

ASAMBLEA NACIONAL

Oficina de Asesoría Económica y Financiera

**Sistema de Salud en Venezuela:
Una aproximación**

abril 2002 • Serie: PT 0402-016

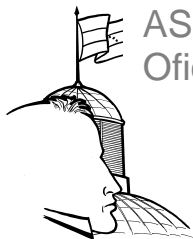
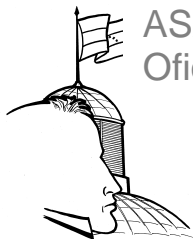


TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción	3
Inicios del Sector Salud en Venezuela	7
El Seguro Social en Venezuela	10
La Constitución de 1947 y el Sistema de Salud	12
El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)	14
Reformas y Cambios Estructurales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social	19
El Sistema de Salud Venezolano	24
El Sistema de Salud en Venezuela. Comparaciones	24
Marco Constitucional	45
Proyecto de Ley Orgánica de Salud	46
Comentarios al Proyecto de Ley Orgánica de Salud	56
Salud y Descentralización	60
Viabilidad Financiera del SPNS	63
Conclusiones y Recomendaciones	72
Bibliografía	75



I. INTRODUCCIÓN

El Estado venezolano se ha enfrentado en los últimos años a una fuerte y creciente volatilidad macroeconómica: elevados niveles de inflación, grandes déficits, alto endeudamiento público, etc. Así, el sector público ha visto disminuidas, entre otras, sus responsabilidades sociales, debiendo eliminar funciones propias del Estado para dar paso al sector privado.

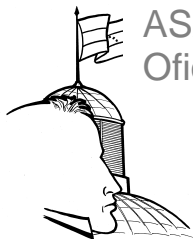
La retirada del Estado en la oferta de servicios de salud, beneficiando al sector privado prestador de estos servicios, significó abrir más el proceso de privatización. En algunos casos, este proceso originó una mayor desigualdad en las oportunidades de acceso a los servicios de salud. Este aumento de la desigualdad ha significado que los grupos de menores recursos no puedan enfrentar el riesgo de enfermarse. De allí que sea deseable y se justifique la intervención del Estado como ente regulador y prestador de servicios para garantizar un nivel adecuado de asistencia médica a todos los individuos y, en especial, a los grupos de menores recursos que no pueden obtenerla del sector privado.

El sistema de salud venezolano se ha distinguido por ser un sistema centralista, donde lo curativo se antepone a lo preventivo. Por otro lado, en el sector salud, como veremos más adelante, pueden darse ciertas imperfecciones de mercado tales como: demanda inducida, asimetría de información, abuso tecnológico, relación de agencia, externalidades.

El sistema público de salud en Venezuela se ha caracterizado por presentar marcadas desigualdades entre diversos grupos de la población venezolana que demandan servicios sanitarios. Existe una cantidad considerable de la población venezolana que presenta necesidades básicas insatisfechas y otra que se encuentra en pobreza extrema. Esta situación se traduce en un perfil epidemiológico que demanda elevados niveles de atención en lo que respecta a servicios de salud. Este estado de cosas propicia el que ciertas enfermedades tales como la diarrea, malaria, dengue e infecciones respiratorias, reaparezcan o se acentúen.

Asimismo, el sector público de salud enfrenta una alta dispersión de recursos e instituciones dedicadas a prestar servicios de atención médica. El sector privado prestador de servicios de salud ha crecido sin planificación ni control, originando inequidad y altos costos en la atención de salud. De nuevo, luce necesaria la intervención del Estado como ente regulador y proveedor de servicios para corregir estas fallas.

El Proyecto de Ley Orgánica de Salud representa un esfuerzo por parte del Estado venezolano por mejorar las condiciones del Sector Salud consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. De esta manera, el Estado intenta corregir las acentuadas desigualdades e inequidades en el acceso a la atención de la salud. Adicionalmente, el Proyecto de Ley Orgánica de Salud concibe el derecho a la salud como un proceso tanto individual como colectivo para alcanzar el bienestar social.



Este nuevo Proyecto de Ley propone un sistema único e integrado de salud, lo cual se traduciría en una mayor cobertura a la población más necesitada, mejorando la calidad de vida del venezolano. Es necesario señalar que esta nueva Ley es innovadora en diversos aspectos, tales como: atención de la salud de los grupos indígenas; reconocimiento de los diversos enfoques de diagnóstico y curación; regulación de la práctica y el financiamiento del sector privado de la salud; incorporación de la prevención de enfermedades producto del consumo de tabaco y del alcohol; establecimiento de alianzas con las Universidades y las Fuerzas Armadas Nacionales.

Es oportuno señalar que el Proyecto de Ley Orgánica de Salud es el producto colectivo de participación y consultas a diferentes sectores; de ahí que incorpore diversas propuestas y proyectos que han contando con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud.

El presente informe desarrolla una aproximación al **Sistema de Salud Venezolano**. En la primera parte se desarrolla brevemente el inicio del Sector Salud en Venezuela, así como los marcos constitucionales que dieron origen a este sector y algunos datos sobre el número de hospitales, médicos, camas disponibles, asegurados cotizantes, beneficiarios, entre otros.

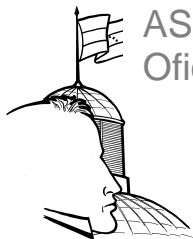
Adicionalmente, se presenta una relación del Seguro Social en Venezuela; su creación e importancia en relación a la seguridad social en general. También se describe el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), su marco regulatorio y población asegurada. Se comentan, al final de la primera parte de este informe, las reformas y cambios estructurales que se han venido realizando en el Ministerio de Sanidad y Asistencial Social, hoy convertido en Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En la segunda parte, gráficos del gasto fiscal en salud y el gasto per cápita en salud son presentados. Igualmente se muestran cuadros comparativos con países de América Latina referentes a gastos nacionales en salud, composición público-privado del gasto nacional, número de camas por 1.000 habitantes, número de camas hospitalarias según sector de afiliación, médicos por 10.000 habitantes.

Seguidamente, se describen los grandes problemas que enfrenta el sector salud en Venezuela, tales como alta fragmentación de instituciones y dispersión de recursos. Estos problemas se traducen en inequidades, ineficiencia de gestión e insatisfacción de las necesidades de salud de la población, en especial la de bajos recursos.

Además, en esta segunda parte, se presentan en el sector de salud ciertas imperfecciones de mercado que demandan la intervención del Estado como ente regulador y prestador de servicios. Posteriormente, se muestra el comportamiento de las principales causas de muerte del venezolano en los últimos 35 años. También, población y mortalidad, tanto general como infantil.

Igualmente, el Proyecto de Ley Orgánica de Salud es analizado, comentándose ciertos artículos que hemos considerado como los más significativos, los cuales introducen cambios



sustantivos en el sector salud venezolano. Se proporcionan además comentarios y conclusiones del Proyecto de Ley Orgánica de Salud.

Posteriormente, se estima la viabilidad financiera y el efecto fiscal del establecimiento del Sistema Público Nacional de Salud para el período 2002-2010, el cual demandaría aportes crecientes desde 3,3% del PIB en el año 2002 hasta alcanzar 4,6% en el 2010, en el escenario más conservador; y 4,4% en el 2010 en el escenario optimista. La inclusión de los gastos de mantenimiento del IPASME, del IPSFA y de los seguros HCM, aumentaría el déficit del 2002 al 2010 de 0,5% a 1,8% del PIB

La inclusión de varios artículos en el Proyecto Ley de Salud referidos al ámbito municipal y al nacional, reconoce la importancia de los servicios de salud en las Entidades Federales y los Municipios, de allí la importancia de la Descentralización de la Salud.

Se indican ejemplos de Estados donde la descentralización de la salud ha avanzado en forma continua en los últimos años. También se señalan conflictos que atentan contra la descentralización, como por ejemplo los pasivos laborales. Otro hecho importante a resaltar es lo referente a la autonomía de los ingresos de las regiones.

Adicionalmente, se aporta una lista bibliográfica básica.

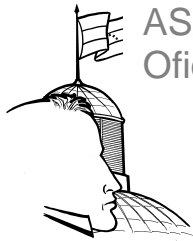
II. INICIOS DEL SECTOR SALUD EN VENEZUELA

Al concluir la Guerra Civil llamada “Revolución Restauradora”, Cipriano Castro logra de esa manera acabar con el caudillismo y construye un Ejército Nacional. Se inicia en Venezuela la creación del Estado Nacional.

Esta acción centralizadora del Estado venezolano va a permitir a este atacar los problemas sociales, entre otros. En este período la iniciativa privada no compite con el Estado en el campo social. Ésta es débil por falta del apoyo estatal. No obstante, existen acciones de caridad y solidaridad, básicamente auspiciadas por grupos religiosos para proteger a los más necesitados.

La Constitución de 1914 prohíbe a las entidades federales crear impuestos. La constitución de 1925 profundiza esa prohibición y reemplaza las rentas estatales (minas, salinas, perlas, tierras baldías) por la figura del Situado Constitucional. De esta manera se profundiza el carácter centralizador del Estado venezolano bajo el Gobierno de Juan Vicente Gómez.

En los años 30 el Estado formula y ejecuta políticas sociales, adquiriendo la salud importancia estratégica. De esta manera, el Estado aumenta su oferta de servicios en la atención de la salud. La



medicina se dedicaba a la higiene pública, en especial al saneamiento del medio físico, de modo que ésta era estrictamente preventiva. Además, el Estado se plantea la formación de médicos dentro del proceso educativo y se establece la relación entre medicina, las prácticas de salud y los servicios de salud.

Hasta 1930, el Ministerio de Relaciones Interiores es el ente encargado de la salud. Para aquel entonces, la salud era un problema de seguridad nacional: **la salud es un problema de orden público**. Esta centralización de la salud en el Ministerio de Relaciones Interiores hizo inexistente las estadísticas de los hospitales. Sin embargo, la influencia técnica y científica, especialmente de Gran Bretaña y Estados Unidos, influyen en la orientación de las actividades de salud. A partir de 1930 la salud se inscribe en el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría. Para esa fecha ya se contaba con 650 funcionarios (Médicos, Enfermeras, Inspectores Bacteriólogos, Químicos, Técnicos de Laboratorios, Empleados de Oficina) y 500 obreros.

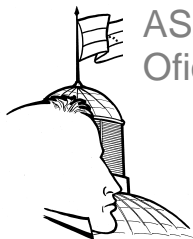
Con objeto de enfrentar las grandes epidemias que sufría la población, las actividades de salud se dirigían específicamente a sanear campos y puertos, ayudando, de esta manera, al funcionamiento de la economía nacional.

La época de Juan Vicente Gómez no marcó un crecimiento en las condiciones de atención de los servicios médicos ni en el número de camas necesarias para atender la población. La atención privada, a causa del aumento de la demanda urbana de servicios, comienza a abrirse espacio en la cobertura de los servicios médicos. Se crea la Policlínica Caracas en 1930, como espacio privado. Se inicia la delimitación entre lo público y lo privado. Los hospitales, insuficientes en número, eran estatales, municipales y privados.

El 25 de febrero de 1936 se crea por Decreto Presidencial del General Eleazar López Contreras, Presidente de los Estados Unidos de Venezuela y publicado en la Gaceta Oficial No. 18.889, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Se establece de esta manera la Salud Pública bajo un despacho independiente y separado del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría. La nueva doctrina se ocupará de lo preventivo (unidad sanitaria) y de lo curativo (hospitales). La lucha apunta a disminuir la mortalidad y la morbilidad.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social tenía entre sus atribuciones velar por la Sanidad Nacional, Higiene Pública, Medicina Social, Sanidad Marítima, Hospitales, Instituciones Médicas, Laboratorios Químicos, Biológicos y Farmacéuticos, Abastecimientos de Agua, Servicios Sanitarios Municipales, Cementerios, Profesiones Médicas y Ejercicio de la Farmacia, Ingeniería Sanitaria, Asistencia Pública y Seguro Social.

En el período 1937-1945 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social coordina entre los municipios, los estados y la nación los centros sanitarios y hace suya la doctrina de la sanidad integral, unificando todos los programas y servicios. El enfermo, independiente de su condición social, es lo más importante para un hospital.



Para diciembre de 1945, se estimaba la población venezolana cercana a 4 millones y medio de habitantes, el número de camas existentes y las necesidades de las mismas pueden verse en el siguiente cuadro:

CAMAS	EXISTENCIA	NECESIDADES	DÉFICIT
Generales	6.057	20.000	13.943
T.B.C	1.321	8.500	7.170
Lepra	1.489	6.000	4.511
Mentales	1.380	9.600	8.220
Total	10.247	44.100	33.844

Fuente: VII Congreso Venezolano de Salud Pública
Caracas 1986

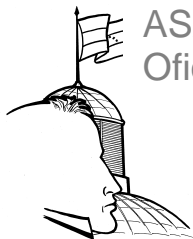
La existencia, necesidades y déficit del personal médico y enfermeras graduadas, cuyo índice de necesidades era de 1 médico por cada 1.000 habitantes y 2 enfermeras graduadas por cada 1.000 habitantes, puede verse en el siguiente cuadro:

	EXISTENCIA	NECESIDADES	DÉFICIT
Médicos	1.180	4.000	2.820
Enfermeras Graduadas	384	8.000	7.616

Fuente: VII Congreso Venezolano de Salud Pública
Caracas 1986

Hasta 1945, los hospitales más importantes estaban dirigidos y administrados por los estados y las municipalidades. A partir de 1946 estos hospitales comienzan a pasar a manos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, quien en lo sucesivo los dirigirá y administrará.

Para el período que va desde el año 1939 y el año 1946 el número de hospitales, camas disponibles, población total y la relación de habitantes por camas, puede ser visto en el siguiente cuadro:



**NÚMERO DE HOSPITALES Y
CAMAS EXISTENTES EN EL PERÍODO 1939-1946**

	Número de Hospitales	Número de Camas	Población Total (Miles)	Número de Habitantes / Camas
1939	124	10.257	3.722	363
1940	214	14.034	3.812	272
1941	215	14.870	3.917	263
1942	217	15.707	4.038	257
1943	139	10.739	4.162	388
1944	149	11.247	4.287	381
1945	150	11.641	4.419	380
1946	109	10.900	4.555	418

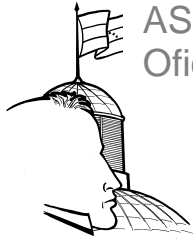
Fuente: BCV Series Históricas 1939-1990.

1. EL SEGURO SOCIAL EN VENEZUELA

En 1944 se crea el actual Seguro Social como componente del sistema de seguridad social, el cual protegía tanto a asegurados como a familiares. La atención de la salud se organiza en torno al mundo del empleo y del trabajo, brindando protección a todos los trabajadores sin importar su nivel salarial. Al extender la cobertura al grupo familiar se expresa la solidaridad de clases entre los trabajadores, logrando mayor equidad mediante la relación laboral.

Posiblemente por haberse adoptado del modelo alemán, instaurado en Prusia en 1881 por el canciller alemán Otto Von Bismarck, vinculado al mercado laboral y financiado mediante contribuciones del Estado y de los trabajadores, la seguridad social y en particular la salud optó por asegurar a los trabajadores y sus familiares. Ello significó negar el acceso universal a la salud a los desocupados y a las personas que devengasen ingresos insuficientes, cuya atención corrió por cuenta del Estado.

Como muestra de la no-universalidad para el año 1944 existían un total de 233.672 beneficiarios del Seguro Social, entre asegurados y familiares; mientras que la población rondaba un poco más de 4 millones de personas.



Asegurados Cotizantes	Beneficiarios	Población (Miles)	% Cotizantes sobre Población	% de Beneficiarios sobre Población
117.022	233.672	4.287	2,73%	5,45%

Fuente: BCV Series Históricas 1939-1990. Cálculos propios

En ese año de 1944 el Seguro Social protegía al 5,45% de toda la población de Venezuela. Los cotizantes representaban escasamente el 2,73% de dicha población, cifra muy por debajo de una población necesitada de servicios de salud.

En 1947, año en que se declara la salud como un sistema nacional, el Seguro Social protegía al 5,93% de la población, es decir, eran beneficiarios de éste 278.748 personas y contaba con 140.828 activos cotizantes, lo que representaba el 3,0% de la población total del país. Estos números reflejaban una gran desigualdad en el acceso a los servicios de salud y enfrentando la inclusión y la exclusión social entre habitantes de un mismo país.

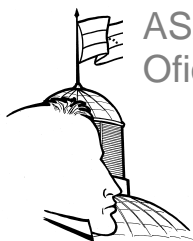
2. LA CONSTITUCIÓN DE 1947 Y EL SISTEMA DE SALUD

La Constitución Nacional de 1947 declara la salud como un sistema nacional y el ente encargado de la promoción, prevención y curación es el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Esta Constitución establecía que todos los habitantes de la República tenían el derecho de protección en la salud pública. El Estado garantizaba los servicios para la prevención y tratamiento de las enfermedades, de modo que debía fomentar la salud y la prevención y curación de las enfermedades.

Para ese año, la oferta de hospitales, médicos, camas disponibles, camas por habitante y médicos por habitante presentaba la siguiente composición:

Número de Hospitales	Número de Camas	Población Total (Miles)	Número de Habitantes / Camas	Número de Médicos	Número de Habitantes / Médicos
131	9.053	4.699	519	1.462	3.214

Fuente: BCV Series Históricas 1939-1990.



**NÚMERO DE HOSPITALES Y DE CAMAS
SEGÚN SU DEPENDENCIA EN 1952**

Con las transferencias de los hospitales al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social por parte de los gobiernos municipales y estatales, éste centraliza, planifica y organiza los

	Número de Hospitales	% Sobre Total	Número de Camas	% Sobre Total
Hospitales				
Oficiales	157	60,2%	16.115	86,0%
Nacionales	64	24,5%	10.819	57,7%
S.A.S	54	20,7%	10.043	53,6%
S.S.O.	7	2,7%	516	2,8%
Ministerio Defensa	2	0,8%	230	1,2%
Corp. de Fomento	1	0,4%	30	0,2%
Privados	104	39,8%	2.633	14,0%
Fundaciones Benéficas	7	2,7%	341	1,8%
Empresas Industriales	26	10,0%	1.220	6,5%
Instituciones Lucrativas	71	27,2%	1.072	5,7%
Total	261	100,0%	18.748	100,0%

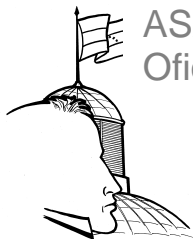
Fuente: VII Congreso Venezolano de Salud Pública
Caracas 1986

servicios médicos en el país y se establece que estos servicios deben ser preventivos y curativos.

Para 1952 el número de hospitales, del sector público y del sector privado, y el número de camas disponibles estaban distribuidos de la manera siguiente:

La mayoría de los hospitales, 60,2% del total de 216, dependían del Gobierno Nacional y el 39,8% restante eran privados. De modo que la oferta de centros de salud era de 1,5 público contra 1,0 privado. No así en el número de camas disponibles ofrecidos por estos centros de salud. El número de camas disponibles para esa fecha era de 18.748, de las cuales 86% pertenecían al sector público y escasamente 14% al sector privado. La relación entre oferta de camas del sector público y el sector privado era de 6,12 a 1,0

La alta diferencia entre la oferta del sector público y el sector privado respecto al número de camas disponibles para esa fecha, se debe al tipo de cama que ofrece cada sector. El sector oficial debe hacerle frente a las enfermedades altamente contagiosas, a las enfermedades crónicas, al control epidemiológico, a la contaminación ambiental, etc. La oferta del sector público en 1952 comprendía camas generales, camas para atender la tuberculosis, camas para enfermos mentales y camas para enfermos leproso.



3. EL INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES (IVSS)

La derogación, en 1967, del Estatuto Orgánico de Seguridad Social Obligatorio de fecha 5 de octubre de 1951, marca el inicio del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). El IVSS con personalidad jurídica autónoma y patrimonio propio, distinto e independiente del Fisco Nacional, administrará todos los ramos del Seguro Social Obligatorio.

La Ley de Seguridad Social de 1967 regula las contingencias de enfermedad y accidentes, maternidad, invalidez, vejez, sobrevivientes y paro forzoso. Otorgará prestaciones de asistencia médica integral; prestaciones en dinero para los casos de incapacidad temporal; prestaciones en dinero en caso de incapacidad parcial o invalidez, vejez, sobreviviente y nupcias.

Además, la Ley establece que las personas sujetas al Seguro Social Obligatorio serán todas aquellas que prestan sus servicios en virtud de un contrato o relación de trabajo cualquiera que sea el monto de su salario y tiempo de duración. En cuanto a la asistencia médica, tendrán derecho a recibir asistencia médica por parte del Instituto venezolano de los Seguros Sociales los asegurados, los familiares y los concubinos (si no hubiera cónyuge); los pensionados por invalidez, por vejez o sobrevivientes y los miembros de la familia del pensionado por invalidez y vejez.

Referente a las cotizaciones, el reglamento de la Ley del Seguro Social en su artículo 95 señala que el límite del salario para cotizar y recibir prestaciones en dinero se fija en Bs. 3.000 mensuales. Si el salario del trabajador es mayor, el cálculo se hará sobre la base de dicho límite.

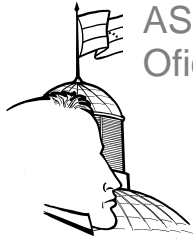
Las cotizaciones para financiar el Seguro Social Obligatorio serán 11% del salario para las empresas clasificadas en el riesgo mínimo, 12% para la de riesgo medio y 13% para las de riesgo máximo.

El trabajador no paga la cotización total. El empleador o patrón aporta un porcentaje de la misma. La cotización que corresponde al asegurado será del 4% del salario, independientemente de la clasificación de la empresa donde trabaje. La cotización que corresponde al empleador o patrono variará dependiendo de la clasificación de la empresa y será calculada de la siguiente forma:

	Patronos	Asegurados
Riesgo Mínimo	7%	4%
Riesgo Medio	8%	4%
Riesgo Máximo	9%	4%

Fuente: Leyes Sociales de Venezuela, 1974

Las Empresas de Riesgo Mínimo son todas aquellas que no utilizan fuerza motriz, ni motores de combustión interna, las instituciones docentes, etc. Las Empresas de Riesgo Medio son aquellas



que no estén expresamente incluidas en otra clase. Las Empresas de Riesgo Máximo comprenden aserradero, altos horno, astilleros, fabricas de explosivos, empresas de construcción, empresas petroleras, mataderos, asfalto, pavimentación, fundiciones, minas, rayos X, material bacteriológico, empresas que utilicen fuerza motriz, vapor motores de combustión interna, etc.

Por otra parte, la Ley establece que si los ingresos al fondo de pensiones del IVSS son insuficientes para cubrir los egresos, el Ejecutivo Nacional podrá aumentar la tasa de cotización y deberá ser suficiente ésta para cubrir los egresos de los próximos 5 años. El Fisco Nacional, mediante subvención incluida en el Presupuesto Nacional, sufragará los gastos de administración del Seguro Social.

Para la fecha de creación del IVSS, la población atendida por el Seguro Social Obligatorio representaba el 17,80% de la población total y los asegurados cotizantes constituían el 6,69% de la misma, como podemos apreciar en el siguiente cuadro:

Asegurados Cotizantes	Beneficiarios	Población (Miles)	% Cotizantes sobre Población	% Beneficiarios sobre Población
641.418	1.707.467	9.591	6,69%	17,80%

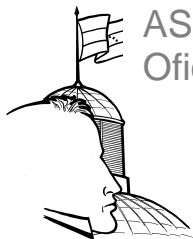
Fuente: BCV Series Históricas 1939-1990. Cálculos propios

El número de asegurados cotizantes y beneficiarios del Seguro Social Obligatorio respecto de la población general, para años escogidos, puede ser visto en el siguiente cuadro:

POBLACIÓN ASEGURADA Y BENEFICIARIOS

	Asegurados Cotizantes	Beneficiarios	Población (Miles)	% de Cotizantes sobre Población	% Beneficiarios sobre Población
1964	686.271	1.406.970	8.664	7,9%	16,2%
1967	641.418	1.707.467	9.591	6,7%	17,8%
1974	1.074.009	2.791.379	12.227	8,8%	22,8%
1978	1.497.075	3.891.446	14.071	10,6%	27,7%
1984	1.816.597	4.981.187	16.851	10,8%	29,6%
1991	2.524.443	8.101.662	19.972	12,6%	40,6%
1996	2.372.585	8.460.157	22.311	10,6%	37,9%

Fuente: BCV Series Históricas 1939-1990.
Cálculos propios.



Llama la atención que la población asegurada sólo representa alrededor del 12% de la población total. A ésta población y a los familiares de los asegurados cotizantes el Seguro Social Obligatorio les brinda igualdad de oportunidades frente al riesgo de enfermarse. Igualmente, los beneficiarios que disfrutan de seguridad social y se encuentran amparados, es en el mejor de los casos, como porcentaje histórico, apenas el 40% de la población. Sí asumimos que la población con ingresos suficientes para comprar un seguro privado es menos del 10%, entonces la población desasistida es aproximadamente el 50%, cifra altamente preocupante.

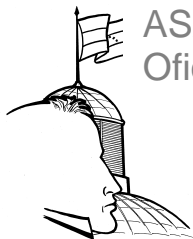
Ese 50% de la población que demanda servicios de salud no puede, por diferentes razones, optar por la oferta del IVSS, ni califica para optar a un seguro de salud privado. En consecuencia, se vera obligada a acudir a los centros de salud que dependen directamente del sector oficial. Esta capa de la población, la más numerosa, no tiene un acceso oportuno e igualitario a los servicios de salud.

Además, todas las personas que son beneficiarias del IVSS pueden optar, si así lo desean, a los servicios de salud dependientes del sector público. De modo que estos poseen una ventaja adicional sobre el resto de la población. Sí además se posee una póliza de aseguramiento que cubra hospitalización, cirugía y maternidad, las ventajas son notablemente superiores a la hora de demandar servicios de salud. Esta duplicación de cobertura fragmenta los servicios y la asignación de los recursos.

Es de hacer notar que el resto de la población sólo tiene acceso a los servicios ofertados por el sector público, los cuales no satisfacen a la población que demanda servicios de salud. Quizás fallas gerenciales, problemas de optimización del recurso humano, escasez de materiales y suministros y el elevado costo presupuestario dedicado al personal sean las causas de dicha insatisfacción.

No obstante, el sistema público de salud dependiente del Estado es para los excluidos del mercado laboral y la población pobre. Por desgracia, las oportunidades de empleo y las particularidades del mercado laboral venezolano no permitirán el acceso a los servicios de salud de esta parte de la población económicamente activa en condiciones de igualdad al resto de la población.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el segundo semestre de 1998 el mercado de trabajo de la población venezolana presentaba la siguiente composición



II Semestre de 1998

		Cotizantes al IVSS	% de Cobertura
Empleo Dependiente			
Formal	4.138.951	2.621.683	63,34
Empleo Público	1.395.379	1.127.694	80,82
Empleo Privado	2.743.572	1.493.989	54,45

Fuente: INE

Adicionalmente, no debemos olvidar que en Venezuela el 35% de los trabajadores cotizantes reportan salarios iguales o inferiores a un salario mínimo, y 64% reciben salarios de hasta dos salarios mínimos. Alrededor del 80% de los trabajadores alcanzan salarios iguales o inferiores de tres salarios mínimos.

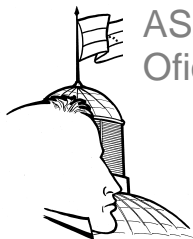
En cuanto al sector informal, para 1997 estaba constituido por 3.917.201 personas, distribuidos de la siguiente manera:

CATEGORÍA OCUPACIONAL

Trabajadores Por Cuenta Propia No Profesionales	Empleados y Obreros Particulares	Servicio Domestico	Patronos
2.435.772	919.839	191.684	291.275
62,18%	23,48%	4,89%	7,44%

Fuente: INE

Del total de personas del sector informal, el 64,88% reporta salarios menores al salario mínimo. El 7,39% gana aproximadamente un salario mínimo y sólo el 21,22%, esto es 831.276 personas, reportan salarios mayores al salario mínimo. Cabe señalar que no se tiene data confiable que estratifique las escalas más allá del salario mínimo. Además, existe una cantidad de trabajadores, aproximadamente 254.993 (6,51% del sector informal) cuyo salario no es declarado. En consecuencia, la data del sector informal son aproximaciones bastante gruesas.



SECTOR INFORMAL

	Trabajadores
Menos de 1 Salario Mínimo	2.541.461
1 Salario Mínimo	289.471
Más de 1 Salario Mínimo	831.276

Definitivamente habrá que hacer un estudio detallado del sector informal. Es necesario buscar formulas que permitan incorporar paulatinamente a ésta población excluida. Pero, no planteando como algo novedoso la posibilidad de acceder voluntariamente al sistema y que estos trabajadores asuman el costo total de su protección, pues estos grupos han sido tradicionalmente excluidos. Además, no debemos ignorar que estos grupos son los más pobres y necesitados.

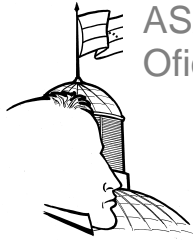
4. REFORMAS Y CAMBIOS ESTRUCTURALES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha venido a lo largo de estos años realizando cambios estructurales. Adicionalmente, y acogiendo sugerencias de la Organización Panamericana de Salud, ha efectuado revisión de la problemática de la salud y sus tendencias. También, y de acuerdo con los avances de la ciencia y la tecnología, ha revisado el instrumental jurídico sanitario en lo relativo, por ejemplo, a las transfusiones y bancos de sangre, al ejercicio del bioanálisis e incluso se ha modificado la Ley del Ejercicio de la Medicina.

Los cambios efectuados se dirigieron a prestar un servicio médico más satisfactorio para la vida del venezolano; para mejorar la situación de deterioro, tanto de equipos como de edificaciones. Se creó el sistema de información del sistema de salud en Venezuela, construyéndose una base de datos. Se ampliaron servicios, emergencias, se repararon edificios y equipos.

Se desarrollaron programas en cada Estado, relativos a Recursos Humanos, Saneamiento Ambiental, Educación de la Salud, Participación de las Comunidades, Descentralización Administrativa, Salud Mental, etc. , etc.

La culminación de todas estas transformaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y los procesos de reforma del Estado dieron origen al Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Con fecha del 7 de octubre de 1.999, el Presidente de la República Hugo Chávez dicta el Reglamento



Orgánico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. La atención primaria es la nueva doctrina política de la salud.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social estará integrado por el Despacho del Ministro, los Despachos de los Vice-Ministros de Salud y de Desarrollo Social, pasando la salud, de esta manera, a depender directamente de un Vice-Ministro.

Con esta nueva reestructuración, las direcciones de Epidemiología y Análisis Estratégico, de Consultoría Jurídica, de Contraloría Interna y de Coordinación Intergubernamental e Intersectorial de Salud y Desarrollo Social integrarán el Despacho del Ministro. Por su parte, la Dirección del Despacho estará integrada por las Oficinas de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, de Comunicación Corporativa y de Gestión Administrativa.

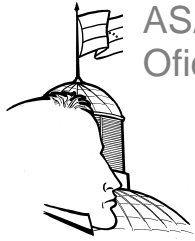
El Despacho del Vice-Ministro de Salud tendrá a su cargo la Dirección General de Salud Poblacional y la Dirección General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria. La Dirección general de Políticas y Planes y la Dirección General de Evaluación y Control dependerán del Vice-Ministro de Desarrollo Social.

Adicionalmente, forman parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social servicio autónomos y órganos desconcentrados, tales como los Servicios Autónomos de Elaboración Farmacéuticas (SAFAR), el Subsistema Integrado de Atención Médica (SASIAM), el Instituto de Biomedicina, el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública, de Atención Integral a la Infancia y a la Familia (SENIFA) y el Fondo Único Social.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social contará en cada Estado del país con Direcciones de Salud y Desarrollo Social. Éstas direcciones serán las encargadas del desarrollo y la implementación del Sistema de Salud y Desarrollo Social.

En octubre de 1998 se publica en la Gaceta Oficial de la República, bajo el número 36.568, el Decreto con Rango de Ley que Regula el Subsistema de Salud. Este decreto desarrolla los principios, derechos y obligaciones de los sujetos que intervienen en la regulación, intervención, dirección, financiamiento, supervisión, aseguramiento y utilización de los servicios que garantizan la atención médica integral y la atención de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, así como todo lo concerniente a las prestaciones dinerarias del Subsistema de Salud. El Ejecutivo se reserva la dirección, coordinación, supervisión, control y fiscalización del Subsistema de Salud.

El Subsistema de Salud ofrece dos modalidades de prestación: prestación de salud y prestación dineraria por incapacidad temporal, maternidad y adopción. Se beneficiarán del Subsistema de Salud los trabajadores dependientes y familiares calificados reportados por el trabajador. También podrán disfrutar de este subsistema los trabajadores por cuenta propia que cumplan los requisitos de afiliación.



Los organismos que conforman el Subsistema de Salud son: el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, el Ministerio de Salud, las Comisiones Estadales, la Superintendencia del Subsistema de Salud, el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, el Fondo Solidario de Salud, el Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto costo, Riesgo y largo plazo, los Fondos Complementarios, las Administradoras de Fondos de Salud, la Administradoras de Riesgos Laborales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos de trabajo, los Profesionales de la Salud que actúan por cuenta propia y los afiliados.

El Fondo Solidario de Salud, a fin de cubrir el costo de las prestaciones, recibirá: las cotizaciones obligatorias, los aportes del Ejecutivo; los aportes provenientes de los demás Subsistemas de la Seguridad Social, los intereses moratorios por atraso de pago de las cotizaciones; las multas impuestas a los integrantes del Subsistema; las donaciones.

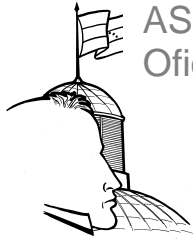
El Fondo Solidario de Salud tendrá las siguientes subcuentas: Atención Médica Integral, Incapacidad Temporal y los Fondos Especiales de la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo plazo para la población afiliada.

Los entes encargados de asumir los riesgos por el aseguramiento de la salud de los afiliados serán las Administradoras de Fondos de Salud. Éstas podrán ser públicas, privadas o mixtas. Así mismo, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, asumirán los riesgos, pago de las prestaciones y demás acciones en el trabajo.

La Atención Médica Integral comprende promoción de la salud; prevención de enfermedades y rehabilitación; enfermedades de alto riesgo, costo y largo plazo; tratamiento de las emergencias; atención integral de la maternidad y la planificación familiar; atención médica y quirúrgica; ambulatoria y hospitalaria; productos biológicos; servicios de laboratorio; prótesis e implantes no odontológicos.

Por otra parte, la cotización para cubrir la incapacidad temporal será el 1% del salario, estando a cargo del empleador el 75% de dicha cotización y 25% por cuenta del afiliado. La cotización al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo estará comprendida entre 0,8% y 6% del salario en función de los grupos de riesgos de los trabajadores. Estará exclusivamente a cargo del empleador o del trabajador por cuenta propia.

La tasa de cotización del Plan por Atención Médica Integral será del 7,5% del salario en el año 2000 y 8,5% en el año 2001. En el transcurso del 2001 el Ejecutivo realizará los estudios económicos, actuariales y demográficos necesarios para fijar la nueva tasa aplicable en los próximos 5 años. En el Régimen Complementario, los empleadores y los trabajadores podrán afiliarse voluntariamente; este se financiará por las contribuciones facultativas de los afiliados, del empleador, o de terceros. Éste monto lo recibirán las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo.



III. EL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO

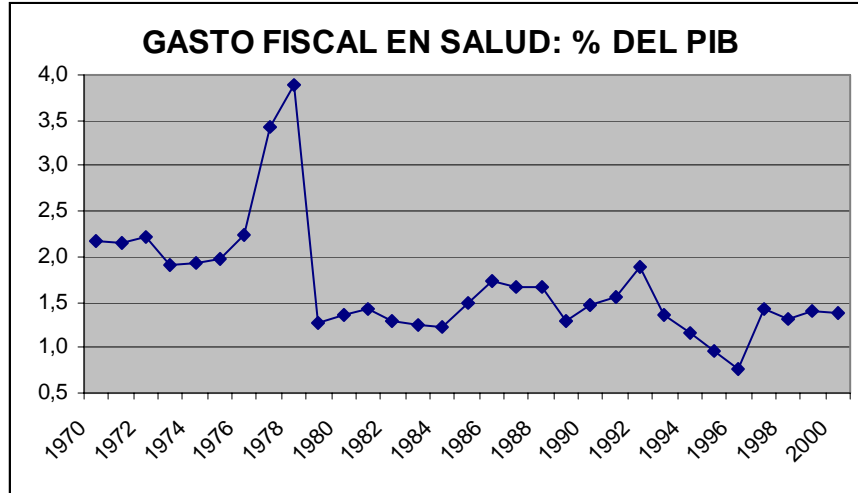
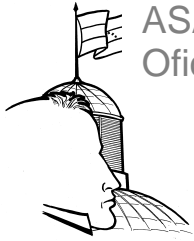
1. SISTEMA DE SALUD EN VENEZUELA. COMPARACIONES

¿Por qué debemos reformar el Sistema de Salud en Venezuela?. ¿Cuáles son los problemas que presenta el Sistema de Salud que lo hace inviable e ineficiente?. ¿Es el Sistema de Salud venezolano equitativo?. ¿Todos los venezolanos tienen derecho a la salud y a la atención de la enfermedad en igualdad de condiciones?. ¿Se le garantiza a cada venezolano un nivel adecuado de atención de salud?. ¿Es universal y solidario el Sistema de Salud venezolano?.

¿Qué muestran los principales indicadores de salud venezolana?. ¿Comparativamente, cómo se clasifica Venezuela respecto de países latinoamericanos?. ¿Cuáles son las principales causas de muerte del venezolano?. ¿Se han realizado esfuerzos para mejorar los niveles de salud en el país?. ¿Se tiene el número de médicos necesarios?. ¿Es apropiado el número de enfermeras? ¿Es satisfactorio el número de camas ofrecidas a la población venezolana?. ¿Por qué se habla de crisis de la salud?.

El Gasto Fiscal en Salud como porcentaje del PIB se ha venido deteriorando en los últimos 30 años. Este deterioro del gasto fiscal en salud, se ha debido a las dificultades económicas por la que ha atravesado Venezuela: desequilibrios macroeconómicos, inseguridad económica, altos niveles de inflación, abultados déficits, alto endeudamiento, gasto público creciente, entre otros.

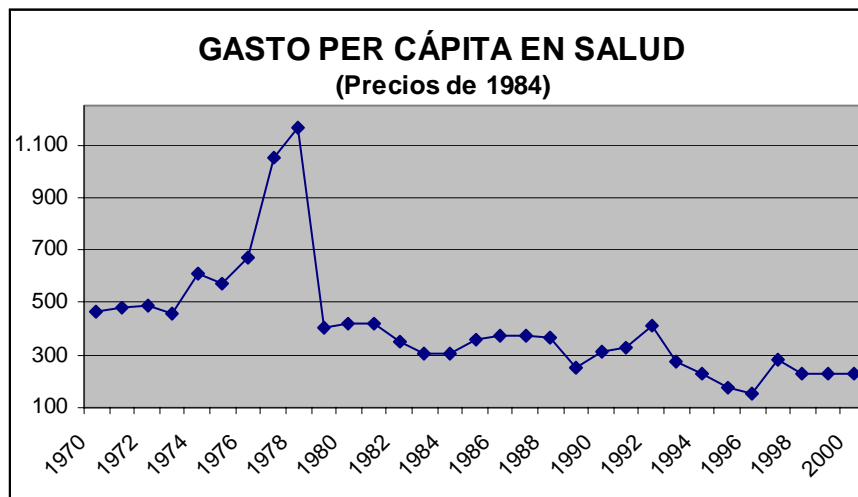
El gráfico siguiente muestra el Gasto Fiscal en Salud como porcentaje del PIB en el período 1970-2000.

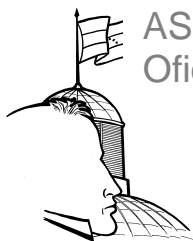


Fuente: OCEPRE

El uso del PIB permite evaluar la efectividad del gasto realizado. Es preocupante observar que la participación del sector público en el PIB del sector salud ha venido disminuyendo en el tiempo. El sector privado ha venido absorbiendo la demanda insatisfecha, que paga por los servicios bien sea con sus propios recursos o mediante seguros privados. Pero, la población de bajos recursos ha quedado desasistida, lo cual demuestra las fuertes inequidades del sistema de salud actual.

Por su parte, con el Gasto Fiscal Per Cápita en Salud, a precios de 1984, ocurre algo similar.





Fuente: OCEPRE y cálculos propios

Se observa una disminución significativa de los recursos dedicados por habitante a la salud. De manera que es necesario recuperar la senda de crecimiento económico estable y continuo que permita dirigir una cantidad apropiada de recursos al sector salud.

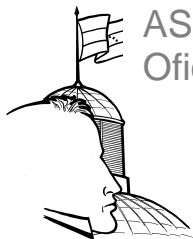
Comparativamente, Venezuela se ubicaba en los países de las Américas, respecto al Gasto Nacional de Salud per cápita en Dólares de 1995: muy lejos de Argentina y Uruguay; por encima de Costa Rica, Colombia, México y Perú y por debajo del promedio regional. Ello refleja la insuficiencia relativa de recursos dedicados al sector salud por habitante.

GASTO NACIONAL EN SALUD. 1995		
Países	% PIB	Per Cápita \$ de 1995
Argentina	9,80	795
Brasil	7,60	280
Costa Rica	8,60	224
Chile	8,00	331
Colombia	7,30	140
México	4,80	160
Perú	5,50	128
Uruguay	10,00	516
Venezuela	7,60	229
Promedio Región	7,30	240

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 1998

En cuanto al Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB, Venezuela se encuentra por encima del promedio regional; mientras que es superada por Argentina, Costa Rica, Chile y Uruguay.

La composición público-privado del Gasto Nacional en Salud según el ingreso per cápita se muestra a continuación para los mismos anteriores países.



COMPOSICIÓN PÚBLICO-PRIVADO DEL GASTO NACIONAL EN SALUD. 1995			
SEGÚN NIVEL DE INGRESO			
Países	PIB Per Cápita US\$ de 1995	COMPOSICIÓN	
		Público	Privado
Argentina	8.100	45	55
Brasil	3.700	34	66
Costa Rica	2.610	74	26
Chile	4.160	50	50
Colombia	1.910	30	70
Perú	2.310	51	49
México	3.320	47	53
Uruguay	5.170	78	22
Venezuela	3.020	37	63
Prom. Ponderado	3.289	41	59

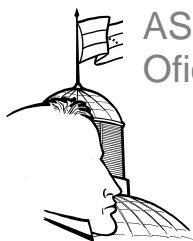
Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 1998

Podemos observar que el promedio ponderado regional de la composición se ubica en 41% en el sector público y 59% en el sector privado. Esta composición refleja que no sólo en Venezuela el Estado ha visto disminuida sus responsabilidades en la oferta de servicios de salud. Todos los países de la región se enfrentaron a graves y perniciosas crisis económicas. Todos ellos disminuyeron sus responsabilidades sociales y en todos ellos, unos más unos menos, el proceso de privatización de la salud se hizo sentir.

También podemos advertir en el cuadro anterior que en los países con más bajos ingresos el gasto del Gobierno no es el componente más importante del gasto nacional en salud.

Otro de los grandes problemas que enfrenta el sector salud en Venezuela es la existencia de una alta fragmentación de instituciones y de recursos, con organizaciones distintas dedicadas a prestar servicios de atención médica:

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social). Atiende a los no afiliados a ningún subsistema de salud. El financiamiento es mediante el presupuesto fiscal.
- Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS), atiende a los trabajadores afiliados que cotizan a la seguridad social y a sus familiares. Adicionalmente coexisten otras instituciones que prestan servicios en el sector salud: Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas, Gobernaciones, Universidades, etc. Atiende a los afiliados y a sus



familiares. El financiamiento es mediante aportes de los asegurados y presupuesto fiscal.

- Sistema privado. Atiende a quien pueda pagar con recursos propios o posea una póliza de seguro.

Esta alta fragmentación de instituciones y de recursos origina inequidad, ineficiencia de gestión y no logra satisfacer las necesidades de salud de la población, en especial la de bajos recursos.

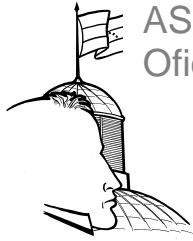
Es de hacer notar que algunos grupos de la población venezolana cuentan con mayores recursos en términos de asignación por habitante según coberturas por organismo, como puede ser apreciada en el siguiente cuadro.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN US \$ POR HABITANTE SEGÚN COBERTURA POR ORGANISMO								
	Gobierno Central	Estados	Municipios	Total	IVSS	IPASME	FAN	Pólizas HCM
1995	50,22	18,56	0,77	69,55	99,56	186,43	269,58	241,13
1996	34,90	7,20	0,49	42,59	83,60	140,65	155,46	167,74
1997	53,48	11,15	0,70	65,33	111,57	193,25	210,91	230,56
1998	60,44	13,65	1,32	75,41	135,73	230,41	245,42	272,20
1999	55,63	16,45	0,97	73,05	137,12	232,56	256,03	290,20

Fuente: Curcio Pasqualina. "Costos del Sistema Público Nacional de Salud",
Comisión Presidencial
de Seguridad Social, Sub-Comisión de Salud.
2000

Podemos observar en el cuadro anterior que mientras los miembros de las Fuerzas Armadas Nacionales (FAN) disponen en el año 1999 de US \$ 256,03 de gasto público en salud por habitante, la población de menos ingresos y excluidos de la asistencia médica del IVSS sólo dispone, ese mismo año, de US \$ 73,05 de gasto público en salud por habitante. Esta inequidad se eleva cuando el Estado paga pólizas de seguros médicos privados (HCM) a la mayoría de los empleados públicos. Estos cuentan además con acceso a la red del IVSS y el Estado adicionalmente debe realizar los aportes al Fondo de Asistencia Médica del IVSS como patrono.

Es necesario subrayar, por otra parte, observando el cuadro siguiente, que algunas regiones de la población venezolana cuentan, en términos por habitantes de la Entidad Federal, con mayores



recursos para la atención médica que otras regiones, mostrando diferencias en las asignaciones presupuestarias entre los Estados descentralizados.

ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA POR ESTADOS DESCENTRALIZADOS					
US \$ POR HABITANTE					
	1995	1996	1997	1998	1999
Anzoátegui	28,4	14,2	31,8	43,7	39,7
Aragua	24,1	11,8	26,6	33,6	32,4
Bolívar	23,9	11,9	24,5	35,8	32,3
Carabobo	20,8	10,2	26,4	27,3	27,9
Falcón	20,1	11,4	24,5	30,9	29,6
Lara	-	12,8	25,7	26,6	26,1
Mérida	10,0	16,3	40,0	36,9	38,1
Miranda	-	6,5	14,3	13,3	13,7
Monagas	13,0	18,6	38,8	38,2	37,5
Nueva Esparta	-	-	-	22,4	32,8
Sucre	11,3	18,0	37,9	38,5	38,0
Táchira	6,9	14,6	32,4	29,2	30,4
Trujillo	14,5	22,9	51,7	53,6	51,9
Yaracuy	-	-	-	31,0	31,6
Zulia	3,0	8,3	17,4	19,9	20,8

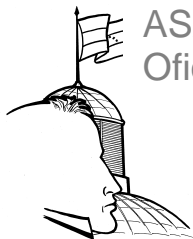
Fuente: Dirección General Sectorial de Planificación y Presupuesto. MSDS 1999.

Curcio Pasqualina. "Costos del Sistema Público Nacional de Salud", Comisión Presidencial de Seguridad Social, Sub-Comisión de Salud. 2000

A manera de ejemplo, podemos ver en el cuadro anterior, que mientras el Estado Zulia cuenta con US\$ 20,8 en 1999 por habitante de esa entidad, el Estado Trujillo dispone de US\$ 51,9 por habitante. La asignación no responde a criterios demográficos, epidemiológicos o de condiciones sanitarias de la población por Estados. No se conoce baremos para que la asignación entre los Estados sea lo más transparente y equitativa.

La asignación se realiza mediante Presupuestos Históricos, debido a la casi inexistencia de sistemas de información que permitan conocer las condiciones sanitarias de la población por Estados, metas y evaluación de la gestión de cada Estado. Debemos subrayar que los Presupuestos Históricos no ofrecen incentivos hacia el logro de una mayor eficiencia del gasto y lo hacen muy rígido para adaptarse a cambios en la demanda de salud.

Todo ello sin tomar en cuenta que según la Organización Panamericana de Salud, en su informe *La Salud en Las Américas (1998)*, la asignación presupuestaria no privilegia a los Estados con mayor índice de pobreza extrema (Apure, Delta Amacuro, Portuguesa, Amazonas, Barinas,



Guárico y Zulia) y a los Estados con mayor dispersión de la población como expresión de ruralidad (Amazonas, Delta Amacuro, Barinas, Portuguesa, Guárico y Cojedes).

Al mismo tiempo, existe concentración de instituciones de salud en algunas zonas geográficas y diferentes niveles de atención médica. La coordinación entre los organismos a diferentes niveles, nacional, regional y local no es la más eficiente.

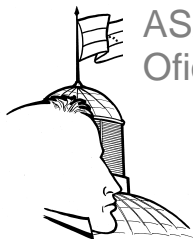
La distribución del gasto realizado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social clasificada por partida (Gastos de Personal, Materiales y Suministros, Servicios No Personales, Activos Reales, Servicio de Deuda Pública y Otros Pasivos, Transferencias) como porcentaje del gasto total de dicho Ministerio puede ser vista en el siguiente cuadro:

**GASTO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
POR PARTIDAS COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL**

PROGRAMAS	1995	1996	1997	1998	1999	2000
GASTOS DE PERSONAL	38,66%	20,82%	14,86%	13,24%	11,24%	9,70%
MATERIALES Y SUMINISTROS	7,10%	5,29%	7,50%	9,42%	7,78%	8,48%
SERVICIOS NO PERSONALES	2,58%	1,54%	2,03%	1,35%	1,32%	0,92%
ACTIVOS REALES	0,13%	0,18%	0,08%	0,23%	0,23%	1,46%
SER. DEUDA PUBL Y OTROS PASIVOS	0,26%	0,27%	0,11%	0,13%	1,75%	0,82%
TRANSFERENCIAS	51,26%	71,90%	75,42%	75,64%	77,69%	78,62%
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Fuente: Ley de Presupuesto. Ministerio de Sanidad y

Asistencia Social. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.



La partida Gastos de Personal y la partida Transferencias absorben un poco más del 88% del Presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dejando escasamente un 12% para los restantes programas. Materiales y Suministros captan las tres cuartas partes de ese resto. De esta manera, el Gasto en Inversión (Activos Reales) sólo representa en el año 2000, el 1,46% del gasto total. En los años anteriores no supero la barrera del 0,25%. Esto refleja el deterioro que presentan muchos centros de salud pública.

Es conveniente señalar que el proceso de descentralización de los servicios de salud hacia los Estados explica el incremento que la partida Transferencias muestra en los últimos años. No debe olvidarse que dentro de las Transferencias existe una parte que constituye Gastos de Personal, Materiales y Suministros, entre otros.

Precisamente, el Gasto de Personal capta alrededor del 70% del gasto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y de este el 53% corresponde a personal obrero y administrativo. Esto refleja un alto componente de gasto poco productivo.

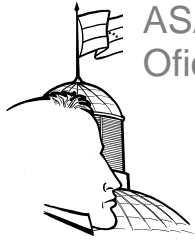
Los servicios de salud en Venezuela son predominantemente curativos. En consecuencia se desarrolló la construcción de una red hospitalaria, con alta tecnología, con más ofertas del número de camas, tanto del sector público como del sector privado. No obstante, lo curativo ha conducido al sector público a dedicar enormes recursos para enfrentar el problema de la enfermedad.

Al ser la enfermedad lo dominante en materia de salud, la relación médico-paciente es lo determinante, relegando de esta manera otros elementos que influyen en la salud, tales como el medio ambiente, calidad de vida, educación, ingreso familiar, condiciones laborales, alta pobreza, entre otros.

Por otra parte, la relación médico-paciente origina que sea el médico el que efectivamente influye en la demanda de los servicios de salud, pues es él quien indica la necesidad o no de estudios adicionales y el uso de productos farmacéuticos, convirtiendo la demanda de los servicios de salud en una **demanda derivada o inducida**. Además, esa relación conduce a lo que se denomina **asimetría de información**, ya que el paciente desconoce sus verdaderas necesidades de servicios de salud y éste le transfiere al médico tal decisión. Incluso, puede darse el caso de sobreindicaciones, obligando al paciente al uso excesivo de tecnologías nuevas y costosas, dando origen a lo que se conoce como **abuso tecnológico**.

Es de hacer notar que los avances tecnológicos, esto es, la oferta de tecnología de última generación, en el sector salud adolece de la ausencia de una ley que los regule. Así mismo subrayamos que toda esta tecnología es simplemente una **transferencia tecnológica**.

Igualmente, la formación de médicos se dirige a médicos especialistas, con tecnología compleja, derivando en altos costos para combatir la enfermedad con el uso de alta tecnología,



hospitales muy especializados, y una industria farmacéutica dedicada a atender las enfermedades con la producción de nuevas y costosas formulas, incrementando los costos de la atención médica.

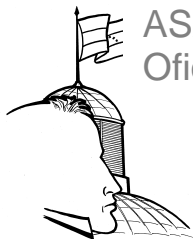
La consecuencia es un insuficiente número de médicos generales, deficiente organización de los servicios hospitalarios, problemas de cobertura y altas desigualdades debido a la brecha cada vez más grande entre enfermedad y salud.

Otros elementos que hacen que la estructura de costos del sector salud sea creciente son el envejecimiento de la población. En Venezuela para el año 2000, según cifras del BID, por cada persona mayor de 60 años hay en promedio 14 personas en edad de trabajar. En treinta años, esto es, en el 2030, la relación habrá descendido a 12 y en el 2050, por cada persona mayor de 60 años, habrá en promedio 4 personas en edad de trabajar.

Según datos de la OCEI, en 1990 de la población de 65 años y más, 26,5% se declaró ocupado, 41,3% desempeñaba algún oficio en el hogar; 68% de esta población realizaba actividades útiles para la familia. El 73,5% eran económicamente dependientes. Adicionalmente, en 1996, el Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología señaló a la Hipertensión Arterial (7,3%), a la Artritis (6,4%), a la gripe (3,3%) y a la diabetes (2,1%) como las principales causas de morbilidad según motivo de consulta de los ancianos.

También contribuyen al aumento de los costos de atención médica el aumento de la expectativa de vida al nacer. Ahora las personas viven más; las enfermedades que causan la muerte del venezolano (Enfermedades del Corazón, Accidentes, Violencia, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, SIDA, etc.); La tecnología médica, pues hoy día con los avances tecnológicos es posible salvar vidas que antes morían irremediamente (diálisis, operaciones de corazón abierto y colocación de válvulas, transplantes, etc.).

El siguiente cuadro muestra las principales causas de muerte del venezolano en el período 1965-1999. Podemos observar que para 1965 las principales causas de muerte eran las enfermedades del corazón y las enfermedades del período perinatal. La diabetes, en aquel entonces, sólo representaba el 1,4% de las causas de muertes. Para 1999, la diabetes ha llegado a representar el 5,5% de causas de muertes y las enfermedades del corazón alcanzan el 21,0% de las causas de muerte del venezolano.



PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN VENEZUELA %								
	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1999
Enfermedades del Corazón	15,4	15,4	18,4	21,7	22,8	23,7	22,4	21,0
Enfermedades del Período Perinatal	15,4	10,1	10,8	11,6	10,3	9,1	5,6	5,1
Cáncer	12,1	11,9	12,5	14,0	15,1	15,3	13,6	14,3
Enfermedades Diarreicas	9,9	11,3	8,2	5,7	3,8	2,8	3,1	1,9
Accidentes	6,8	7,1	10,0	11,9	10,2	8,5	8,3	7,5
Neumonía	6,2	8,9	9,0	5,5	5,2	5,3	3,5	2,7
Enfermedades Cerebrovasculares	5,8	6,0	7,1	8,8	8,5	8,1	7,6	7,9
Suicidio u Homicidio	2,3	2,1	2,1	3,2	3,0	3,9	4,2	5,0
Anomalía Congénita	2,2	2,6	2,8	2,7	2,8	4,0	2,0	1,9
Diabetes	1,4	1,8	2,6	2,6	3,7	5,0	4,3	5,5
Otras	22,5	22,8	16,5	12,3	14,6	14,2	25,3	27,2

Fuente: Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales.

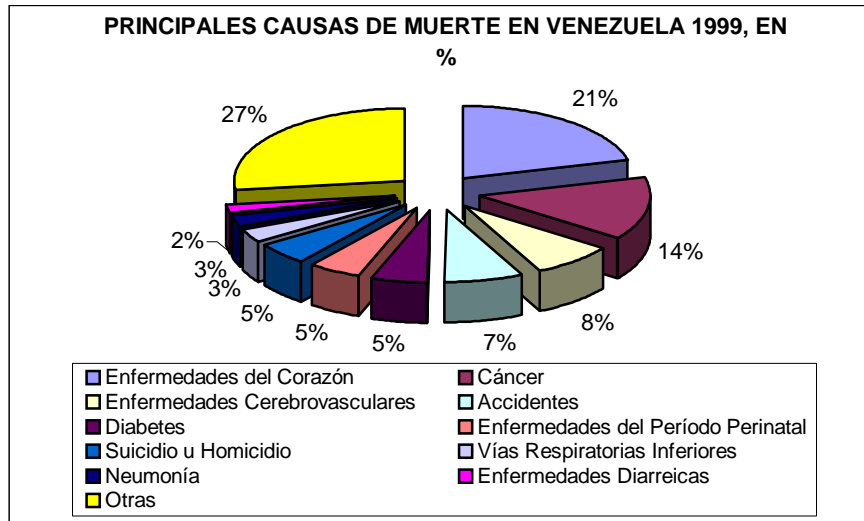
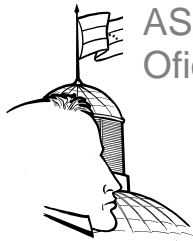
MSAS, Varios años

Anuario de Mortalidad. MSDS, 1999

Obsérvese además que algunas enfermedades disminuyeron considerablemente su porcentaje sobre las principales causas de muerte del venezolano, tales como: enfermedades del período perinatal, enfermedades diarreicas, neumonía. Pero a la par de este hecho, el porcentaje de otras enfermedades aumentó: enfermedades del corazón, suicidios y homicidios, diabetes.

Llama la atención el comportamiento de "otras enfermedades". En el año de 1965 representaba el 22,5% de las causas de muerte del venezolano, en 1980 significaba el 12,3%, para luego aumentar a 27,2% en 1999. Este decrecimiento seguido de un aumento en el total de otras enfermedades, significa que algunas de esas enfermedades han desaparecido y han aparecido otras, e incluso reaparecen algunas desaparecidas. Estos cambios son conocidos como **transición epidemiológica**, y se deben a cambios biológicos, a cambios tecnológicos, a cambios económicos, a cambios demográficos, a cambios ambientales, entre otros. Una de las consecuencias de esta transición epidemiológica es que obliga a los promotores de la salud a planificar e idear nuevos esquemas en la oferta de salud para la población.

De esa transición epidemiológica, ocurrida durante el período 1965-1999, se obtiene el siguiente gráfico que muestra las principales causas de muerte del venezolano en 1999:

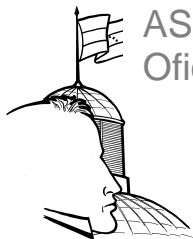


Fuente: Anuario de Mortalidad. MSDS, 1999

Es de hacer notar que en el renglón de “otras” causas de muertes del venezolano se encuentran Enfermedades del Hígado con 1,94%, Anomalías Congénitas con 1,92%, Nefritis y Nefrosis con 1,50%; Enfermedades por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) con 1,20%; Otras Enfermedades Hipertensivas con 1,09%; Deficiencias de Nutrición con 0,99%; Tumores Benignos y de Comportamiento Incierto o Desconocido con 0,85%; Enfermedades debidas a Protozoarios con 0,80%; Tuberculosis con 0,73%; Enfermedades del Esófago, del Estomago y del Duodeno con 0,60%; Septicemia con 0,60%; Enfermedades Inflamatorias del Sistema Nervioso Central con 0,48%; Infección Aguda No Especificada de las Vías Respiratorias Inferiores con 0,39%; Trastornos de la Vesícula Biliar, de las Vías Biliares y del Páncreas con 0,36%; Trastornos Episódicos y Paroxísticos con 0,34%; Mortalidades Mal Definidas, Desconocidas o Sin Diagnostico Médico Tratante con 0,74% y Resto de Muertes Violentas con 4,10%.

Otros factores que agravan la viabilidad financiera del sector salud son el reducido gasto fiscal en salud, los elevados niveles de pobreza, las altas tasas de informalidad, el bajo nivel y la estructura del salario en Venezuela. Todas estas originan que aumente la demanda de atención de servicios de salud, por lo que será necesario un significativo aporte fiscal que permita mejorar la calidad en la atención de la salud.

Por otra parte, existe una distribución desigual de los recursos humanos disponibles. Los médicos y enfermeras tienden a concentrarse en las grandes ciudades. El número de médicos es considerablemente mayor al número de enfermeras. Lo recomendado por los organismos internacionales es de 2 enfermeras por 1 médico.



De acuerdo con la OCEI, para 1997, los Recursos Humanos de los Servicios Sanitarios y Asistenciales dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, eligiendo Médicos, Enfermeras Graduadas, Odontólogos y Farmaceutas, se distribuían de la manera siguiente:

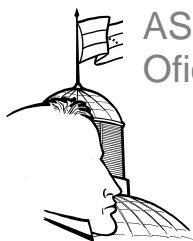
RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y ASISTENCIALES DEPENDIENTES DEL MSAS				
	MÉDICOS	ENFERMERAS GRADUADAS	ODONTÓLOGOS	FARMACEUTICOS
1997	28.341	14.470	7.639	3.413

Fuente: OCEI, 1997

Según la OCEI para 1997, el 95% (3.249) de Farmaceutas, el 62% (4.805) de Odontólogos, el 39% (5.661) de Enfermeras Graduadas y el 41% (11.743) de Médicos se encuentran en el Distrito Federal (incluye los recursos ubicados en los Municipios Chacao, Baruta, El Hatillo y Sucre del Estado Miranda), lo cual muestra una clara concentración de los recursos humanos sanitarios asistenciales dependiente del MSAS.

El Estado Zulia, por su parte, sólo concentra el 0,41% (14) de Farmaceutas, el 18,02% (1.377) de Odontólogos, el 10,29% (1.490) de Enfermeras Graduadas y el 19,31% (5.475) de Médicos, todos ellos dependientes del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

Al mismo tiempo, es insuficiente el número de camas disponibles en el país. Según la Organización Mundial de la Salud, se necesitan 3 camas por cada 1.000 habitantes. En Venezuela a partir de finales de la década de los 60' ese indicador de camas por 1.000 habitantes ha venido descendiendo en forma dramática. Podemos observar en el siguiente cuadro lo ocurrido en Venezuela en el período 1964-1996. Pasamos de tener 3,3 camas por 1.000 habitantes en 1964 a sólo 1,5 camas por 1.000 habitantes en 1996, lo que significa una reducción de la oferta de camas del orden de más del 50%.



CAMAS POR 1.000 HABITANTES

1964	1967	1974	1978	1984	1991	1996
3,3	3,2	2,9	2,7	2,7	2,6	1,5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 1998

No obstante, son indudables los esfuerzos realizados por parte del Gobierno en mejorar las condiciones de salud del venezolano. Prueba de ello, por ejemplo, las reformas de las organizaciones sanitarias, la construcción de una red de hospitales generales donde se atiende todo tipo de enfermo, la creación de centros de emergencias. Igualmente, el Gobierno revisó y actualizó, de acuerdo con los avances de la ciencia, los instrumentos jurídicos sanitarios. Se desarrollaron programas en cada Estado, relativas a Educación de la Salud, Recursos Humanos; Descentralización Administrativa, Saneamiento Ambiental, Participación de las Comunidades y Salud Mental.

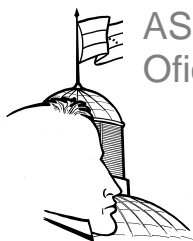
En el ámbito regional, podemos compararnos en número de camas ofrecidas por cada 1.000 Habitantes, con países que presentan condiciones similares a Venezuela.

CAMAS POR 1.000 HABITANTES

	1964	1967	1974	1978	1984	1991	1996
Argentina	6,0	6,3	5,4	5,4	5,4	4,4	3,3
Brasil	3,4	3,8	3,8	3,8	3,6	3,5	3,1
Costa Rica	4,5	3,8	3,8	3,1	2,9	1,4	1,5
Chile	4,3	4,4	3,6	3,6	2,9	3,2	2,7
Colombia	2,7	2,4	2,9	1,7	1,8	1,4	1,5
México	2,2	2,0	1,2	0,9	0,8	0,8	1,2
Perú	2,5	2,4	2,0	1,9	1,7	1,5	1,5
Uruguay	6,4	6,4	5,7	5,2	5,0	4,4	4,4
Venezuela	3,3	3,2	2,9	2,7	2,7	2,6	1,5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 1998

Observando el cuadro anterior, y teniendo presente las grandes perturbaciones económicas en América Latina en los últimos treinta años, podemos advertir que las crisis han inducido la reducción del número de camas disponibles y la calidad de la atención en el sector salud. Tanto para



Venezuela como los países escogidos, el número de camas por 1.000 viene disminuyendo en forma sostenida en el período 1964-1996.

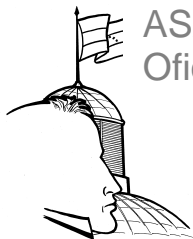
Para 1996, las camas hospitalarias según sector de afiliación, para los mismos países escogidos, presentaban la siguiente distribución:

CAMAS HOSPITALARIAS SEGÚN SECTOR DE AFILIACIÓN, 1996

País	Número de Camas	Camas por 1.000 Habitantes	Público		Privado	Filantrópico	Militar
			No Seguridad Social	Seguridad Social			
Argentina	115.803	3,3	57,2	3,6	37,7	0,5	1,0
Brasil	501.876	3,1	27,1	1,1	48,0	23,3	0,5
Costa Rica	6.645	1,5	53,4	8,5	35,4	0,9	1,9
Chile	38.446	2,7	71,0	0,1	20,5	8,4	-
Colombia	54.502	1,5	53,4	8,5	35,4	0,9	1,9
Perú	35.690	1,5	51,7	20,0	19,4	0,4	8,4
México	107.288	1,2	32,5	34,5	30,4	0,5	2,2
Uruguay	14.064	1,5	72,6	18,0	8,3	0,7	0,4
Venezuela	32.738	1,5	72,6	18,0	8,3	0,7	0,4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud.
1998

En cuanto al de número de médicos, por países escogidos y por 10.000 habitantes, podemos observar los datos de la Organización Panamericana de Salud en el siguiente cuadro. Este cuadro



muestra que Venezuela, respecto a estos países escogidos, es el que tiene la más alta tasa de formación de médicos. Incluso, ésta tasa de crecimiento del número de médicos por 10.000 habitantes, es mayor que la tasa de crecimiento de la población.

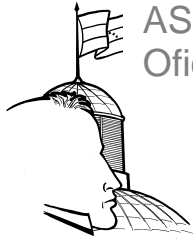
MÉDICOS POR 10.000 HABITANTES Y POR PAÍS

CIRCA 1997

	Médicos c. 1997	Razón por 10.000 Habitantes c. 1992	Razón por 10.000 Habitantes c. 1997
Argentina	88.800	26,83	26,84
Brasil	205.828	13,39	12,72
Costa Rica	5.044	12,62	14,11
Chile	15.451	11,04	11,03
Colombia	43.000	10,94	11,6
México	165.185	16,21	18,64
Perú	22.707	10,59	9,32
Uruguay	11.928	36,84	37,03
Venezuela	53.818	16,16	23,63

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 1998

Por otra parte, los indicadores de mortalidad han venido descendiendo en forma sostenida y continua, como podemos apreciar en el siguiente cuadro:



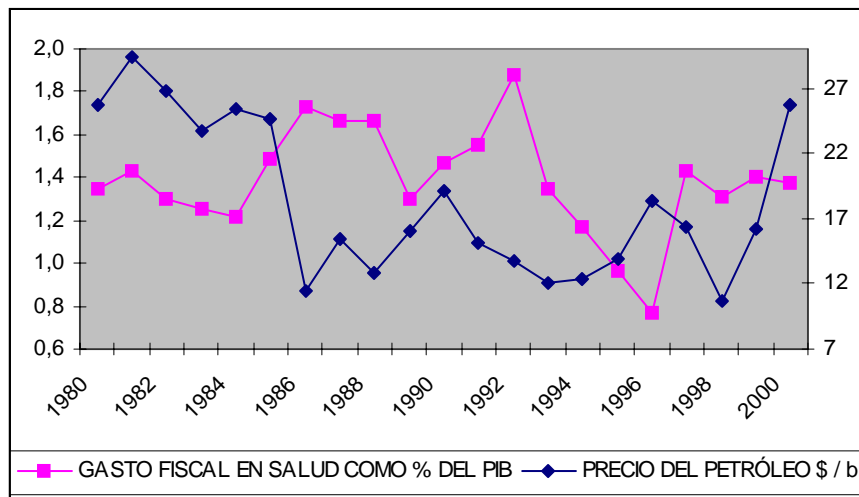
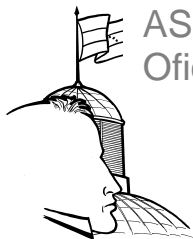
POBLACIÓN Y MORTALIDAD			
Años	POBLACIÓN	TASA DE MORTALIDAD	
		GENERAL (Por 1.000 Hab.)	INFANTIL (Por 1.000 N.V.R.)
1960	7.364.723	7,5	52,9
1965	8.823.839	6,9	46,4
1970	10.320.499	6,6	49,2
1975	11.993.062	6,2	43,8
1980	15.023.879	5,1	31,7
1985	17.050.478	4,7	26,9
1990	19.501.849	4,6	25,8
1995	21.844.496	4,5	23,7
1999	23.706.711	4,4	19,1

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2000

N.V.R: Nacidos vivos registrados.

También, la Constitución estableció el derecho a la protección de la salud para todos los habitantes de la República. Se creó la Comisión Rectora de la Salud, se dictaron leyes y reglamentos para el mejoramiento de la salud del venezolano, por ejemplo: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 1997; Ley Orgánica de Salud, 1999.

Del mismo modo, a pesar que la economía venezolana se mueve alrededor del precio del petróleo, no es menos cierto que al bajar los precios del petróleo el Estado se ha visto obligado a recortar el gasto público.



Precio promedio anual de la cesta venezolana de crudos al 15/07/2000.

Fuente BCV-MEM.

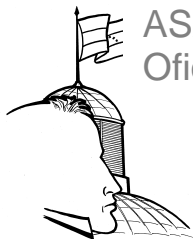
Sin embargo, podemos apreciar en la anterior gráfica que no existe relación entre el porcentaje de gasto fiscal respecto del PIB en salud y los precios de la cesta venezolana de crudos.

Pero, la atención médica, a pesar de los indicadores anteriores, no es satisfactoria para la población venezolana. Ésta es costosa y de baja calidad. Sólo basta leer la prensa nacional para darnos cuenta del grado de insatisfacción de la población que acude a los hospitales o centros de salud en busca de atención médica. Adicionalmente, se han realizado huelgas médicas, huelgas de enfermeras, de bioanalistas, de personal obrero. Todo ello es una muestra de la crisis en que se encuentra el sector salud.

Pese a todo, el Estado realiza programas sociales, estableciendo de esta manera la exigencia de servicios de salud que ha su juicio demanda la sociedad. Por su parte, las personas demandarán servicios de salud dependiendo de su estado de salud.

El consumo individual de servicios de salud, no sólo beneficia al consumidor individual sino también a toda la sociedad. Si individualmente cada persona es vacunada contra una enfermedad, digamos, transmisible, la sociedad en su conjunto saldrá beneficiada, obteniendo más salud y mejorando la calidad de vida. Es decir, se produce una **externalidad positiva**: las acciones de una persona benefician a otras.

De esta manera, el consumo de servicios de salud por parte de una persona individual produce una reducción del riesgo de enfermarse por contagio. En consecuencia, la población no tendrá la necesidad de ausentarse del trabajo, por ejemplo.



Este tipo de bienes es conocido como **bienes preferentes** y la intervención del Estado se hace necesaria para el beneficio de la sociedad. Así, es el Estado el que establece en función de las necesidades de la población, el precio de estos servicios y su demanda. En consecuencia, el Estado debe realizar la oferta apropiada en las cantidades que éste considere socialmente conveniente.

No obstante, individualmente las personas pueden demandar servicios privados de salud. Estos se centran en la atención de la enfermedad. De esta manera, los individuos disponen de un seguro de atención médica al riesgo de enfermarse. Pero, la demanda de servicios de salud posee un alto componente de incertidumbre, pues parte de ella no es predecible.

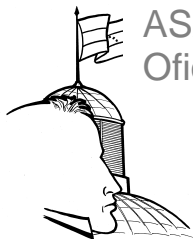
Existe una relación entre el grado de aversión al riesgo de enfermarse y la propensión a asegurarse. Así se traslada el riesgo a un agente económico, quien mediante un mecanismo de cobro de prima, cancelará los gastos de atención de la salud.

Éste riesgo dependerá de la edad y enfermedades preexistentes de cada individuo. Por ello, el mercado asegurador tendrá preferencia por aquellos individuos con menor probabilidad de enfermarse, evitando los individuos con alto riesgo de necesidad de atención médica. De esta manera, la aseguradora estaría incentivada a asegurar sólo aquellas personas de bajo riesgo, cuyos costos esperados son inferiores a la prima pagada.

Pero, si las personas saben más sobre sus riesgos de salud que la aseguradora, aparece lo que se conoce como el **riesgo moral**. Para los individuos de alto riesgo es más atractivo contratar buenas pólizas, que para los de bajo riesgo, éstos tratarán de contratar pólizas con menos cobertura. Dada la incertidumbre asociada a la determinación del grado de riesgo de las personas, las aseguradoras cobrarán primas en promedios más altas, las cuales son atractivas para las personas de elevado riesgo.

Nuevamente, es necesaria la intervención del Estado para corregir estas fallas del mercado. El Estado deberá establecer regulaciones, obligando a las aseguradoras de la salud a ofrecer un plan mínimo de prestaciones, así como a no permitir exclusión por diferenciación de riesgos. Así el Estado corregirá las inequidades, inducirá a la igualdad en la prestación de la salud y desmontará los monopolios de la salud. Estos problemas que se originan en el mercado de los seguros médicos favorecen la existencia de un sistema de aseguramiento de salud pública universal.

Por su parte, los médicos o los organismos prestadores de atención médica, pueden influir en los asegurados (enfermos) a demandar servicios asistenciales adicionales, no necesarios para la completa restitución de la salud, induciéndolos a usar un mayor servicio y, por supuesto, mayores costos, ya que ninguno de los dos es el pagador de ese servicio. Así, el consumidor confía sus decisiones de consumo de atención médica a un agente mejor informado que él.. Este caso es conocido como **relación de agencia**.



En conclusión, es necesario corregir las deficiencias del mercado, así como las de cobertura y equidad; mejorar la asignación y distribución de los recursos, reducir al mínimo la segregación social y la exclusión, fortalecer la capacitación de los recursos humanos, reforzar los sistemas de información, atender los cambios demográficos y epidemiológicos, alcanzar y garantizar un óptimo en la atención de la salud de la población y mejorar la calidad de vida.

Por todo ello se hace inevitable la intervención del Estado y la principal justificación para la participación de éste como ente regulador y proveedor de servicios de la salud, es que cualquier persona tiene derecho al beneficio de la salud, independientemente de su condición social o ingreso. También, es necesaria la intervención del Estado con la finalidad de lograr que la cantidad necesaria de cuidado sea provista y dirigida a las personas adecuadas y de espaciar su financiamiento eficientemente, para favorecer la solidaridad en el sistema.

El Estado venezolano debe asumir la responsabilidad rectora del sector salud, a fin de garantizar que los servicios de atención de salud sean de calidad y atiendan a toda la población venezolana, ésto es un deber indelegable del Estado. En consecuencia, es obligatorio reformar el Sistema de Salud venezolano.

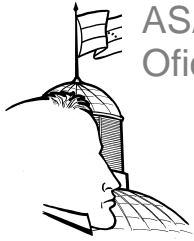
Reformar el Sistema de Salud pasa por garantizar a cada venezolano un nivel adecuado de atención de salud, a ser un sistema solidario, a resolver los problemas de eficacia y equidad del gasto social, a mejorar el nivel de cobertura, a asegurar la inclusión social, a organizar el sistema de atención y de distribución de los recursos de una manera óptima.

2. MARCO CONSTITUCIONAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en 1999, consagra grandes responsabilidades estatales en materia social. Estas deberán ser asumida por un Estado planificador con activa participación de la sociedad civil, debiendo la comunidad organizada participar en la toma de decisiones.

En tal sentido, varios artículos de la nueva Constitución señalan la obligatoriedad por parte del Estado de garantizar, entre otros, la salud como derecho social fundamental. Para ello el Estado impulsará y desarrollará un Sistema Público Nacional de Salud. Éste estará integrado al Sistema de Seguridad Social y se regirá por los principios de gratuidad, universalidad, equidad y solidaridad. Así mismo, la prioridad del Sistema Público Nacional de Salud se centrará en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, de modo que será un sistema donde lo preventivo se anteponga a lo curativo, rompiendo de esta manera con el viejo esquema de atención, donde lo curativo prevalece sobre lo preventivo.

La universalidad garantizará a todas las personas protección sanitaria en cantidades y calidades suficientes para asegurarles un bienestar básico. Como principio ético, no existirá exclusión por niveles de ingreso, género, relación laboral, salud, etc.



La solidaridad asegura la participación de todos según la capacidad económica de cada persona. De esta manera, mediante el aporte económico obligatorio, los que tengan más financiarán a los que tengan menos o no tengan nada. La solidaridad puede establecerse a través del gasto público mediante impuestos, tantos directos como indirectos, o mediante aportes específicos.

El Estado velará por el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud mediante un presupuesto que le permita cumplir los objetivos máximos de la protección sanitaria a toda la población.

El mandato Constitucional es inaplazable, en consecuencia es necesario reformar el sistema de seguridad social y con éste el de salud. Para cambiar el sistema de seguridad social debemos considerar, entre otras, el envejecimiento de la población, la disminución de la tasa de natalidad, el creciente sector informal, el desempleo, la globalización de la economía, la credibilidad en los sistemas de protección social y el alto costo que significa para el Gobierno cambiar de sistema.

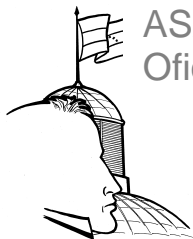
Otro aspecto que no debe dejarse de lado es el incremento de la esperanza de vida de la población. Ahora las personas disfrutan de una vida más larga. Esto se debe, principalmente, a los adelantos tecnológicos y al desarrollo de los recursos humanos. Pero, el aumento de la esperanza de vida conduce a que el período no activo de la población sea más largo, y en consecuencia, las necesidades de servicios de salud deberán aumentar y con ellos los costos de la misma. No obstante, le corresponderá al sistema de salud garantizar un bienestar básico.

3. PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE SALUD

El Proyecto de Ley Orgánica de Salud consagra en su primera parte el derecho a la salud como derecho constitucional, un derecho social, un derecho humano y un derecho a la vida. El objeto de la Ley es regular todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad. Así mismo, concibe la salud como el óptimo estado de bienestar social e individual, siendo ésta el resultado de un proceso colectivo de integración holista.

Para garantizar el derecho a la salud de toda la población, el Estado crea el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). Éste sistema se rige por los principios de universalidad, equidad, solidaridad, unicidad e integración social, gratuidad, participación, integralidad, pertenencia cultural y lingüística, calidad, eficacia y eficiencia. La gestión del sistema, de conformidad a lo establecido en la Constitución de la República, se regirá por los principios de solvencia y equilibrio fiscal. Además, el Sistema Público Nacional de Salud se organizará como parte integrante del Sistema de Seguridad Social.

Los planes de salud se elaborarán anualmente desde el ámbito municipal al nacional. Éstos planes de salud estarán a cargo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y sus Direcciones Estadales y Municipales. Para su elaboración contarán con la participación de la comunidad y deberán hacerse del conocimiento público en cada uno de los niveles de gobierno. De esta manera, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social recupera la rectoría del sector salud, rectoría que venía



perdiendo, limitando su injerencia en todo el proceso de planificación, definición y ejecución de una política nacional de salud.

El Sistema Público Nacional de Salud se organiza como un sistema intergubernamental bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Estará integrado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social, las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social y las Redes de Salud. La Red de Salud incluye hospitales, ambulatorios, centros de especialidades, maternidades, bancos de sangre y otros servicios públicos. En general, todos los establecimientos públicos de salud deben formar parte de la red.

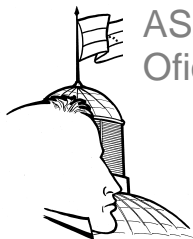
El Ministerio de Salud y Desarrollo Social definirá los criterios técnicos para la asignación y control de los recursos financieros al interior del Sistema Público Nacional de Salud.

Cada Entidad Federal contará con una Dirección Estatal de Salud y Desarrollo Social. Éstas ejecutan las políticas nacionales de salud, diseñan, ejecutan y evalúan los planes y programas estatales de salud, integran las fuentes de financiamiento, asignan los recursos provenientes de los niveles estatales y nacionales y prestan los servicios y programas de salud. Además, la Dirección Estatal de Salud y Desarrollo Social promoverá la transferencia de los servicios, programas y establecimientos de la salud hacia los municipios, parroquias y comunidades locales.

En el nivel estatal, el Sistema Público Nacional de Salud se organizará en municipios o mancomunidades de estos y deberá contar con una representación permanente de la comunidad. Las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social gestionan los servicios de promoción integral de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, saneamiento ambiental y establecimientos públicos de salud medicina anticipatorio y administra los recursos para tales fines.

El Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud plantea en su **Artículo 29** la posibilidad de contratar servicios de salud a establecimientos privados. Estos servicios se harán en los casos de inexistencia o deficiencia de servicios de la red pública de salud. Pero, en ningún caso la suma de la contratación superará el 10% del total del presupuesto para salud por nivel de gobierno. Se crearán baremos de acuerdo a criterios de eficacia y eficiencia.

Es inconveniente el establecimiento en la Ley del monto máximo de contratación, aunque este porcentaje puede aumentar mediante la aprobación expresa del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Una Ley se promulga para un tiempo considerablemente largo y la fijación del porcentaje puede estar sujeta a variaciones, ocasionando futuras reformas de la Ley. Además, la inexistencia o deficiencia de servicios de la red pública de salud podría requerir cantidades mayores a 10% del total del presupuesto para salud por nivel de gobierno, ocasionando trámites adicionales, lo cual podría traducirse en que la población no pueda tener derecho a la salud.



El baremos sí es conveniente, ya que éste regula el costo del acto médico, actúa como un instrumento regulatorio y evita conflictos entre el contratante, el receptor y el proveedor del servicio médico.

El **Artículo 30** establece la obligación por parte de los establecimientos privados que prestan servicios de emergencias en salud, atender a toda persona que se encuentre en situación que comprometa su vida.

El artículo no define criterios para los costos de estos servicios y no aclara como se pagarán estos montos, por parte de la Red de Salud. También, este artículo puede dar origen a **demandas derivadas o inducidas** (el médico efectivamente influye en la demanda de los servicios de salud) y **asimetría de información** (el paciente desconoce sus verdaderas necesidades de servicios de salud), incluso a **abuso tecnológico** (uso excesivo de tecnologías nuevas y costosas).

Además, este artículo obliga la atención por emergencia para todos los individuos. Pero, podría suceder que individuos con capacidad de pago utilicen este servicio privado gratuitamente, **efecto polizón**, con lo cual los costos de salud aumentarían e inducirían a una reforma de estos servicios, cercenando el derecho a la atención por emergencia a la población de bajos recursos o no poseedora de un seguro de atención de salud.

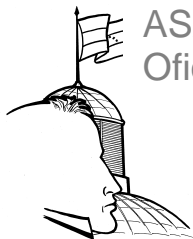
Al mismo tiempo, debido a las ineficiencias en los servicios públicos de salud actual, el artículo 30 puede dar origen a que se origine un desplazamiento de demanda del sector público al sector privado, ocasionando, dada la limitada capacidad de oferta de esas instituciones privadas, a un deterioro en la calidad de los servicios ofrecidos.

Es necesario diseñar los mecanismos de aplicación de este artículo para evitar los riesgos observados anteriormente. El estado debe ejercer la necesaria regulación para evitar cualquier trato discriminatorio. No obstante, se señala que el reglamento de esta Ley regulará esta disposición.

Por otra parte, el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud contempla todo lo relativo a la participación comunitaria, mecanismos y canales de participación, llegándose al caso de establecer un representante de la comunidad en todos los órganos de dirección de los establecimientos de la Red Pública de Salud.

Los servicios y programas de salud deben planificarse y administrarse en cooperación con las comunidades. Así mismo, en cada hospital, público o privado, deberá funcionar una oficina de orientación y reclamos.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social creará espacios de diálogo y concertación con la participación de instituciones y organizaciones con actividades que tienen efectos en la salud de la población. Así mismo, con la finalidad de garantizar el concurso de los distintos sectores en el



funcionamiento del Sistema Público Nacional se crean los consejos intersectoriales de salud, en los niveles nacionales, estatal y municipal.

Los servicios y programas prestados en el Sistema Público Nacional de Salud comprende la atención integral, la promoción y educación para la salud, la prevención de las enfermedades, los accidentes y discapacidades, la medicina anticipatoria, la restitución de la salud, la rehabilitación, el saneamiento ambiental, la vigilancia epidemiológica, la contraloría de salud colectiva, la atención en situaciones de catástrofes y emergencias de la salud, y la prevención y atención de riesgo en el trabajo.

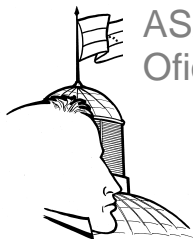
El **Artículo 51** hace énfasis en la promoción de la donación de sangre, órganos y tejidos. Las transfusiones de sangre son reguladas mediante el **Artículo 80**, donde se expresa de manera categórica la prohibición de la intermediación comercial y el lucro con sangre humana. No se señalan condenas penales para los infractores. Sin embargo, se señala en el **Artículo 81** que una ley especial regirá todas estas actividades. En cuanto a la donación y recepción de órganos y tejidos, el **Artículo 173** prohíbe las transacciones comerciales con órganos o materiales anatómicos humanos. No se señalan condenas penales para los infractores.

Este conjunto de artículos no ha tomado en cuenta el lucrativo negocio de partes humanas. Estas pueden ser compradas en Internet. Por ejemplo, en www.skullsun-limited.com, pueden comprarse esqueletos; en www.global-espos.com/fossil-minerallin-ks.html, comercian cráneos; y partes humanas en <http://news.bbc.co.uk/hi/english/health/inewsid>. Las clínicas de aborto comercializan partes vivas de fetos. Los proveedores de partes humanas almacenan cordones umbilicales, óvulos, viales de semen, etc. Incluso en galerías y museos de arte se han usado partes humanas, llegando a elaborar pinturas con sangre menstrual y dibujos con sangre seropositiva para VIH.

Por otra parte, el Sistema Público Nacional de Salud tomará las medidas necesarias para prevenir enfermedades, accidentes y discapacidades. Para tal fin desarrollará la medicina anticipatoria dirigida al diagnóstico precoz de las enfermedades, discapacidades y factores de riesgo para la salud por medio de la Red Pública de Salud.

Además, el Sistema Público Nacional de Salud proporcionará servicios de restitución de la salud de carácter general y especializado, establecerá acciones de rehabilitación integral y atenderá enfermedades y accidentes ocupacionales. Los desastres también son materia de atención del Sistema Público Nacional de Salud.

Otra competencia del Sistema Público Nacional de Salud es la Contraloría de Salud Colectiva. Ésta comprende el registro, análisis, inspección, vigilancia y control sobre los procesos de producción, almacenamiento, comercialización, transporte y expendio de bienes de uso y consumo humano y sobre equipos, materiales, establecimiento e industrias destinadas a actividades relacionadas con la salud.



Los productos farmacéuticos y afines serán regulados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Los equipos e instrumentos; prótesis, órtesis y ayudas funcionales, agentes de diagnósticos, insumos de uso odontológico, desinfectantes y cualquier otro material para la salud deberán reunir la calidad y requisitos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para que no se arriesgue la salud de los pacientes, ni de los profesionales o técnicos que lo utilicen o manejen.

Corresponderá al Ministerio de Salud y Desarrollo Social ejercer la vigilancia, regulación, fiscalización y control de la práctica de los profesionales y técnicos de la salud. Además, deberá regular y controlar a los establecimientos, públicos y privados, que prestan servicios de salud.

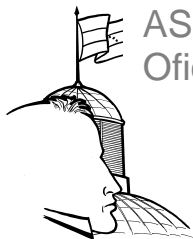
Los establecimientos privados prestadores de servicios de salud son los hospitales, ambulatorios, servicios odontológicos, centros de especialidades, maternidades, clínicas, policlínicas, dispensarios, hogares de ancianos, casas de reposo, establecimiento de ópticas, laboratorios de salud, bancos de sangre, de tejidos y órganos, instituciones de fisioterapia y psicoterapia, centros de diagnóstico, droguerías, laboratorios, establecimientos farmacéuticos, orfanatos, centros de tratamiento y centros médicos de especialidad, centro de cosmetología, ambulancias y otros servicios dotados de los recursos necesarios para cumplir sus fines de atención a la salud.

A objeto de adecuarlos a los requerimientos del Sistema Público Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Superintendencia de Seguros revisará los planes de salud financiados o prestados por compañías de seguros, empresas de medicina prepagada, terceros administradores, cooperativas de salud y similares. Así mismo, regularán y supervisarán el funcionamiento de las empresas de medicina prepagada.

En el **Artículo 124** se establece la creación del Sistema Nacional de Información en Salud. Éste es un sistema de información y registro, contará con estadísticas epidemiológicas, grupos afectados por la violencia, programas y servicios de salud, permisología sanitaria, costos y gastos, bancos de sangre, establecimientos públicos y privados de salud, personas con seguros privados, control de estupefacientes, recursos humanos de la salud, políticas de la salud y análisis estratégicos y predictivos.

La finalidad de este artículo es desarrollar el conocimiento sobre las condiciones sanitarias de la población y apoyar la asignación de recursos sobre criterios de eficacia y eficiencia.

El Sistema Nacional de Información en Salud será el ente encargado en la formación y formulación de indicadores de la situación de la salud, indicadores de desempeño para la asignación de los recursos para la atención y la utilización de los servicios. De esta manera, la distribución de los recursos se hará dependiendo de las características de la población y de las condiciones sanitarias de cada localidad, de su perfil epidemiológico, de sus particularidades demográficas, número de habitantes, etc. Así, los presupuestos destinados a la salud dejarán de ser históricos, los cuales reflejaban una profunda inequidad en la distribución, para convertirse en presupuesto dependiente del desempeño y de acuerdo a los planes de salud de cada región.



Además de depender del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ser único, mantener la información actualizada de cada nivel y de la Red Pública de Salud, el Sistema Nacional de Información en Salud deberá mantener una estrecha vinculación con el Sistema de Recaudación e Información de la Seguridad Social.

En cuanto a las fuentes de financiamiento, el **Artículo 130** establece que el financiamiento es solidario e integrado. Está constituido por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales, así como por las contribuciones de recursos financieros provenientes de otros subsistemas de la Seguridad Social, recursos provenientes de tarifas y los remanentes netos de capital, y otros (Situados Constitucionales, otras leyes nacionales, etc.). Es necesario hacer un estudio exhaustivo de los remanentes netos de capital para cuantificar la cantidad disponible de recursos que se podrán distribuir, no sólo a la salud, sino también, a la educación y a la seguridad social, según el artículo 86 de la Constitución.

El **Artículo 138** integra las fuentes de financiamiento. Al integrarse el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud, se elimina la fragmentación y dispersión de los recursos, contribuyendo a ampliar la cobertura de los servicios de atención de salud, en especial, a los grupos de menos recursos, grupos de la población que en la actualidad no tienen acceso o es mínimo a los servicios de salud, reconociendo de esta manera a la salud como un derecho social como lo establece la Constitución.

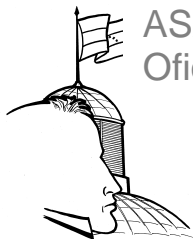
El **Artículo 131** establece la gratuidad del Sistema Público Nacional de Salud no permitiendo cobros directos en dinero, especies e insumos a las personas, por los programas y servicios de salud prestados por el sistema.

Al eliminarse el cobro directo en dinero, especies e insumos se eliminan los obstáculos de acceso a la atención médica, en especial, a los grupos más pobres y vulnerables de la población venezolana. Se garantiza de esta manera los principios de universalidad y de solidaridad.

Por otra parte, a los recursos humanos del sector salud se le dedica el Título III del Proyecto de Ley Orgánica de Salud. Se recoge en este título la definición de trabajadores de la salud, los incentivos que aplicará el Sistema Público Nacional de Salud para promover la calidad y la eficiencia, estos serán normados bajo un reglamento, la formación, capacitación y actualización, deberes y derechos, falsificaciones de documentos y actos degradantes.

La investigación, docencia y gestión tecnológicas en salud, su relación con las Universidades Nacionales y los centros de investigación del país, así como los deberes y derechos de las personas y de los pueblos indígenas, también tiene varios capítulos en el Proyecto de Ley Orgánica de Salud.

El **Artículo 46**, junto con la **Disposición Transitoria Quinta** establecen por una parte, que las prestaciones de servicios de salud que sean financiados con recursos del Estado se realizarán exclusivamente a través del Sistema Público Nacional de Salud. Para ello se sustituirán



progresivamente los regímenes especiales en salud y los recursos de estos regímenes deberán integrarse progresivamente al Sistema Público Nacional de Salud.

Este artículo y esta disposición transitoria no establecen el límite máximo para esa sustitución progresiva. No debe olvidarse que estos regímenes especiales en salud son, en una gran mayoría, producto de actas convenio, de seguridad social, de otro enfoque doctrinario del funcionamiento de la salud. La eliminación, progresiva no será bien recibida por un grupo significativo de la población. Será necesario ofrecer ciertos incentivos a cambio de esta sustitución progresiva para evitar conflictos sociales. Además, es conveniente revisar la Constitución para evitar Amparos Constitucionales a la hora de poner en marcha esta Ley.

4. COMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE SALUD

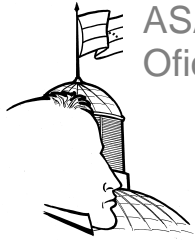
El Proyecto de Ley Orgánica de Salud establece un modelo único de salud pública, que integra a todas las instituciones de salud del Estado. El financiamiento de este nuevo sistema será fundamentalmente fiscal.

La nueva reforma plantea la sustitución del modelo segmentado vigente, por un nuevo sistema donde el Estado desempeñará las funciones de gestión, prestación y financiamiento del mismo. De esta manera se intentará eliminar los problemas de duplicidad de costos, inequidades y escasez asociados al modelo segmentado actual. No obstante, la capacidad fiscal necesaria para financiar este nuevo modelo determinará su sostenibilidad en el tiempo.

El Proyecto de Ley Orgánica de Salud representa un importante esfuerzo para mejorar las condiciones del sector salud venezolano, considerando los lineamientos delineados en la Constitución Nacional.

El sistema público de salud actual fija su atención en lo curativo, relegando otros elementos que influyen en la salud, tales como el medio ambiente, calidad de vida, ingreso familiar, educación, condiciones laborales, entre otros. Es un sistema centralizado, donde las comunidades no participan en la toma de decisiones de los planes de salud. Presenta una alta fragmentación de instituciones y de recursos, con organizaciones distintas dedicadas a prestar servicios médicos. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), por sólo citar dos, conviven en una misma región, de esta manera, se divide a la población y se restringe el acceso a los servicios de salud. El sistema ocasiona inequidad, mayores costos, ineficiencia de gestión y no satisface las necesidades de la población, en especial la de bajos recursos.

También, en algunas regiones, la población venezolana cuentan con mayores recursos para la atención médica. Esta desigual distribución de los recursos se origina por la forma de asignación



de estos a las Entidades Federales, sin importar, por ejemplo, número de habitantes de la región, perfil epidemiológico, índices de pobreza.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social ha venido perdiendo su rol rector del sistema de salud. Ello dificulta elaborar programas nacionales de salud, perfiles epidemiológicos adecuados de la población, sistemas de información. Al mismo tiempo, no se responde oportunamente a los problemas y necesidades de la salud de la población, no se planifica por resultados y metas.

En el Proyecto de Ley Orgánica de Salud actualmente en discusión, el Estado asume el rol protagónico que había dejado de cumplir, asumiendo las responsabilidades que la Constitución le asigna como órgano rector de la salud.

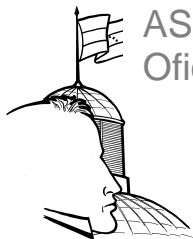
El Estado garantiza el derecho a la salud y para ello crea el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). Este sistema será único, con lo cual se elimina la alta fragmentación de instituciones dedicadas a prestar servicios médicos eliminando, de esta manera, los problemas de duplicidad de costos, inequidades y escasez asociados a los modelos segmentados vigentes.

Además, será descentralizado, para ello se organiza en un sistema intergubernamental, estableciendo competencias en los distintos niveles de gobierno, municipal, estatal y nacional, en busca de una mayor eficacia y eficiencia en la provisión de bienes públicos. De esta manera, los planes de salud se elaborarán anualmente desde el ámbito municipal al nacional.

El Sistema Público Nacional de Salud prestará atención a toda la población venezolana sin distinción alguna. Los establecimientos prestadores de servicios y programas de salud se organizarán bajo la modalidad de Red de Salud. Ésta garantizará accesibilidad a los programas de salud a cada persona o familia con un sistema nacional único de registro de datos, también, garantizará la participación comunitaria, la salud ambiental, las particularidades de edad, género y etnia.

La prevención de las enfermedades será prioritaria para los servicios y programas prestados por el Sistema Público Nacional de Salud, así como la atención integral, la promoción y educación para la salud individual y colectiva, los accidentes y discapacidades, la medicina anticipatoria, la restitución de la salud, la rehabilitación, el saneamiento ambiental, vigilancia epidemiológica, contraloría de salud colectiva, la atención de situaciones de catástrofes y emergencias de salud, y la prevención y atención de riesgos de trabajo. De esta manera se consideran todos los condicionantes de la salud de forma global.

Otro rasgo importante del Proyecto de Ley Orgánica de Salud es lo referente a la gratuidad de los servicios, cobro directo en dinero, especies e insumos. Éste elimina las barreras de acceso de la población a los establecimientos públicos de salud permitiendo la atención médica a la población de más bajos recursos. Se garantiza, de esta manera, los principios de universalidad y de solidaridad.



A diferencia del sistema público de salud actual, el Proyecto de Ley Orgánica de Salud contempla la asignación de los recursos financieros mediante criterios basados en el número de habitantes, indicadores epidemiológicos, situación socioeconómica, dispersión geográfica de la población, necesidades particulares de la salud, capacidad para generar recursos propios y la disponibilidad existente de servicios de salud. Además, se consideraran criterios de desempeño en el logro de los objetivos y metas de salud en cada región.

Otros aspectos nuevos en este Proyecto de Ley es la regulación a la atención de emergencias en establecimientos privados (Artículo 29), el reconocimiento a la diversidad de enfoques para el diagnóstico y terapéutica para la salud (Artículo 42), la prevención de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y el alcohol (Artículos 64-70), alianza estratégica con las universidades (Artículo 154), apego a las normas éticas (Artículo 159), derechos de las personas (Artículo 166).

La creación del Sistema Nacional de Información, permitirá manejar información contable y financiera, de costos y presupuesto de cada centro hospitalario. De esta manera se podrá medir el desempeño de cada uno de estos centros y se podrán comparar cual de estos presta un servicio de mayor calidad con el mismo gasto.

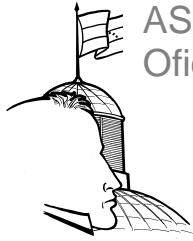
Bajo todos estos aspectos es indudable que el Proyecto de Ley Orgánica de Salud introduce cambios sustantivos con el propósito de aumentar la equidad, la universalidad, la solidaridad, la participación, la calidad, la eficacia y eficiencia del sistema de salud venezolano, logrando con ello satisfacer las necesidades de salud de la población.

5. SALUD Y DESCENTRALIZACIÓN

La inclusión de varios artículos, 7, 9, 13, 16, 22,33 y otros, en el Proyecto Ley de Salud referido a la elaboración, desde el ámbito municipal al nacional, de planes de salud para su área de competencia, de los órganos que conforman el Sistema Público Nacional de Salud, de las Direcciones Estadales y Municipales de Salud y Desarrollo Social, de la Red Pública de Salud y de los Mecanismos y Canales de Participación de las Organizaciones Comunitarias, entre otros, reconoce la importancia de los servicios de salud en las Entidades Federales y los Municipios.

Es oportuno señalar que la descentralización condujo a las transferencias de competencias y funciones desde el Gobierno central hacia los Gobiernos estadales y municipales, estableciendo competencias concurrentes. La salud se convirtió en la competencia concurrente que captó la mayor atención de los Estados.

Los ingresos de los Estados y Municipios en Venezuela pueden ser vistos en el siguiente cuadro:

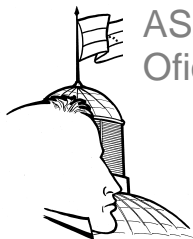


INGRESO DEL SECTOR GOBIERNO E INGRESO TERRITORIAL					
Millones de Bolívares					
	INGRESO SECTOR GOBIERNO	INGRESO ENTIDADES FEDERALES	% DE INGRESOS ENT. FED.	INGRESOS MUNICIPALES	% DE INGRESO MUNICIPAL
1989	286.403	37.196	12,99	12.005	4,19
1990	560.682	86.047	15,35	18.608	3,32
1991	669.775	110.492	16,50	29.438	4,40
1992	958.713	124.207	12,96	42.149	4,40
1993	1.100.718	156.858	14,25	62.487	5,68
1994	1.939.106	308.563	15,91	102.700	5,30
1995	2.921.452	457.229	15,65	167.854	5,75
1996	6.604.749	1.206.568	18,27	261.339	3,96
1997	10.985.447	2.506.904	22,16	536.828	4,89
1998	12.403.355	2.481.860	20,01	1.039.988	8,38
1999	13.495.339	2.423.939	17,96	1.229.811	9,11

Fuente: Carlos Mascaraño (Coordinador). Balance de la Descentralización en Venezuela:

Logros, Limitaciones y Perspectivas. 2000

Podemos apreciar que los ingresos de las Entidades Federales pasarán de ser 12,99% del presupuesto nacional en 1989 a convertirse en 17,96% en 1999. Similarmente, los ingresos de los Municipios pasan de representar el 4,19% del presupuesto nacional en el año 1989 a representar el 9,11% en 1999. En total, los ingresos de Estados y Municipios aumentaron en diez puntos en el lapso 1989-1999.



La estructura del gasto en salud de las Entidades Federales se muestra en el siguiente cuadro:

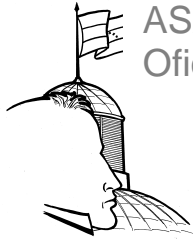
% GASTO EN SALUD	
ENTIDADES FEDERALES	
1989	8,51
1990	7,00
1991	8,53
1992	8,75
1993	8,94
1994	10,97
1995	14,06
1996	15,65
1997	11,39
1998	8,78
1999	19,20

Fuente: Carlos Mascaraño (Coordinador).

Balace de la Descentralización en Venezuela

Logros, Limitaciones y Perspectivas. 2000

No obstante, la ausencia de información estadística confiable que permita comparar los nuevos niveles de un servicio, no permite concluir definitivamente si el sector salud ha mejorado o no a partir de la descentralización. Además, no debemos olvidar las constantes crisis fiscales, económicas, sociales y políticas dadas en Venezuela durante los últimos años. Todo ello ha atentado contra la descentralización.



Tal como apunta M. González (1997), al evaluar el comportamiento de las Entidades Federales, tales como Aragua y Carabobo, que asumieron la descentralización tempranamente, se observa por ejemplo, un descenso sostenido y continuo de los índices de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal, materna y general.

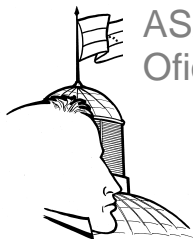
El siguiente cuadro resume la evolución de los indicadores de salud clave para los Estados Carabobo, Lara, Sucre y Zulia:

EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE SALUD					
	TASA DE MORTALIDAD				TASA
	INFANTIL	NEONATAL	POSTNEONATAL	MATERNA	NATALIDAD
CARABOBO					
1990	29,60	16,20	13,40	0,60	23,10
1994	24,30	14,10	10,30	0,60	21,80
1998	17,80	10,70	7,10	0,50	18,60
LARA					
1990	26,50	15,30	9,30	0,20	28,50
1994	18,40	12,60	8,30	0,10	24,8
1998	19,10	11,70	7,00	0,40	23,90
SUCRE					
1990	11,50	7,25	4,30	0,40	34,87
1994	12,30	7,16	5,20	0,50	30,38
1998	10,43	6,75	3,68	0,30	22,53
ZULIA					
1990	35,98	16,93	19,05	0,60	27,03
1994	33,60	16,32	17,28	0,70	26,49
1998	29,80	14,29	15,52	0,80	19,21

Fuente: Carlos Mascaraño (Coordinador). Balance de la Descentralización en Venezuela: Logros, Limitaciones y Perspectivas. 2000.

En necesario destacar que el Estado Carabobo a principios del año 1994 unificó los servicios de salud. Lara lo hizo a finales del año 1994. Sucre a mediados del año 1995 y Zulia a finales de ese mismo año, iniciando de esta manera el primer paso para introducir cambios institucionales.

Otro hecho a resaltar, entre otros, es la cantidad de consultas preventivas y curativas realizadas después de asumir la rectoría las Entidades Federales de los servicios de salud. En el estado Carabobo, por ejemplo, se incrementaron en un 70% entre los años 1994 y 1998; en el Estado Lara casi se triplica la cantidad.



No obstante, los pasivos laborales aún pendientes, no permiten aún gobernabilidad por parte de las autoridades regionales, ya que el conflicto por estos pasivos siempre estará presente, lo cual limita la acción de los Gobiernos regionales. También, atenta contra la descentralización los cambios de Gobierno y de política. Otra fragilidad del proceso de descentralización de los Servicios de Salud se encuentra en el mecanismo para las competencias concurrentes y los conflictos con el Gobierno central.

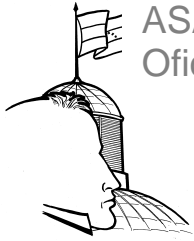
Además, los ingresos de las regiones, provienen de transferencias del Gobierno central, manteniendo de esta manera su dependencia de éste. Los ingresos propios para 1999 representaron 1,61% del total de ingresos de las regiones y para el año 1989 eran de 0,97%, lo que significa que no existe diferencia sustancial, respecto de los ingresos propios, antes y después de la descentralización. De esta manera, el esfuerzo fiscal de las regiones se aleja de una posible autonomía en sus ingresos.

6. EVALUACIÓN DE LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

A continuación se presenta la viabilidad financiera y el impacto fiscal de la implantación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). La base de esta evaluación será el trabajo Borrador para la Discusión: Informe Sobre la Reforma de la Ley de Salud, elaborado por la Oficina de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional.

El trabajo enumera una cierta cantidad de supuestos que le sirven de soporte para obtener las proyecciones hasta el año 2010. Los principales supuestos del modelo de estimación de ingresos y costos son:

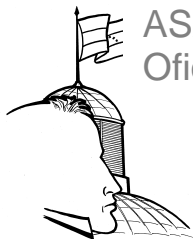
1. SUPUESTOS MACROECONÓMICOS: Se prevé un crecimiento real del PIB hasta el 2010, con tasa de desempleo, tipo de cambio e inflación compatibles con el mismo.
2. En el Mercado de Trabajo asume dos escenarios, uno conservador y otro optimista:
 - ESCENARIO I: Los salarios se mantienen constantes en términos reales, así como la proporción de la Población Económicamente Activa (PEA) en el sector informal (55,46% en el año 2000).
 - ESCENARIO II: Los salarios reales se incrementan en una fracción de la variación del PIB real. El tamaño del sector informal en la economía se reduce gradualmente para alcanzar 43,7% de la PEA en el año 2010, como resultado de una aplicación exitosa de políticas de empleo y salario por parte del Estado.
3. El tamaño del sector informal de la economía afecta al modelo a través del monto aportado por los cotizantes al subsistema de salud. Se asume que los trabajadores informales no contribuyen al sistema.



4. La distribución del ingreso permanece constante, y por tanto se supone que el salario medio de cotización de la seguridad social se mantiene en 1,7 salarios mínimos. De acuerdo con el BCV, el salario medio ha oscilado entre 1,7 y 2,3 salarios mínimos en los últimos 15 años, mientras que el salario medio de cotización entre 1988-1998 se ha ubicado en 1,5 salarios mínimos (Reforma de la Seguridad Social, Cooperación Técnica Alemana, 1998).
5. Las variables demográficas empleadas están basadas en las proyecciones de población de OCEI, donde el envejecimiento de la población se traducirá en costos mayores para el sistema, puesto que los costos de restitución y rehabilitación de salud son más altos cuando se atiende a personas de mayor edad (la probabilidad de caer enfermo aumenta con el envejecimiento).
6. Los ingresos, para financiar el Sistema Público Nacional de Salud, diferentes de los aportes directos del Fisco Nacional o de los Estados y Municipios estarán conformados por:
 - Cotizaciones del 6,25% del salario del trabajador al subsistema de salud, correspondiendo un 4% al empleador y 2,25% al trabajador. De acuerdo con el Proyecto de Ley, se propone la eliminación progresiva de estos aportes, de esta manera, el SPNS será financiado enteramente con recursos fiscales. A partir del año 2006 la tasa de cotización se reduce en 0,5%, por lo que en el 2010 la tasa de cotización será de 3,75% del salario.

Apostando a los beneficios derivados de la gestión recaudadora y fiscalizadora del Servicio Autónomo de Recaudación e Información de la Seguridad Social (SARISS), se admite que la tasa efectiva de recaudación aumenta de los niveles actuales de 70% a un 78% en el 2010 (la recaudación promedio entre 1989-1991 fue de 67,9%).

- Recuperación de los costos de la Contraloría de Salud Colectiva: Se estima que se irán cubriendo progresivamente a partir del 2002, desde un 75% a un 90% en el 2010. Es decir, mientras se pone en marcha un esquema de recuperación de costos efectivos, la Contralorías continuará siendo financiada parcialmente con recursos públicos.
7. Las fuentes indirectas están conformadas por los aportes a los Fondos para Campañas Sanitarias y de Prevención de Accidentes de Tránsito realizados y administrados por las Compañías de Seguro. Estos fondos representan un ahorro para el SPNS:
 - 1% de la Prima de Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil de Vehículos para la Campaña de Prevención de Accidentes de Tránsito.
 - 0,5% de las Primas netas de Seguros de Salud para la Campaña de Educación Sanitaria.
 8. El Proyecto Ley establece que los fondos de los regímenes especiales de atención médica y de seguros de HCM privados serán incorporados progresivamente a las fuentes de



financiamiento del SPNS. No obstante, se supone que en el mediano plazo estos beneficios deberán mantenerse y por lo tanto representará erogaciones más que fuente de ingreso para el sistema.

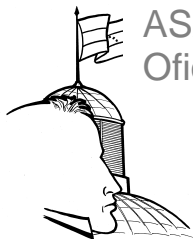
El siguiente cuadro resume los principales supuestos del modelo del lado de los ingresos:

FUENTES DE INGRESOS DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD			
FUENTES DE INGRESOS	2002	2006	2010
Salario Mínimo Promedio (Bs.)			
ESCENARIO I	190.156	307.063	377.667
ESCENARIO II	197.116	371.880	560.728
TASA DE COTIZACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD (%)	6,25%	5,75%	3,75%
TASA DE RECAUDACIÓN COTIZACIONES	70%	74%	78%
COBERTURA DE COSTOS DE CONTRALORÍA SANITARIA	75%	81%	87%
CAMPAÑA DE PREVENCIÓN ACCIDENTES VIALES (% Prima de Seguros RCV)	1%	1%	1%
CAMPAÑA EDUCACIÓN SANITARIA (% Primas Seguros Médicos)	0,50%	0,50%	0,50%

Fuente: OAEFAN

9. En cuanto a los gastos del SPNS, los costos unitarios en US \$ de provisión (materiales y suministros) de salud empleados fueron estimados para el año 2000 por Curcio (2000). Los costos se calcularon para las siguientes áreas de atención:

- Promoción y Educación para la Salud
- Prevención de Enfermedades y Medicina Anticipatoria
- Saneamiento ambiental



- Restitución de Salud
- Rehabilitación de Salud
- Enfermedades Catastróficas
- Banco de sangre

Hasta el año 2010 estos costos unitarios fueron proyectados como función del diferencial de inflación general e inflación sector salud, el cual se ubica alrededor de 4,4% anual en Venezuela y de 3,9% en los Estados Unidos¹.

El costo total en suministros y materiales del sector depende entonces de la población cubierta por área de atención y sus costos unitarios. La distribución por edades de la población, y por tanto el envejecimiento de la población se consideró en la proyección de costos totales para las áreas de restitución y rehabilitación de salud.

10. Los otros costos del sector comprenden gastos de personal (profesionales, administrativos y obreros), gastos administrativos, de inversión y otros. En los últimos tres años estos costos han representado aproximadamente un 63% del total, por lo que se supone que esta estructura del gasto se mantendrá en los años de la estimación.

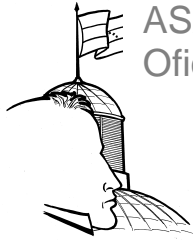
Los gastos de personal abarcan el 31,7% de los gastos totales, de los cuales el 46,7% corresponde al personal profesional y técnicos y el 53,3% al administrativo y obrero.

11. Es importante resaltar que la estimación no toma en cuenta una serie de gastos del sistema debido a la carencia de información disponible para su estimación, entre estos se tiene:

- Inversión en infraestructura de los establecimientos de salud.
- Inversión en equipos médicos o implantación de nuevas tecnologías.
- Gastos de puesta en marcha del Sistema Nacional de Información en Salud.
- Costos administrativos que se generan de las operaciones de afiliación, recaudación y distribución de las cotizaciones y aportes provenientes del Subsistema de Salud y del de Riesgos Laborales.
- Pasivos laborales del personal IVSS o del MSDS transferidos a las Gobernaciones.
- Reestructuración o liquidación del IVSS, en particular del Fondo de Asistencia Médica.

Es oportuno señalar la necesidad de estimar todos estos costos, de manera de obtener con mayor precisión los costos efectivos del sector. De modo que la presente estimación es, de alguna manera, subestimaciones de los costos reales del sistema.

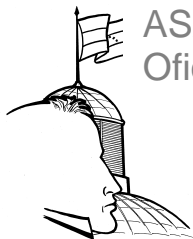
¹ La información sobre Venezuela, promedia los valores publicados por el BCV desde 1999 y para los Estados Unidos se promedia data de los tres últimos años, disponible en www.stats.bls.gov



Los principales resultados del ejercicio de estimación se presentan en el siguiente cuadro:

ESTIMACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
ESCENARIO I										
Salarios Reales y % Sector Informal / PEA constantes										
Fuentes de Ingresos	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	
Cotizaciones a la SS	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	
Otras Fuentes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Gastos	3,7%	3,8%	4,0%	4,2%	4,3%	4,5%	4,6%	4,7%	4,8%	
Materiales y Suministros	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	
Per. Profesional y Técnico	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	
Otro Personal	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	
Otros Gastos	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	
Déficit Salud/ PIB	-3,3%	-3,5%	-3,7%	-3,8%	-4,0%	-4,2%	-4,3%	-4,4%	-4,6%	
ESCENARIO II										
Salarios Reales crecientes y % Sector Informal / PEA decreciente										
Fuentes de Ingresos	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	
Cotizaciones a la SS	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	
Otras Fuentes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Gastos	3,7%	3,8%	4,0%	4,2%	4,3%	4,5%	4,6%	4,7%	4,8%	
Materiales y Suministros	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	
Per. Profesional y Técnico	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	
Otro Personal	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	
Otros Gastos	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	
Déficit Salud/ PIB	-3,3%	-3,4%	-3,6%	-3,7%	-3,9%	-4,0%	-4,1%	-4,3%	-4,4%	
Gasto HCM / PIB	0,4%	0,5%	0,6%	0,8%	1,0%	1,2%	1,4%	1,6%	1,7%	
(IPASME + FAN) / PIB	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	
	0,5%	0,6%	0,7%	0,9%	1,1%	1,2%	1,4%	1,6%	1,8%	

Se observa que el SPNS requerirá de aportes crecientes, desde 3,3 puntos porcentuales del PIB en el año 2002 hasta alcanzar el 4,6% en el 2010, en el escenario más conservador y 4,4% en el 2010 en el escenario optimista.



La tendencia creciente de los costos de funcionamiento del SPNS responde fundamentalmente al envejecimiento de la población y a las variaciones ascendentes de precios el sector. Por otro lado, la reducción de las cotizaciones al Subsistema de Salud representa mayores necesidades de financiamiento para el Fisco. Es importante recordar que esta estimación no incorpora mejoras en infraestructura diferente a las realizadas para mantener la actual; tampoco la implantación de nuevas tecnologías e implantación del Sistema Nacional de Información en Salud; ni los pasivos laborales resultantes de la reforma. La incorporación de estas variables podría incrementar en un 25% las necesidades financieras del SPNS.

La inclusión de los gastos de mantenimiento del IPASME y del IPSFA y los seguros de HCM aumentaría el déficit del 2002 al 2010 de 0,5% del PIB a 1,8%.

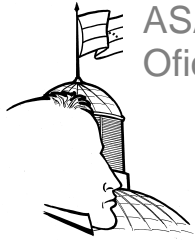
En un lapso de 10 años será posible observar mejoras importantes en la calidad de los servicios médicos públicos, resultado de la aplicación de criterios de desempeño y la definición de contratos de gestión en los establecimientos de salud, entonces podría iniciarse la eliminación de las pólizas de salud disponibles para los empleados públicos y los recursos destinados a ellas se transferirían al SPNS. Estos recursos ascenderían a 1,7% del PIB en el 2010. Mientras transcurre el período de transición, el mantenimiento de los seguros médicos de los empleados públicos le costaría al Fisco entre 0,4% y el 1,7% del PIB².

Es importante destacar que a pesar de la utilidad de la estimación del nivel de gasto requerido en el SPNS como indicador de los esfuerzos fiscales que deberá realizar el Fisco para su mantenimiento, ésta variable no refleja la eficiencia del gasto. Una aproximación a esta variable puede obtenerse a través del PIB en salud. La medición del PIB en salud se realiza en unidades de producción, por lo que se refiere sólo al gasto productivo.

Para finalizar, la estimación demuestra que la implantación del SPNS demandará niveles más altos de aportes fiscales para el mantenimiento del mismo y de importantes acciones tendientes a hacer más eficiente su uso. Por lo tanto, la viabilidad financiera de este proyecto dependerá de la capacidad del estado de generar los recursos necesarios (por ejemplo, a través del mejoramiento de la recaudación fiscal) y de implantar mecanismos de regulación y control que promuevan la eficiencia.

El siguiente cuadro muestra el Déficit Total en el Sector Salud como porcentaje del PIB en el período 2002-2010:

² A partir de la nomina de empleados públicos y la prima media por seguro médico de 2000, el modelo estima para el año 2010, una nomina del sector público de 2,1 millones de personas y primas crecientes ajustadas de acuerdo a la inflación total.



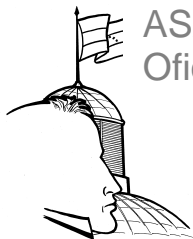
DÉFICIT DEL SECTOR SALUD. % DEL PIB									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
DÉFICIT SALUD									
ESCENARIO I	-3,3%	-3,5%	-3,7%	-3,8%	-4,0%	-4,2%	-4,3%	-4,4%	-4,6%
ESCENARIO II	-3,3%	-3,4%	-3,6%	-3,7%	-3,9%	-4,0%	-4,1%	-4,3%	-4,4%
HCM+IPASME+FAN	0,5%	0,6%	0,7%	0,9%	1,1%	1,2%	1,4%	1,6%	1,8%
TOTAL DÉFICIT									
ESCENARIO I	-3,8%	-4,0%	-4,4%	-4,7%	-5,0%	-5,4%	-5,7%	-6,1%	-6,3%
ESCENARIO II	-3,7%	-4,0%	-4,3%	-4,6%	-4,9%	-5,2%	-5,6%	-5,9%	-6,2%

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Proyecto de Ley Orgánica de Salud prevé un nuevo concepto de los servicios de salud. Lo organiza como un sistema único, financiado con recursos públicos, de atención gratuita a todos los venezolanos. La meta es conformar un sistema de calidad, que promueva la equidad en el servicio y el uso eficiente de los recursos.

Es importante subrayar, que se requiere, para la implementación de un nuevo sistema de salud, de una rigurosa definición de parámetros de calidad y técnicas de medirlos, así como mecanismos de incentivos para su funcionamiento. Debe definirse, también, metas a corto y largo plazo, con un plan de trabajo que permita su control, ya que instrumentar el nuevo sistema llevará varios años.

En este caso, la visión de largo plazo del proceso de implementación del nuevo sistema de salud debe mantenerse para asegurar su continuidad, para implantar mecanismos de asignación de recursos basados en el desempeño de las instituciones, para promover servicio público de salud de alta calidad.



Es necesario, para la sostenibilidad en el tiempo del nuevo sistema, garantizar la capacidad fiscal para financiarlo y la existencia de un adecuado marco institucional que garantice la necesaria coordinación a escala intergubernamental y transferencias de competencias.

Al hacer al sector privado copartícipe del proceso de reforma e involucrar a la comunidad, introduce criterios de eficacia, eficiencia y equidad.

Los problemas que se generan en los mercados de seguros médicos obligan a la existencia de un sistema de aseguramiento en salud público universal, en el cual los problemas de selección adversa y entrada selectiva se resuelven.

La regulación de los servicios del sector salud debe establecer parámetros y esquemas a los costos, acceso, tarifas y calidad de los servicios. Debe contar, además, con una capacidad de supervisión y sanción eficaz a los infractores. Para de esta manera disminuir las dificultades que enfrentan los consumidores. De allí la necesidad de un marco regulatorio en el sector salud.

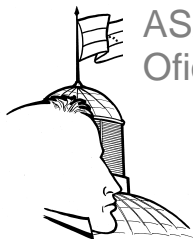
También, es oportuno señalar, la necesidad de administrar los recursos públicos de manera óptima. Por ello se deben introducir determinadas técnicas utilizadas en la administración privada que ayuden a incrementar la eficiencia, economía y eficacia en la administración de los recursos públicos en el proceso de prestación de servicios de salud.

Es importante, además, que el consumidor demandante de los servicios de salud entienda que los servicios de salud, a pesar de ser gratuitos en este nuevo sistema, su precio no es cero. La gratuidad, en este caso, puede hacer que el beneficiario actúe como si los servicios de salud no tienen costos. Es necesario que el Gobierno establezca algunas medidas que ayuden a racionalizar la demanda de los servicios de salud y que estas puedan ser interpretadas por los beneficiarios como costos. De esta forma se evitará un exceso de demanda y que los recursos no sean asignados eficientemente.

Una ventaja para apoyar la participación del Estado en la provisión de salud es la existencia de economías de escala en la provisión de ciertos cuidados de salud: campañas de vacunación, uso más eficiente de los recursos, reducción de la capacidad ociosa resultado de la existencia de múltiples proveedores de servicios.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social y no el Colegio de Médicos, asume el manejo y expedición de los Certificados Médicos para Conducir, imponiendo un costo a éste de hasta 0,5 unidades tributarias. Es necesario revisar la competencia del estado en la expedición de certificados médicos, así como el costo del mismo, ya que este dependerá de la tecnología empleada.

Por otra parte, se imponen mayores limitaciones a la publicidad de cigarrillos y al alcohol, en atención a su relevancia tanto a la salud individual como a la salud colectiva.



Desde el punto de vista fiscal, la sostenibilidad del nuevo sistema de salud, exigirá de un mínimo de recursos para el mantenimiento de la oferta de servicios y su calidad. El gasto público en salud demandará de al menos 3,3% del PIB. El Estado deberá realizar esfuerzos significativos en las finanzas públicas para aumentar los ingresos tributarios.

Finalmente, esta reforma deberá hacer más eficiente el uso del gasto público en salud a través de la implementación de contratos de gestión e indicadores de desempeño en los centros de atención médica. Deberá aportar mayores recursos para garantizar el equipamiento, infraestructura y formación de recursos humanos que permitan garantizar una atención de alta calidad de acuerdo a patrones internacionales. Se obligará a promover la descentralización, transfiriendo competencias y recursos a las regiones de una manera organizada y diligente.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud. Comisión Presidencial de Seguridad Social. 2001.
- Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales. MSDS. Varios años.
- Anuario de Mortalidad. MSDA. 1999.
- Bello Alexis. Mercado de Partes Humanas. El Universal, 08 de Abril de 2001.
- Curcio Pasqualina. Costos del Sistema Público Nacional de Salud. Comisión Presidencial de Seguridad Social, Sub-Comisión de Salud. 2000.
- González, M. Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela. (1990-1996). Una Aproximación Inicial. Informe final, BID/Proyecto Salud/MSAS, Caracas, 1997.
- Mascareño Carlos (Coordinador). Balance de la Descentralización en Venezuela: Logros, Limitaciones y Perspectivas. PNUD/CND/Nueva Sociedad, 2000.
- Oficina de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional. Informe Sobre la Reforma a la Ley de Salud. Borrador para la Revisión y Discusión. Marzo 2001.
- OCEI. Anuario Estadístico de Venezuela. Varios años.
- Organización Panamericana de Salud. La Salud en Las Américas, 1998.
- Stiglitz, J. E. La Economía del Sector Público. 2da. Edición. Antoni Bosch Editor. Barcelona 1988.