientes:

- 1. La reforma de 1998 mantuvo el fraccionamiento del financiamiento público de la salud al reiterar la dualidad entre cotizantes y no cotizantes. La tendencia universal en*

esta materia es promover sistemas de financiamiento que integren las fuentes de recursos públicos aunque las prestaciones puedan ser diferenciadas. Más aún, la reforma de 1998 estableció un subsidio de los sectores más pobres a los sectores medios. El artículo 23 del Decreto Ley del Subsistema de Salud garantizaba el financiamiento por la vía fiscal del Fondo Solidario de la Salud. Los cálculos financieros más conservadores señalan, desde comienzos de la década de los noventa, que el Fondo de Atención Médica del IVSS es deficitario al menos en un 50%. Preservar el financiamiento fiscal era continuar subsidiando a los sectores medios, especialmente cuando la tasa de cotización se mantendría en 6,25% sobre el salario y se elevaría a 8,5% apenas el 1° de enero de 2001. De esta manera, los sectores vinculados a la economía formal hubieran contado con los recursos del Estado mientras la mayoría de la población que se encuentra en la economía informal y que pertenece a los estratos más pobres (según cálculos conservadores equivalente al 60% de la población) hubiera recibido los servicios de un Fondo de Asistencia Social probablemente muy deficitario, habida cuenta que son estos sectores sociales los que más requieren servicios de salud.

2. A diferencia de su homóloga colombiana (la Ley 100 de 1993), la reforma de 1998 fragmentaba el comando institucional del sector salud en tres instancias de la administración central: Ministerio de Hacienda (ahora Ministerio de Finanzas), Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, y Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. La creación de organismos de supervisión, regulación y financiamiento en estos entes agudiza la endeble capacidad estratégica y de gestión del sistema público de salud.

3. Se introdujo indiscriminadamente mecanismos de competencia regulada en el financiamiento y prestación de servicios públicos de salud. Estos mecanismos no son compatibles con el grado de desarrollo institucional del sector público, especialmente en las áreas de información, contabilidad de costos, regulación financiera, y determinación de prestaciones sanitarias.

4. La reforma de 1998 obvió el proceso de descentralización de servicios de salud. Al establecer nuevas estructuras de intermediación financiera y prestación, se excluyó a los estados y se coartó la

posibilidad de construir un sistema intergubernamental de salud acorde con sus éxitos y debilidades de los últimos diez años.

En diciembre de 1998 se elige un nuevo gobierno que ofrece revertir las reformas de la seguridad social, especialmente lo referente a la eliminación del IVSS (que había sido aprobada en las Leyes susodichas). El Ejecutivo fue habilitado por el Congreso para reformar y aprobar un gran número de Leyes incluyendo las de la seguridad social. En octubre de 1999, el gobierno modificó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Integral (LOSSI) en cuatro aspectos sustantivos, a saber:

1. La conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social (artículo 12). Se eliminó la representación de la Federación Médica Venezolana, de los gremios profesionales y de los jubilados y pensionados. También se eliminó la inclusión de seis miembros representativos de las organizaciones laborales y empresariales seleccionados de manera paritaria. Se eliminó la representación expresa de la CTV y de Fedecámaras. Los representantes empresariales y de los trabajadores serán seleccionados conforme a la representatividad de sus respectivas asociaciones.

2. Se detallan las características del Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral (SEREISSI) y se responsabiliza al IVSS de su dirección.

3. Se aprueba una nueva adscripción para el Fondo de Solidaridad Intergeneracional (pensiones) y el Fondo Solidario de Salud. El primero se coloca bajo la dependencia del IVSS (en la Ley de 1998 estaba en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). El segundo se coloca bajo la responsabilidad del MSDS, al igual que el Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo, y Largo Plazo.

4. Se revierte la decisión de eliminar el IVSS y se aprueba que se someta a un proceso de reconversión a partir del 1° de enero de 2000. Al mismo tiempo, se modifica el órgano de dirección del IVSS. Se crea una Junta Directiva de tres miembros en sustitución del anterior Consejo Directivo. Todos los miembros de la Junta Directiva serán nombrados por el Presidente de la República a proposición del Consejo Nacional de la Seguridad Social.

A pesar de que la adscripción del Fondo Solidario de Salud al MSDS es un paso de avance en la integración inteligente del financiamiento público de salud, la persistencia de la dualidad de comando queda ex-

presada en el mantenimiento del IVSS, especialmente cuando se le otorgan facultades para un nuevo proceso de reconversión. Sin embargo, en la práctica, el gobierno no aprobó la legislación adicional necesaria para implementar la reforma. Esa responsabilidad se trasladó a la Asamblea Nacional electa en julio de 2000.

La revisión de las reformas fallidas de 1998 y 1999 refuerza algunas de las limitaciones de procesos anteriores. En primer lugar, estas reformas se asumieron desconociendo en gran parte el marco institucional, especialmente en lo referente al IVSS. Es claro que no puede haber un proceso amplio de reforma sin conocer con cierto nivel de detalle la realidad concreta del IVSS. La reforma de 1998 asumió que era posible eliminar el IVSS sin que se generara una reacción institucional. La reforma de 1999, por su parte, revierte la eliminación del IVSS sin un marco general de políticas que presione por la corrección de los errores en el manejo de esta institución.

En segundo lugar, ambas reformas fortalecen la necesidad de explorar consensos de mediano plazo fundados en criterios técnicos establecidos. En tercer lugar, ambas reformas señalan las debilidades del proceso de toma de decisiones en materia de seguridad social desde la perspectiva del gobierno central. Por los resultados, especialmente en la reforma de 1999, pareciera que no hubo una adecuada estimación de las implicaciones macroeconómicas, financieras, fiscales, e institucionales de la reforma global. Finalmente, otra de las enseñanzas es que la reforma del sector salud puede ser diferente a la que se establezca en el área pensional. De esta manera, se podría haber evitado la parálisis general de la reforma de la seguridad social con sus consiguientes repercusiones especialmente en las áreas económica e institucional.

LAS OPCIONES DE REFORMA EN LA CONSTITUCIÓN DE 1999

La definición de una propuesta de reforma en el sector salud de Venezuela debe tomar en cuenta las posibilidades y restricciones establecidas en la Constitución aprobada en diciembre de 1999.

Dentro de las posibilidades deben mencionarse las siguientes:

a. La Constitución de 1999 (artículo 83) reconoce a la salud como un derecho social fundamental. Al mismo tiempo señala la obligación del Estado para garantizarlo como parte del derecho a la vida. También señala que es responsabilidad del Estado la promoción y desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. La decisión constituyente también establece que todas las personas

tienen derecho a la protección a la salud. Paralelamente, la Constitución consagra el deber que tienen las personas de participar activamente en la promoción y defensa de la salud, así como el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento. De esta manera, la Constitución de 1999 define una relación compartida entre el Estado y los ciudadanos en el ámbito de salud. Tal perspectiva es compatible con las tendencias internacionales que involucran una mayor responsabilidad de los ciudadanos en los asuntos relacionados con el auto-cuidado y disminución de los factores de riesgo y en el estímulo de los hábitos de vida saludables.

b. En el artículo 85, la Constitución de 1999 incluye la posibilidad de integrar el financiamiento público de la salud. Se establece que la integración abarca tanto los recursos fiscales, como las cotizaciones obligatorias de la seguridad social, y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. Tal integración no debería ser entendida como fusión ni unificación de las fuentes de financiamiento público. Las modalidades y posibilidades de dicha integración deberían ser delimitadas en un proceso de reforma compatible con lo enunciado anteriormente. Sin embargo, es evidente que tal posibilidad puede ser un avance significativo con relación a la situación actual.

A pesar de estos notorios avances con respecto al marco constitucional anterior, la Constitución de 1999 también introduce un conjunto de restricciones que podrían debilitar la implementación de una reforma moderna en el sector. Dentro de estas restricciones es conveniente resaltar las siguientes:

a. El artículo 84 señala que la gratuidad será uno de los principios rectores del sistema público de salud. Aparte de la evidente realidad de que ningún servicio público es gratuito porque su financiamiento siempre deriva de fuentes directas o indirectas, la inclusión de la gratuidad influirá en el desarrollo de visiones de financiamiento de los servicios poco compatibles con las realidades y limitaciones de las finanzas públicas. Todos los países, en mayor o menor medida, deben establecer mecanismos que permitan decidir cuáles servicios serán financiados con recursos públicos. El financiamiento ilimitado de los servicios de salud es definitivamente irreal y contribuye a introducir ingenuidades en el manejo político de las decisiones relacionadas con las finanzas públicas.

b. También el artículo 84 establece que el sistema público nacional de salud será gestionado por el Estado. De esta manera, se limita la posibilidad de experimentar múltiples formas de asociación entre el sector público y el privado, especialmente en la prestación de los servicios. Por otra parte, las modalidades que se han desarrollado bajo el impulso de la descentralización en los estados, tanto en el financiamiento como en la prestación, quedan supeditadas a las características de la gestión nacional. Este planteamiento colide ciertamente con los esfuerzos descentralizadores del país y con la gama de posibilidades para incorporar criterios de efectividad y eficiencia en la prestación de servicios.

c. La integración del sistema público de salud al sistema de la seguridad social puede resultar una limitante de la reforma porque obliga a establecer un ámbito mucho más amplio y, por consiguiente, más complicado desde el punto de vista político. La constitución y organización de un sistema de salud “integrado al sistema de seguridad social” (artículo 84) obvia posibles salidas que no están en la esfera de la seguridad social. La concepción de un sistema de salud financiado fundamentalmente por la vía fiscal requiere una visión amplia de la seguridad social. Tal visión no es la frecuente en los ámbitos de los actores más relevantes relacionados con la reforma del sector salud.

d. La inclusión en el artículo 84 de la propiedad estatal de los servicios de salud limita algunas posibilidades de cogestión e incluso transferencia de servicios al sector privado. La incorporación de iniciativas tales como políticas nacionales de formación de profesionales y la promoción de una industria nacional de producción de insumos para la salud (artículo 85), en coordinación con las universidades nacionales, pudieran significar un fortalecimiento de la acción pública en áreas que podrían ser dejadas al libre desarrollo por parte del sector privado, con su correspondiente efecto en la efectividad y eficiencia general del sector.

En líneas generales, puede apreciarse que las perspectivas de una reforma moderna en el sector salud de Venezuela conlleva el reconocimiento de que algunos aspectos establecidos en la Constitución de 1999 requieren una redefinición a la luz de la realidad general del país y de sus instituciones.

Las limitaciones del marco constitucional deben superarse con el establecimiento de nuevos consensos o acuerdos. Esta ha debido ser la tarea a emprender con la aprobación de la Constitución de 1999. Los actores políticos y sociales requerían el establecimiento de acuerdos básicos, no necesariamente expresados en la letra y el espíritu de la nueva Constitución, que sustentaran la estrategia de reforma en el mediano plazo.

La posibilidad de acordar esos consensos dependía fundamentalmente de la capacidad de negociación de nuevos sectores políticos y sociales en un contexto caracterizado por una gran debilidad para el encuentro y el diálogo.

Efectivamente, a la situación de debilidad institucional que caracterizaba la administración pública a finales del siglo pasado, se suman algunos factores que deben ser enfatizados. En primer lugar, se debía mejorar la capacidad de la administración central para elaborar políticas coherentes y de conjunto, especialmente en los temas relacionados con la seguridad social. La demostración de la reforma diferida en 1999 señalaba la exigencia por una mayor coherencia en el panorama general del gobierno central. En segundo lugar, se preveía la fragmentación de la representación popular en la Asamblea Nacional, no sólo por la presencia de partidos o grupos opositores al gobierno, sino por la presencia de múltiples grupos e intereses incluso en el seno de la representación gubernamental. Era ya claro que si algo atenta contra la sostenibilidad institucional de las reformas es que se opte por una visión compleja e incompatible con las debilidades demostradas en procesos anteriores.

Tal como se analizará más adelante, desde 1999 no se ha aprobado ninguna reforma del sistema de salud. La ausencia de una visión de acuerdo y encuentro ha obstaculizado los cambios requeridos en el sistema de salud por casi siete años.

LOS PROBLEMAS DE LA SALUD DE LOS VENEZOLANOS

La estrategia de desarrollo y superación de la pobreza exige implementar reformas sustantivas que permitan la atención y tratamiento efectivo de los principales problemas de salud de los venezolanos.

A continuación revisaremos estos problemas, así como las limitaciones más relevantes del sistema de salud.

¿EN DÓNDE ESTAMOS EN MATERIA DE SALUD?

Las causas de enfermedad y muerte que afectan a los venezolanos pueden ser divididas en tres grupos:

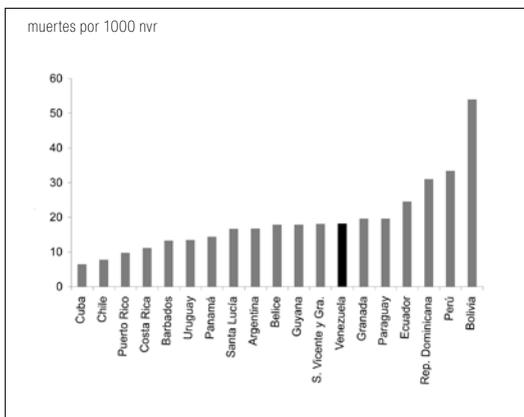


Gráfico 1.
Tasa de mortalidad infantil en países de América Latina y el Caribe (2002)

Fuente: OPS 2005.

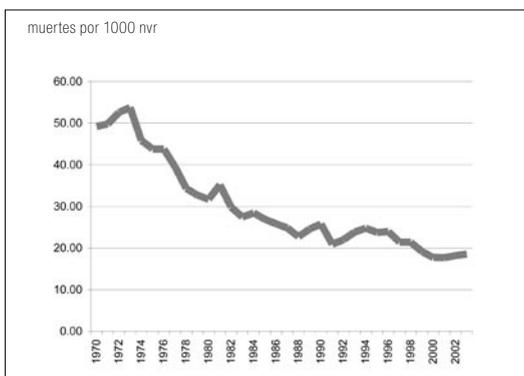


Gráfico 2.
Mortalidad infantil en Venezuela

Fuente: MSDS (varios años)

ENFERMEDADES Y MUERTES ASOCIADAS CON LA POBREZA

Corresponde al conjunto de causas en las cuales la pobreza es un factor condicionante y muchas veces desencadenante. En este aspecto, el desempeño de nuestro sistema de salud es deficiente cuando se compara con los países de América Latina y el Caribe.

La tasa de mortalidad infantil para el año 2003 (18,49 muertes/1000 nacidos vivos registrados) es casi el doble que la registrada por países como Costa Rica y Chile (Gráfico 1).¹ Este indicador aumentó en dos años consecutivos: 2002 y 2003 (Gráfico 2).² En el año 2003 murieron 10.276 niños menores de un año. Esto significa que murieron 1327 niños más que en el año precedente (2002). Se debe señalar que esta tasa había disminuido en todos los años del período 1997-2001.

1. Para el momento de la redacción de este capítulo, las últimas cifras de mortalidad disponible eran las correspondientes al Anuario de Mortalidad del año 2003 (MSDS, 2003).

2. Todas las cifras de mortalidad corresponden al Anuario de Mortalidad del Ministerio de Salud y Desarrollo Social del año respectivo mencionado.

Entre el año 2001 y el año 2003, la mortalidad infantil aumentó casi 5%. Y ha aumentado en los menores de 28 días (1,77%), pero ha aumentado mucho más en los niños entre 1 y 11 meses de edad. En este último grupo la mortalidad ha aumentado casi 10%. De especial gravedad es el aumento dramático en la mortalidad de niños entre 1 y 11 meses en el último año disponible: más de 16%.

Las causas del aumento en la mortalidad de niños entre 1 y 11 meses son harto conocidas. En su gran mayoría están relacionadas con enfermedades de origen infeccioso y asociadas a pobres condiciones de vida. Esta realidad es lamentablemente confirmada al revisar las causas del aumento de la mortalidad en este grupo de niños.

Las muertes infantiles por gastroenteritis, desnutrición y neumonías han aumentado entre el año 2002 y 2003 (Gráficos 3, 4 y 5). En el año 2003 la mortalidad por diarreas aumentó 33,3%. Esto es, 1.110 niños que murieron por diarreas (372 más que en el año 2002). La mortalidad por neumonías aumentó 37,2%.

También en 2003 murieron 443 niños (entre 1 y 11 meses de edad) por desnutrición. Esta cifra representa un aumento de 135 defunciones con respecto al año 2002, y 149 defunciones con respecto al año 2001. De manera que la mortalidad por desnutrición ahora es tan frecuente como era en 1998. Entre el año 2002 y el año 2003, la mortalidad por desnutrición aumentó casi 41% en este grupo de niños.

La razón de mortalidad materna se ha mantenido prácticamente sin variaciones entre 1982 y 2003 (Gráfico 6). Ello es especialmente preocupante cuando sabemos que el 95% de estas muertes maternas son completamente prevenibles. Desde 1998 se ha producido un aumento de 13%. En efecto, en 1998 murieron 51 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos registrados por causas relacionadas con el embarazo, parto y el período postparto. En el año 2003, esta cifra ascendió a 57 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos registrados. Esto significa que en el año 2003 murió una mujer diariamente por causas relacionadas con la mortalidad materna.

ENFERMEDADES ENDÉMICAS

Corresponde al grupo de enfermedades vinculadas con la presencia de vectores específicos (tal es el caso de la malaria o el dengue) o factores climáticos (parasitosis intestinales, por ejemplo).

Algunas de estas enfermedades se encuentran en fase epidémica, como es el caso de la malaria. En el año 1998 tuvimos 21.863 casos de malaria.³ En el año 2002, el total de casos ascendió a 29.337. En el año 2003

³ Todas las cifras de casos de malaria y dengue provienen del Boletín Epidemiológico Semanal elaborado por el Ministerio de Salud (varios años).

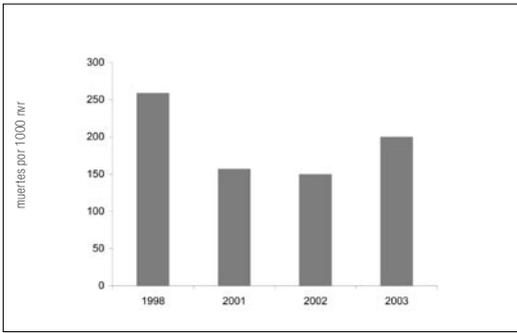


Gráfico 3.
Mortalidad por gastroenteritis
 (menores de un año)
 Fuente: MSDS (varios años)

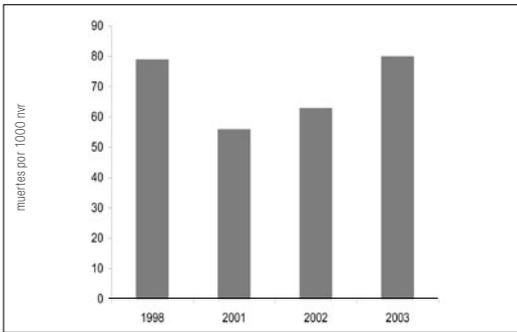


Gráfico 4.
Mortalidad por desnutrición
 (menores de un año)
 Fuente: MSDS (varios años)

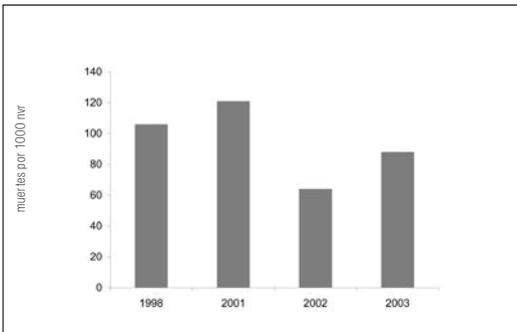


Gráfico 5.
Mortalidad por neumonías
 (menores de un año)
 Fuente: MSDS (varios años)

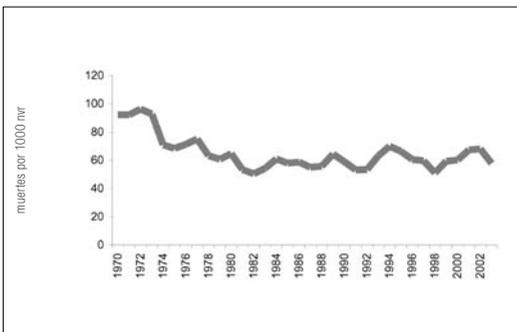


Gráfico 6.
Razón de mortalidad materna, Venezuela
 (1970-2003)
 Fuente: MSDS (varios años)

tuvimos 31.186 casos. El año 2004 cerramos con 46.244 casos, la segunda cifra más alta desde el año 1937. Hasta el 24 de septiembre de 2005 se tenían más casos de malaria (35.753) que los notificados en todo el año 2003.

En el caso del dengue, los casos notificados hasta la semana 38 del año 2005 (29.027) eran superiores a los que se reportaron en todo el año 2004 (23.063). Tampoco se han podido erradicar algunas de estas enfermedades como es el caso de la esquistosomiasis o la lepra.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Más del 80% de la mortalidad del país se debe a causas crónicas, las cuales ameritarán cuidados por décadas. En el año 2003, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer representaron, respectivamente, el 21,3% y 15% de las causas de mortalidad. La diabetes representa la sexta causa de mortalidad en el mismo año (7060 defunciones por esta causa). El Gráfico 7 indica que la mortalidad por diabetes ha aumentado entre 1998 y 2003 en todos los grupos de edades entre 50 y 74 años. El Gráfico 8 señala el incremento de la mortalidad por hipertensión en los mismos grupos de edades.

De acuerdo con el reporte ONU-SIDA de 2004, Venezuela está considerado como uno de los países con las epidemias más grandes de VIH-SIDA en el contexto de América Latina (UNAIDS, 2004). También existen evidencias indirectas sobre el aumento de la prevalencia de enfermedades mentales, especialmente la depresión (mayor y menor), así como las adicciones (drogas y alcohol).

¿CÓMO ENFRENTA NUESTRO SISTEMA DE SALUD ESTOS PROBLEMAS?

En el momento actual, el sistema de salud venezolano presenta un bajo desempeño en términos de la cobertura y calidad de los servicios que presta. En la práctica, vastos sectores de la población están excluidos del sistema.

Entre los factores que determinan este bajo desempeño se encuentran los siguientes:

- *No existe garantía real para cada ciudadano en el acceso a un conjunto adecuado de servicios de salud*
- *Existe una alta fragmentación institucional y financiera, con múltiples regímenes (muchos de ellos basados en recursos públicos) de prestaciones.*
- *En la práctica se ha paralizado el proceso de descentralización de servicios de salud que incorporó*

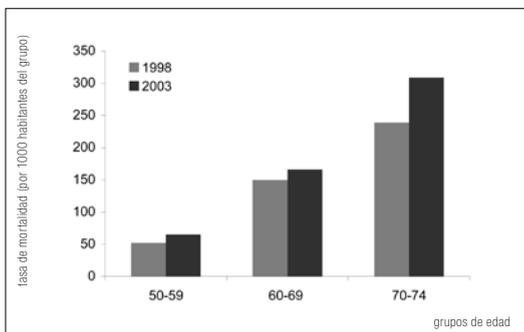


Gráfico 7.
Mortalidad por diabetes
Fuente: MSDS (varios años)

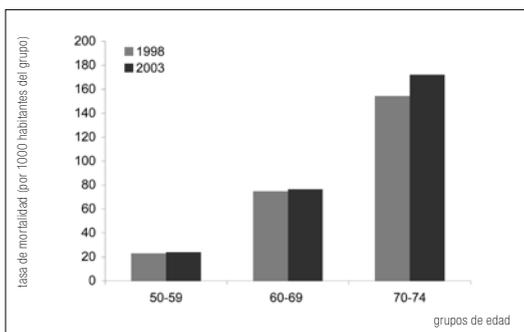


Gráfico 8.
Mortalidad por hipertensión
Fuente: MSDS (varios años)

mejoras en la gestión y en la participación de los ciudadanos.

- *La organización del sistema gira exclusivamente alrededor de los servicios de salud, de manera que no se aprovechan la diversas modalidades de participación de escuelas, empresas, medios de comunicación, entre otras instancias sociales.*

En líneas generales, es un sistema de salud con limitadas capacidades para reconocer y tratar efectivamente los riesgos individuales, familiares y colectivos.

LAS REFORMAS PROPUESTAS: DE MAL EN PEOR

El nuevo marco constitucional aprobado en 1999 estableció algunas de las pautas para modernizar el sistema de salud. Dentro de ellas, es especialmente relevante la posibilidad de articular inteligentemente los recursos públicos, tanto los provenientes de la vía impositiva como aquellos que derivan de las cotizaciones de los trabajadores asegurados. Sin embargo, pasados casi siete años, la Asamblea Nacional no ha

aprobado ninguna reforma sustantiva del sistema de salud. Más aún, la acción ejecutiva ha frenado la constitución de un efectivo sistema intergubernamental. La creación de nuevos programas, tal como es el caso de la Misión Barrio Adentro, ha aumentado la fragmentación institucional, en ausencia de transparencia en el manejo de los recursos públicos.

En este contexto, la Asamblea Nacional aprobó en primera discusión (diciembre de 2004) el Proyecto de Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud.⁴ Este proyecto, de aprobarse, constituiría la legislación más dañina a nuestro sistema de salud desde la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936. Al menos tres razones fundamentan la anterior afirmación.

En primer lugar, este proyecto incorpora la posibilidad de revertir por completo la descentralización de los servicios de salud que se ha implementado desde principios de los noventa. El artículo 99 de la última versión del proyecto establece la transferencia de todos los servicios de salud del sector público al Instituto Nacional de Atención Médica Integral (INAMI). Esta previsión incluye tanto los servicios que no se han transferido a las gobernaciones y alcaldías (parágrafo 3 del artículo 106), como los servicios de gobernaciones y alcaldías que ya habían firmado los convenios de descentralización (parágrafo 4). Se indica que la reversión se realizará en un período máximo de seis años. Esta disposición eliminaría la descentralización de manera frontal. Sin embargo, en los últimos siete años el proceso de descentralización ha sido completamente obstaculizado por parte del Ejecutivo Nacional.

El artículo 99 contradice lo señalado en el artículo 4 de la Constitución de 1999 sobre la concepción de la República Bolivariana de Venezuela como Estado federal descentralizado. Más aún, el artículo 99 propuesto da al traste con una de las experiencias más exitosas de desarrollo institucional que se han realizado, no sólo en el sector salud sino en el conjunto de la administración pública venezolana. Hasta el punto de que hoy en día los cuadros técnicos más capaces y experimentados se encuentran en los estados, no en el gobierno nacional. La descentralización se ha promovido en Venezuela desde la década de los cuarenta del siglo pasado, y ha contribuido, no exenta de limitaciones, es cierto, al fortalecimiento de nuestro sector público.

En segundo lugar, el proyecto en cuestión elimina el financiamiento solidario de la salud, tal como se señala en el artículo 84 de la Consti-

⁴ Las observaciones realizadas en este capítulo corresponden a la última versión del proyecto que se encuentra en la fase de la segunda discusión. La fecha de esta versión es 17 de agosto de 2005.

tución de 1999. En efecto, el artículo 98 del mencionado proyecto establece que “en el caso de los trabajadores por cuenta propia y de bajos ingresos que se afilien al Sistema de Seguridad Social, en relación al Régimen Prestacional de Salud, el Ejecutivo Nacional podrá contribuir con la parte de la cotización correspondiente al empleador en los términos que establezca el reglamento”. Nótese que se indica que el Ejecutivo “podrá”, no está obligado. Es decir, los trabajadores del sector informal o los desempleados podrían terminar cancelando la totalidad de la contribución, a diferencia de los trabajadores formales que cotizarán sólo el 20% (el otro 80% es cancelado por el empleador). Esta orientación contradice frontalmente la tendencia moderna del financiamiento de los sistemas de salud: justamente preocuparse por financiar a aquellos con menor previsión social o desempleados. Aquellos que justamente se enferman más.

En tercer lugar, el proyecto no asume las tendencias modernas en el manejo de la administración pública. Se establece la creación del mencionado Instituto Nacional de Atención Médica Integral (INAMI) el cual “solamente” tiene 26 competencias, entre las cuales se encuentra la administración de todos los centros de atención médica públicos del país. Es poco probable que el actual Ministerio de Salud (MS)⁵ conozca cuántos son esos servicios ni mucho menos el financiamiento que reciben. También debe señalarse que estos intentos tienen antecedentes en nuestro sistema de salud. En efecto, la Ley del Sistema Nacional de Salud, aprobada por unanimidad en 1987 por el Congreso Nacional, estableció un plazo de diez años para realizar una tarea similar. Al cabo de dicho período no se produjo ningún avance.

De manera que este proyecto, sólo tomando en cuenta los puntos anteriores, coloca a nuestro sistema de salud en la dirección contraria a la modernidad, esto es: un sistema centralizado, con financiamiento asegurado para una minoría (recordemos que menos de la mitad de la fuerza de trabajo está en el sector formal y que tenemos un desempleo superior a 10%) y con una complejidad institucional que lo hará más rígido e inefectivo. En pocas palabras, una Ley para el atraso.

LA OTRA DIRECCIÓN: UN SISTEMA DE SALUD MODERNO

El país requiere un sistema de salud moderno, que concrete la garantía del acceso a servicios de salud de calidad a todos los habitantes del país, independientemente de su condición económica, social o laboral.

⁵ El Ministerio de Salud fue creado a través del Decreto N° 3.753, mediante el cual se dicta la Reforma Parcial del Decreto sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Central. El Ministerio de Salud sustituye al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

Las políticas implementadas en las últimas dos décadas han dejado enseñanzas (González, 2001). Hemos aprendido que cambios institucionales progresivos, como la descentralización, han traído mejoras en la prestación de servicios y en la fortaleza institucional. También aprendimos que las propuestas excluyentes, especialmente en el financiamiento, han sido rechazadas por muchos sectores de la sociedad.

La definición de las opciones de reforma en el sistema de salud de Venezuela debe tomar en cuenta tanto las acciones al interior del sistema de salud como las acciones en otros ámbitos de políticas que son especialmente relevantes, como por ejemplo: sistema educativo, sistema de servicios básicos y de saneamiento ambiental, sistema demográfico, y el sistema económico. En líneas generales, los objetivos de la reforma deben ser el aumento de la cobertura de los servicios prestados especialmente por las instituciones públicas y la introducción de mejoras sostenidas en la calidad de la prestación.

La viabilidad y sostenibilidad de la reforma del sector dependen también de la influencia de los siguientes factores: 1. estabilización del crecimiento económico con creación de empleo, especialmente en el sector formal, 2. desarrollo en paralelo de reformas de la administración pública orientadas al desempeño con la incorporación de nuevos mecanismos de asignación de recursos y mejoramiento de la gestión pública, 3. coordinación de acciones con el sector privado, especialmente en las áreas de financiamiento, prestación de servicios, y producción de insumos y tecnologías, y 4. consolidación de la descentralización especialmente en los aspectos institucionales y fiscales.

LOS CAMBIOS FUNDAMENTALES

Para contar con un sistema de salud moderno requerimos cambios fundamentales en las áreas de financiamiento, organización, y prestación de servicios.

FINANCIAMIENTO

Las reformas financieras deben apuntar a la coordinación del financiamiento público para garantizar la cobertura universal independientemente de la capacidad de pago. La premisa que fundamenta esta orientación es el rol indelegable que tiene el sector público en la optimización de la inversión social especialmente en el sector salud. Para ello es fundamental la coordinación de las tres fuentes de recursos públicos más importantes como son: los recursos fiscales transferidos directamente al Ministerio de Salud (MS); las contribuciones de la seguridad social, especialmente las del IVSS; y los recursos fiscales asignados a los estados y municipios como transferencias intergubernamentales (situado constitucional).

Se propone un sistema financiado mayoritariamente por recursos públicos, sin perjuicio de que coexista con fuentes privadas complementarias. Los recursos públicos deberán provenir mayoritariamente de impuestos generales, aunque se debe mantener el componente contributivo. Esta es la tendencia que han seguido los sistemas de salud de los países desarrollados, especialmente en Europa Occidental y Canadá.

La coordinación del financiamiento público supone reconocer, en primer lugar, que una proporción importante de la población económicamente activa realiza contribuciones a la seguridad social a través del IVSS o de otras instituciones de seguridad social. Sin embargo, estas contribuciones son insuficientes para compensar los costos de las prestaciones. En el caso específico del IVSS se ha producido un financiamiento proveniente de los fondos pensionales que han debido ser acumulados. Por lo tanto, las contribuciones en realidad son deficitarias. Sin embargo, cualquier esfuerzo de coordinación no puede desconocer la aspiración de los sectores que realizan contribuciones para contar con servicios adecuados en términos de cobertura y calidad. En consecuencia, se impone una revisión exhaustiva del potencial contributivo con relación a los costos reales de los servicios. Los costos de las prestaciones que no pudieran ser sufragados por la vía contributiva podrían ser compensados por la vía fiscal a través de convenios o arreglos específicos.

Es necesario avanzar hacia la determinación de un presupuesto global público que establezca las posibilidades de financiamiento tanto por la vía contributiva como por la vía fiscal. Es muy posible que se deba mantener por un largo período de tiempo ambos tipos de contribuciones. La manera como se podrán ir reduciendo las contribuciones dependerá de las capacidades institucionales y políticas y de la utilidad y efectividad de algunos arreglos parciales. Por ejemplo, la separación del Fondo de Atención Médica del IVSS y su financiamiento depende de los arreglos que se establezcan entre aquellos que financian y reciben servicios, lo cual incluye tanto a los trabajadores como a los empresarios. La estrategia de financiamiento debe evitar la dependencia de los recursos fiscales a menos que ello sea acordado por sus integrantes.

La coordinación del financiamiento público supone el reconocimiento y estímulo para la existencia de múltiples regímenes compatibles con los objetivos generales del sistema. Es decir, se pretende que el financiamiento público sea discriminado y conocido, aunque ello no implique su unificación. La consolidación de un sistema de esta naturaleza debe descansar sobre el conocimiento detallado de los aportes individuales y familiares así como de los servicios recibidos, los costos de estos servicios y los aportes fiscales en el caso de que los hubiera. Todo ello puede hacerse sin necesidad de crear nuevas instituciones y sin unificar los fondos públicos.

La determinación de los servicios de salud a financiar con recursos públicos, deberá realizarse según los requerimientos de los ciudadanos (en términos de la morbi-mortalidad y otros aspectos epidemiológicos) y las posibilidades de intervenciones preventivas. Se deberá crear un Comité de Prestaciones de Salud que aprobará los nuevos servicios (medicamentos, tecnologías, procedimientos) de acuerdo con criterios de costo-efectividad. La responsabilidad del Ministerio de Salud en la coordinación de estas funciones abarca tanto el seguimiento como la programación y evaluación de la inversión pública.

Especial relevancia reviste la ordenación de los recursos públicos que financian los regímenes especiales, tanto de la administración pública como la descentralizada. La articulación inteligente del financiamiento de estos regímenes, en el marco de una política general para todo el sistema, contribuirá a mejorar la efectividad y eficiencia de estos múltiples regímenes.

ORGANIZACIÓN

Las reformas organizativas deben consolidar un sistema intergubernamental de salud basado en la corresponsabilidad y coordinación de los niveles involucrados (nacional, estatal y municipal).

El funcionamiento adecuado de un marco general de descentralización debe fortalecerse. Por ejemplo, los presupuestos asignados a cada estado deben elaborarse de acuerdo con pautas más exigentes en cuanto a la definición de problemas y prioridades de salud y al seguimiento de las acciones o programas de acuerdo con indicadores de desempeño y eficiencia. Tal requerimiento es fundamental para que las responsabilidades de estados y municipios, así como del nivel central, sean plenamente cumplidas.

La consolidación del sistema intergubernamental de salud supone la definición e implementación de criterios de asignación vinculados con aspectos poblacionales y epidemiológicos para poder incorporar las diferencias de cada estado y municipio. Paralelamente, se deben fortalecer y optimizar los procesos de planificación, seguimiento y evaluación tanto en el nivel central como en los estados. Desde esta perspectiva es crucial que los presupuestos se conviertan en expresión de convenios plurianuales de planificación de la inversión pública.

La consolidación de este sistema intergubernamental de salud implica la conversión del Ministerio de Salud (MS) en una instancia fundamentalmente coordinadora y estratégica. Para ello, el Ministerio de Salud debe concentrarse en la definición de estrategias nacionales y estar atento a la efectividad, equidad y eficiencia general del sistema. Desde esta perspectiva, el Ministerio de Salud debe acompañar la gestión de los niveles estatales y locales y coordinar la incorporación y evaluación de nuevas tecnologías.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Desde el punto de vista de las prioridades de atención, Venezuela presenta una combinación de intervenciones relacionadas con la prevención de enfermedades infecciosas y nutricionales, así como aquellas relacionadas con enfermedades crónicas. Tal combinación se debe a que en Venezuela coexisten dos patrones epidemiológicos. El primero de ellos es característico de los países en las primeras fases de la transición epidemiológica. El segundo es el característico de aquellos países en los cuales se encuentran grupos poblacionales con afecciones compatibles con las del mundo desarrollado. De hecho, en Venezuela, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y los diferentes tipos de cáncer han sido las principales causas de mortalidad desde hace más de veinte años. Sin embargo, las deficiencias en la atención de ambos tipos de problemas exigen nuevas estrategias y prioridades.

Dentro de las prioridades de atención para las próximas etapas del sistema de salud de Venezuela se encuentran, en primer lugar, las relacionadas con el área de servicios materno-infantiles tales como los programas de suplementación nutricional, la cobertura de inmunizaciones a la población materno-infantil, la atención prenatal y el mejoramiento de la calidad de la atención del parto. En segundo lugar, se debe enfatizar el mejoramiento del control de las enfermedades endémicas como la malaria, dengue, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, y tuberculosis. Algunas de las enfermedades endémicas pueden ser erradicadas del país si se logra combinar la detección precoz con el tratamiento adecuado y la realización de actividades de tratamiento preventivo y profilaxis. Tal es el caso de la lepra (ya está en fase de erradicación), la esquistosomiasis y la oncoercosis. En tercer lugar, deben fortalecerse los programas de control y prevención de enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, cáncer, diabetes, y accidentes. Finalmente, debe también enfatizarse la prevención y control de enfermedades con características infecciosas que se comportan como crónicas por sus efectos, como es el caso del VIH-SIDA.

El principal reto de las nuevas estrategias de prevención y control es la diversificación de los espacios de acción. Ello equivale a considerar también todo un conjunto de servicios e instituciones fuera del sistema de salud tales como escuelas, medios de comunicación, asociaciones diversas, organizaciones relacionadas con el saneamiento ambiental, entre otras. La definición de servicios y tratamientos debe incluir todos aquellos que pueden ser prestados por estas instituciones, especialmente en lo que se refiere a la información y educación de la comunidad y de los pacientes.

Otro reto no menos exigente es la redefinición de las instituciones de servicios en el sector a través del concepto de redes autónomas. Tales

redes autónomas superan la visión restringida entre servicios ambulatorios y hospitales. Se trata de conformar redes de servicios en los cuales el usuario pueda recibirlos de acuerdo con el grado de complejidad involucrado. Tal concepto ha estado presente en muchos de los avances recientes, especialmente en algunos países de la región. Sin embargo, el énfasis que queremos colocar está en la capacidad que tendrían estas redes para convertirse en las unidades de asignación de recursos y de prestación ordenada de los servicios previamente determinados en los procesos de planificación y presupuesto. En otras palabras, las redes autónomas constituyen el escenario natural para la incorporación de modalidades experimentales de prestación y de gestión.

Desde esta perspectiva, tanto los sectores públicos como privados tienen el reto de reorganizar sus cadenas de servicios con el objeto de asignar recursos de acuerdo con el desempeño de cada una de estas unidades de prestación. De esta manera, se podría avanzar hacia esquemas de separación de las funciones de financiamiento y prestación, especialmente en los ámbitos de los estados. Obviamente, la organización de redes autónomas supone un gran esfuerzo de reformulación de las relaciones entre las burocracias y los gremios que interactúan en ellas, así como la incorporación de modalidades de relación con el sector privado y con otras esferas públicas (tradicionalmente consideradas externas al sector salud).

La prestación de servicios estimulará la combinación de proveedores públicos y privados, según las particularidades geográficas e institucionales. También deberán implementarse mejoras en la efectividad y eficiencia del sistema privado de seguros de salud.

La prestación de servicios de salud también debe enfatizar la participación de instituciones educativas, laborales, y medios de comunicación, con el objeto de favorecer la prevención y diagnóstico precoz de los problemas de salud. Es fundamental que este sistema promueva el énfasis en el cuidado integral de los ciudadanos, a través de los diferentes niveles de atención y en todas las fases de la vida.

Finalmente, debe ser responsabilidad del Ministerio de Salud la realización de una articulación más adecuada entre los sectores públicos y privados de la salud. Esta tarea debe combinar el cumplimiento de las siguientes funciones: en primer lugar, debe establecerse un marco de responsabilidades para garantizar el financiamiento general del sistema de salud. En segundo lugar, debe promoverse el intercambio de experiencias de gestión y de definición de prioridades en ambos subsistemas. Ello puede significar, incluso, la implementación de intervenciones conjuntas en áreas consideradas como prioritarias. En tercer lugar, ambos subsistemas pueden coadyuvar para facilitar información sobre tecnologías y medicamentos, así como en la integración de esfuerzos en la investigación y la prestación de servicios especializados. Finalmente, la

acción mancomunada de ambos sectores es crucial para mejorar la información de la comunidad con relación a los riesgos a la salud.

FUNCIONES Y NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD

La Tabla 1 presenta una propuesta de organización del sistema de salud en tres niveles. Para cada uno de estos niveles se distinguen funciones tales como: rectoría, financiamiento, organización, prestación de servicios y monitoreo.

	Nacional (Representado por MSDS y adscribe el Fondo de Atención Médica del IVSS)	Estadal (Direcciones Estadales de Salud)	Redes Locales de Servicios de Salud (Municipios o Mancomunidades Municipales)
Rectoría	Coordinación general del sistema Legislación básica Prioridades de intervención nacionales Define uso de tecnologías y medicamentos Acuerda con los estados los planes y presupuestos anuales o plurianuales Acuerda con los estados e instituciones educativas en infraestructura y en formación de recursos humanos (pre y postgrado) Salud internacional (migración, fronteras)	Prioridades de intervención estatal Legislación subsidiaria Organización de servicios de salud en el estado (acreditación y planificación) Define el conjunto de servicios y los recursos asignados a distritos sanitarios	Gestión de servicios, beneficios y programas de salud Criterios de desempeño de los servicios de salud
Financiamiento	Público (a predominio de impuestos generales) Conjunto adecuado de prestaciones de salud para toda la población	Vinculado a la población, características epidemiológicas y desempeño de los distritos sanitarios	Vinculado a la población, características epidemiológicas y desempeño de Redes Locales
Organización	Sistema Intergubernamental de Salud Comité Inter-gubernamental de Planificación y Gestión	Servicio Estatal de Salud Distritos Sanitarios (Redes Locales de Servicios de Salud)	Servicios organizados de acuerdo con el nivel de complejidad Coordinación con gobiernos municipales
Prestación del Servicio	Comités técnicos para problemas específicos de salud (SIDA, tuberculosis, por ejemplo) Instancias especializadas (evaluación de tecnologías y medicamentos, acreditación) Servicios de atención de alta complejidad tec.	Servicios especializados para toda la población del estado	Combinación de prestadores públicos y privados Asociación con servicios educativos, empresas y medios de comunicación
Monitoreo	Coordina el seguimiento de: 1) la atención integral a personas y 2) programas de salud Seguimiento de condiciones de salud Evaluación de programas nacionales	Seguimiento del desempeño de los distritos sanitarios Evaluación de programas en el nivel estatal	Seguimiento de programas específicos

El primer nivel corresponde al ámbito nacional. En este nivel, la función de rectoría es ejercida por el Ministerio de Salud (MS). El Fondo de Atención Médica del IVSS sería adscrito al Ministerio de Salud, previa reforma de sus mecanismos de financiamiento y de la organización de sus servicios.

Las funciones de rectoría del Ministerio de Salud incluirían las siguientes: coordinación general del sistema de salud, formulación y supervisión de la legislación básica del sistema, definición de prioridades de intervención nacionales, definición del uso de tecnologías y medicamentos, coordinación de la asignación de recursos con los estados a través de presupuestos plurianuales, coordinación de la inversión en infraestructura con los estados, así como con las instituciones educativas en lo relacionado con la formación de recursos humanos, y elaboración y revisión de las normas de salud pública internacional.

En el nivel nacional, corresponde al Ministerio de Salud la coordinación de la asignación de recursos públicos en el marco de las respectivas relaciones de coordinación con los otros entes públicos. También corresponde al Ministerio de Salud la coordinación del Comité de Prestaciones de Salud. Asimismo, el Ministerio de Salud es el ente de coordinación del Sistema Intergubernamental de Salud. Para esta última función se creará el Comité Intergubernamental de Planificación y Gestión, en el cual participan los entes públicos que forman parte del sistema de salud.

En el nivel nacional, funcionarán Comités Técnicos en áreas específicas (tuberculosis, VIH-SIDA, por ejemplo), así como instancias especializadas de evaluación de tecnologías y medicamentos, y acreditación de profesionales y servicios. También se plantea que existan servicios de alta complejidad tecnológica bajo la dirección del Ministerio de Salud. El monitoreo y evaluación en este nivel se concentrará en la atención integral a personas y en los programas de salud prioritarios en el ámbito nacional.

En el nivel estatal, el sistema estará bajo la responsabilidad de las Direcciones Estadales de Salud, o las instancias que cumplan estas funciones. En el ámbito de la rectoría, las Direcciones Estadales de Salud estarán a cargo de las prioridades de intervención estatal, así como de la legislación subsidiaria. También estarán responsabilizados de los procesos de planificación y acreditación, y de la asignación de servicios a las redes de servicios, a través de los respectivos distritos sanitarios. El financiamiento de los servicios en este ámbito está vinculado con las realidades epidemiológicas. La organización se realizará a través de la consolidación de los Servicios Estadales y de los Distritos Sanitarios. Los servicios especializados estarán organizados para cubrir los requerimientos de la población en ese ámbito geográfico. El seguimiento y evaluación en este nivel estará concentrado en el desempeño

de los Distritos Sanitarios y de programas específicos aplicados en el ámbito estatal.

El tercer nivel del sistema está conformado por las Redes Locales de Servicios de Salud. Estas redes son las encargadas de la gestión de los servicios y programas. Para ello deben establecerse indicadores de desempeño en cada una de ellas, y para cada uno de los servicios que las conforman. Los servicios deberán organizarse de acuerdo con las necesidades de salud de la población y la complejidad tecnológica asociada a la satisfacción de esos requerimientos. Es tarea central el establecimiento de acuerdos con los gobiernos municipales y otras instituciones en el ámbito público o privado. Es una función muy relevante de estas redes la prestación de servicios a través de la combinación de prestadores públicos y privados, así como el desarrollo de alianzas con instituciones educativas, empresas y medios de comunicación, entre otras. El seguimiento y evaluación en este nivel estará concentrado en programas de salud específicos.

EN PERSPECTIVA

La encrucijada del sistema de salud es clara. Las decisiones que se tomen en los próximos tiempos configurarán la efectividad del sistema de salud. Las opciones propuestas requieren consensos sostenibles entre los actores del sistema de salud. Es crítico aprovechar todas las posibilidades para concretar estos cambios. La voluntad para establecer acuerdos será, sin lugar a dudas, la clave de cambios perdurables.

Referencias bibliográficas

- Archila, Ricardo (1955).
Historia de la Sanidad en Venezuela. Caracas: Imprenta Nacional. Tomo I, p. 299.
- González R., Marino J. (2001).
Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): Balance y perspectivas. Santiago de Chile: CEPAL. Serie de Financiamiento para el Desarrollo. N° 111, junio.
- Malagardis, Antonis (1994).
"La reforma del seguro social (y especialmente del fondo de pensiones) en Venezuela - Evaluación y opciones". Informe de consultoría de GTZ, mayo.
- Márquez, Gustavo (1992).
El Seguro Social en Venezuela. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Monografía N° 8.
- Organización Panamericana de la Salud (2005).
Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud. (disponible en el sitio web).
- República Bolivariana de Venezuela (1999).
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.
- República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Salud. (varios años).
Boletín Epidemiológico Semanal. Caracas: Ministerio de Salud (disponible en el sitio web).
- República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (varios años).
Anuario de Mortalidad. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (disponible en el sitio web).
- United Nations AIDS (2004).
2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report. Ginebra: UNAIDS (disponible en el sitio web).
- Wilkin, John C. (1994).
"Informe actuarial final sobre el Programa de Asistencia Médica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales". Caracas. Informe técnico elaborado para CORDIPLAN.
- World Health Organization (WHO) (1999).
The World Health Report 1999: Making a difference. Ginebra: OMS.