

B.2 Derecho a la salud

Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ello.

Artículo 76 de la Constitución de la República de Venezuela

El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud de todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza.

Artículo 3 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

La salud en terapia intensiva

El sector salud presenta una profundización de las tendencias mostradas en años anteriores, es decir, un considerable recorte presupuestario que impide que se lleven a cabo reformas que mejoren la calidad del servicio: existencia de enfermedades erradicadas en el pasado, elevado costo de los medicamentos, hospitales en pésimas condiciones con tendencia a la privatización, entre otras. En definitiva, el cuadro remite a una limitación cada vez mayor de la posibilidad de acceder efectivamente a este derecho por parte de la mayoría de la población.

En estos últimos cinco años la agudización de la crisis económica ha producido, entre otras cosas, una disminución de los presupuestos destinados a importantes derechos sociales. El sector salud no ha estado exento de esta medida, que en muchos de los casos lleva a la privatización de importantes servicios y centros asistenciales, siguiendo los patrones de la política de ajuste estructural que implementa el Ejecutivo Nacional.

Los mismos representantes de entes oficiales han llegado a afirmar que el deterioro que sufren tanto el área de salud como el de la alimentación, son producto de la política neoliberal. A juicio de

la Senadora Lolita Aniyar de Castro, Presidenta de la Comisión de Salud del Senado de la República, el neoliberalismo y la corrupción son los problemas más graves que confronta la salud en Venezuela: "...como cada problema tiene su causa, el de éste se puede encontrar en la corrupción y en el modelo económico que implementa el Estado", a esto añade "en países más liberales y desarrollados la salud nunca es tocada por el famoso modelo económico (...) el paquete se ha aplicado en Venezuela con tal dogmatismo que no escamoteó sus efectos sobre las áreas mencionadas"¹⁵¹.

Por su parte Aixa Chinchilla, directora de la Oficina del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Nutrición (SISVAN), afirmó que: "...el sector [alimentario] no puede estar sometido a los vaivenes del mercado, ni determinado por las corrientes economicistas que han imperado en los últimos tiempos."¹⁵²

Está visto que el Plan de Ajuste Estructural afecta la garantía de los derechos sociales, ya que los considera no como una responsabilidad del Estado, sino como necesidades que deben ser satisfechas por la población de acuerdo a su situación económica y a su posición dentro de la

151 El Globo, 17.10.92

152 Economía Hoy, 15.09.93

sociedad. Este planteamiento es compartido por el Dr. Oscar Feo, Prof. de la Universidad de Carabobo, el cual afirma que, "*La concepción fundamental del neoliberalismo es que el bienestar social y la atención médica pertenecen al ámbito de lo privado, y que el Estado debe proporcionar asistencia mínima sólo a aquellos sectores de la población que fracasaron en satisfacer sus necesidades básicas*"¹⁵³.

Como consecuencia del mencionado modelo económico, surgen tendencias privatizadoras que se justifican con el reiterado argumento de la descapitalización de áreas como la salud, el progresivo desmejoramiento de hospitales y ambulatorios y la falta de recursos humanos y materiales. Basados en las justificaciones anteriores se busca deslastrar al Estado de sus responsabilidades en materia de salud; por ejemplo, cediendo progresivamente áreas operativas de los hospitales al sector privado, pretendiendo presentar "*las alternativas privatizadoras como única salida a la crisis del sector salud*."¹⁵⁴

En la práctica esta situación ha determinado la conducta de la población de las siguientes maneras:

- 1.- La población que vive en mejores condiciones y que percibe altos ingresos resuelve sus carencias de salud bajo una estrecha relación "*individuo-iniciativa privada*", privilegiando su atención en el sector privado.
- 2.- Los sectores medios complementan los servicios públicos existentes y los problemas de salud mediante la adquisición de pólizas de seguros, que garantizan la hospitalización, la cirugía y la maternidad.
- 3.- La mayoría de la población (sectores medios, pobres o indigentes) recurre a los servicios públicos y a centros, organizaciones y fundaciones con carácter benéfico.

Por otra parte, en el sistema de salud venezolano, se evidencia un encarecimiento de los servicios privados y de los medicamentos, constatándose según los Índices de Precio al Consumidor, suministrados por la OCEI, que para el primer semestre de 1993 "*...los servicios del sector salud que agrupan los precios de las medicinas, los servicios médicos y paramédicos, la atención hospitalaria y todo lo que se refiere a aparatos, equipos terapéuticos y seguros, alcanzaron el 47.1% de inflación*", destacándose que "*solamente en la región centro-occidental la inflación en el sector salud alcanzó el 65%*"¹⁵⁵.

Asimismo se constata que existe una baja atención y promoción de la actividad preventiva, frente a un incremento de políticas de salud orientadas básicamente a lo curativo, que superan en más del doble al número de consultas preventivas, produciéndose además funciones sobrepuestas entre servicios ambulatorios y hospitalarios.

La mayoría de los problemas se agudizan debido a la deficiencia en la gerencia y administración hospitalaria caracterizada, entre otros aspectos por: deterioro de la planta física, incapacidad de dotación y suministros de materiales e insumos, atención médica poco eficiente y de alto costo social, lo que supone períodos de estancia hospitalaria excesivamente largos, (especialmente en cirugía) y el congestionamiento de los centros hospitalarios.

Son frecuentes la pérdida de material e insumos médico-quirúrgicos, lo que se agrava por la obsolescencia, deterioro y subempleo de equipos, todo ello acompañado del agotamiento de los sistemas de mantenimiento preventivo y correctivo tanto para la estructura física como para los equipos.

Existen indicadores poco confiables que reflejan la ineficiencia de los servicios públicos de salud, y la debilidad en los sistemas de información estadísticos, como tasas de infección hospitalarias, desnutrición, mortalidad específica por edad y ajustada por servicios, promedio de permanencia, intervalo de sustitución, etc.

El sistema de selección y formación de personal y la baja remuneración de médicos, enfermeras, empleados administrativos y obreros son fuente de confrontación, lo cual se traduce en prolongados conflictos laborales que afectan la prestación de servicios de salud a la población.

En cuanto a este último aspecto, cabe señalar que existe en Venezuela y en especial en las áreas

153 FEO, Oscar. Ideas para un Diagnóstico de la Situación de Salud en Venezuela. Caracas, Cuadernos del ILDIS, 1992, pág.14-15

154 FEO, Oscar. Op. cit, pág.15

155 El Nacional, 06.09.93

rurales, insuficiencia de personal calificado en algunas especialidades, como personal médico, ingenieros, economistas, administradores, enfermeras, sanitarias, etc. Toda esta situación se agrava por la disminución del 54,2% del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) para actividades de establecimientos hospitalarios y no hospitalarios entre los años 1980 y 1990.

Principales indicadores de la situación de la salud

El análisis de los indicadores existentes permite medir los efectos de las medidas económicas en la salud, así como el cumplimiento de las responsabilidades del Estado en esta materia. Igualmente pone en evidencia el deterioro que en este sector, al igual que el alimentario, viene experimentando en los últimos diez años.

La reversión de la tendencia positiva constatable hasta finales de los años setenta se asocia directamente con el proceso de expansión de la pobreza y el conjunto de carencias sanitarias, alimentarias y educativas que el mismo conlleva, así como la crisis del modelo hospitalario-curativo adoptado por el Estado en las últimas décadas como eje de la política sanitaria.

Morbilidad

En un estudio realizado por la Dirección de Epidemiología y Programas del MSAS para el año 1991, se destaca que la morbilidad presenta un estado muy similar a la de los últimos dos años, con predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias (22,3%) y del aparato respiratorio¹⁵⁶.

Las causas más frecuentes de enfermedad y la forma en que afectaron a la población se describen a continuación.

Las diarreas afectaron mayormente a la población infantil especialmente a los menores de un año, siendo la primera causa de enfermedad en Venezuela para cuatro entidades federales: Distrito Federal, Bolívar, Delta Amacuro y Zulia. De las enfermedades del aparato respiratorio, el 77% corresponde a las sujetas al Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en el grupo de población de 0-5 años.

Por último, no existe un patrón de carácter comunicacional y educativo en el ámbito de la salud, que permita emplear acciones para mantener informada a la colectividad sobre el acceso y funcionamiento de la red nacional de los servicios de salud y proveer el conocimiento sobre la prevención de enfermedades de mayor incidencia en el país.

El asma paulatinamente ha ganado posiciones y como motivo de consulta es la primera en los estados Lara y Sucre.

Los traumatismos y envenenamientos constituyen la tercera causa de morbilidad, en especial las heridas sufridas por accidentes, que ocupan la sexta posición. A pesar de dificultades en el sistema de información relativas a la clasificación del origen de los accidentes, se constata que un alto porcentaje se produce en el ámbito laboral, constituyéndose en un problema de salud pública que se debe abordar de manera más eficiente.

Las enfermedades del aparato circulatorio sugieren la necesidad de utilizar los ambulatorios del país en una intensa campaña rutinaria de promoción para la salud, que permita identificar los grupos de riesgo (hipertensos, fumadores, obesos y otros) en consulta con la comunidad. Sólo así se podría contribuir de alguna manera a disminuir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, que en nuestro país tienden a aumentar cada día en relación directa con el cambio que han sufrido, en el transcurso de los años, los patrones alimentarios, tabáquicos, de trabajo, y como consecuencia de la modernización de las grandes ciudades.

En relación a la piel y enfermedades del tejido subcutáneo, las dermatitis, las micosis y la piodermatitis han tenido un repunte en los últimos años, lo que tiene que ver en gran parte con causas asociadas con las pésimas condiciones de los servicios y a razones ambientales: falta de agua, contaminación, mal servicio de recolección de basura y hacinamiento.

Las principales enfermedades infecciosas y parasitarias, en orden decreciente, han sido: diarreas, virosis, helmintiasis, escabiosis, micosis superficial, amibiasis, paludismo, varicela (lechiana), intoxicación alimentaria y rubeola.

De igual modo se constata que la tasa de morbilidad en los estratos más pobres es cuatro veces mayor a la detectada en los estratos de mayores recursos.

El desarrollo infantil presenta deficiencias en maduración neurológica, alta proporción de niños con caries y altos déficits calóricos, de vitaminas y minerales.

Han recrudecido las enfermedades endémicas tradicionales, los casos de paludismo diagnosticados se incrementaron en un 51.8% entre 1987 y 1991 (de 17 mil 988 a 43 mil 454 casos); sin embargo, hay que destacar que en el año 1992, los casos bajaron en 22 mil aproximadamente, lo que equivale a un descenso cercano al 50% con respecto al año 1991.

Mortalidad

La mortalidad a causa de las enfermedades del corazón, cáncer y accidentes, se ha incrementado notablemente en los últimos años. Las enfermedades del corazón en 1989 tenían una tasa de 76,6 por 100 mil y en el año 1991 fue de 81,6; el cáncer de todo tipo tuvo en 1989, un incremento de 50.2 llegando en el año de 1991 a incrementarse en un 54.9 por 100 mil, y los accidentes sufrieron un incremento de 38.7% a 44.6% en los mismos años.

El comportamiento de la tasa de mortalidad infantil mostró un incremento desde el año 1988 de 22,7% a 24,9% en 1990, registrándose luego un descenso a 23,7% para el año 1991.

Entre las causas más frecuentes de mortalidad infantil se encuentran enfermedades como hipoxia, asfixia, enteritis y otras enfermedades diarreicas; anomalías congénitas, enfermedades del aparato respiratorio, lesiones y complicaciones debidas al partosepticemia, entre otras, algunas de las cuales son perfectamente previsibles.

Seguridad Alimentaria

El concepto de seguridad alimentaria "se refiere al subconsumo de alimentos y se diferencia de la desnutrición por ser ésta un estado físico y la primera un factor indicativo de los niveles de desnutrición que puede alcanzar la sociedad venezolana"¹⁵⁷. A juicio de la directora encargada del Instituto Nacional de Nutrición (INN), Anit de Bujanda, la inseguridad alimentaria ha alcanzado para este año niveles elevados. Esto se debe en gran medida a la apertura comercial, que significó importar alimentos con una baja en nutrientes y con alto costo económico, además de la baja producción nacional de alimentos que pueden cubrir las calorías necesarias que requiere el organismo. Se relaciona las importaciones con la inseguridad alimentaria, porque las mismas están ofreciendo a la población el consumo de calorías "vacías", es decir, que motivan al consumo exagerado de "azúcar y gaseosas las cuales aportan una energía de momento pero que luego generan problemas como diabetes, mal nutrición y obesidad"¹⁵⁸. Por el contrario, ha disminuido el consumo de vegetales y frutas que aportan importantes niveles de calorías¹⁵⁸.

Asimismo, la directora de la Oficina de Información del SISVAN declaró que "Estamos ante una situación de inseguridad alimentaria preocupante", puesto que el bajo consumo de calorías ha incidido en la desnutrición crónica específicamente en los estratos IV y V que representan el 80% de la población, lo cual se expresa en la variable talla-peso. Las personas que se encuentran en estos estratos, tienen "...siete centímetros de diferencia entre las clases I y IV. Eso implica que hay niveles de desnutrición crónica."¹⁵⁹

Este indicador de talla-peso se hace más palpable en la población menor de 15 años, la cual "...presentó un promedio nacional de déficit para 1991 de 13,7% (lo que de por sí es bajo), mientras que para el primer trimestre de 1992 fue de 12,8%. Los estados del país más afectados en esta materia son Barinas, Miranda, Zulia, Apure, Guárico, Carabobo, Cojedes, Amacuro y Portuguesa."¹⁶⁰

157 PROVEA: Informe Anual 1991-92, pág. 81

158 Economía Hoy, 15.09.93

159 Idem.

160 Idem.

En relación a los programas creados para solventar esta situación, contrario a lo que afirma el Ejecutivo Nacional, Anirt de Bujanda señaló que para 1992, "*Los montos de los programas, especialmente el de la beca alimentaria, no son suficientes. El deterioro de las condiciones de vida ha sido mucho mayor que la compensación de esos programas.*"¹⁶¹

Situación hospitalaria

La situación de los hospitales ha estado caracterizada por un progresivo deterioro que ha ocasionado en muchos de los casos el cierre temporal de importantes centros hospitalarios. Este deterioro se evidencia en la poca dotación de insumos de los hospitales. Por otro lado, se ha agudizado la falta de medicamentos y materiales quirúrgicos y así como la falta de mantenimiento a los equipos existentes y la debilidad de la infraestructura hospitalaria.

Las camas de hospitalización y obstetricia presentan un bajo rendimiento por tipo de hospitalización. Es así como en el año 1989, este indicador presentó un rendimiento por tipo de hospitalización de 80% por ocupación para los hospitales que se encuentran en los tipos III y IV; los del tipo II, 50 a 70 % y los del tipo I por debajo del 50 % por ocupación¹⁶². Aunque este indicador mide el comportamiento de la demanda y no refleja un índice de eficiencia, para el año 1993 se constata que muchos de los pacientes no han podido ingresar a algunos servicios hospitalarios por la falta de camas. En otros casos como el de las parturientas, éstas han tenido que compartir, tanto en la sala de parto como de rehabilitación la misma cama.

En este marco merece mención especial la situación vivida por los pacientes y enfermos renales que vieron con tristeza cerrar los centros de diálisis por la falta de insumos y medicamentos, situación que se agudizó por la resistencia del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) a garantizar el pago correspondiente por los equipos y materiales utilizados para realizar la diálisis, bajo el argumento de que no existía dinero para ello. Esto llevó a los enfermos que

tenían posibilidades económicas, a recurrir a centros de diálisis privados; la escasez de recursos de muchos pacientes, sin embargo, les limita el acceso a los servicios privados, con riesgos inminentes para sus vidas.

Costos de los medicamentos

A la problemática de la salud en Venezuela, hay que agregar el costo de los medicamentos que se han visto incrementados desde los últimos cuatro años en un 1923,22%. En 1989 un antihipertensivo costaba un promedio de Bs. 60,00; en 1993 cuesta Bs. 500,00, lo que significa un aumento del 933%; un anti-diabético en 1989 costaba Bs. 39,00 y en 1993 cuesta 990,00, es decir un aumento del 2.487%.

Entre 1982 y 1992 la inflación se incrementó en 738%, el bolívar se devaluó en 1240%, los alimentos aumentaron un 1330% y los medicamentos 1040%, hasta llegar al año 1993 con un 1923,22%.

La industria farmacéutica ha tenido un rápido crecimiento y goza de incentivos y protección. Su dinamismo es impulsado por factores tales como: elevada tasa de inversión, sustitución de importaciones de producción nacional, incremento de la productividad, incremento en la población y ampliación en la prestación de servicios médico-asistenciales. El rendimiento de la industria representa un 9% sobre el capital neto invertido lo cual se considera un buen rendimiento. No obstante, el enriquecimiento del sector contrasta con la ola especulativa que debe enfrentar el consumidor de medicamentos, ya que las protecciones brindadas a la industria no redundan en beneficio de la población.

La producción de medicamentos genéricos esenciales parecía una solución para disminuir o evitar el encarecimiento de los medicamentos. El Decreto No. 1764 de fecha 01.08.91, publicado en Gaceta Oficial No. 34.769 de fecha 05.08.91, ratificada el 21.04.91 y el 29.04.92 por el MSAS, incluye 150 medicamentos genéricos con diferentes presentaciones. Para la producción de genéricos se creó el laboratorio del MSAS en Las Adjuntas (Caracas), pero rápidamente agotó su

161 Idem.

162 Tipos de hospitales: Tipo I: ambulatorios; Tipo II: hospitales rurales; Tipo III: hospitales capitalinos de cirugía mayor; Tipo IV: hospitales de cirugía mayor e investigación.

capacidad de producción siendo que el 92% de los equipos instalados en dicho laboratorio sólo producen el 3.35% de las medicinas que adquiere el MSAS, trabajando en los últimos cinco años a un 10% de su capacidad instalada¹⁶³. Por su lado, los laboratorios privados produjeron algunos de ellos pero en cantidad reducida y sólo por poco tiempo; las farmacias populares (tres en Caracas), también agotaron su existencia rápidamente. Los laboratorios Protón y MCK continúan produciendo 34 de los medicamentos genéricos que están incluidos en la "canasta básica" creada para hacer accesibles los medicamentos a las clases populares; la diferencia en precio es aceptable.

Esta baja producción de medicamentos genéricos confirma que el programa se encuentra prácticamente paralizado, paralización que obedece a las siguientes razones:

- a.- Desconfianza del público y de los médicos hacia la calidad de los medicamentos.
- b.- Incomodidad de los nombres químicos para

recetarlos y al mismo tiempo el desconocimiento de los médicos.

- c.- Reducción de ganancias en farmacias y laboratorios en comparación a la aportada por los medicamentos de marcas.
- d.- Escasa producción por los laboratorios y agotamiento de los mismos en las farmacias, que tampoco las compraban al precio normal.
- e.- La fiscalización de farmacias tuvo un efecto relativo pues ninguna tenía cantidades de medicinas suficientes.
- f.- La concertación de laboratorios con el Gobierno no se realizó en la forma acordada.

Como lo afirma la Comisión de Salud del Senado a través de su presidenta Lolita Aniyar de Castro, "... no habrá posibilidades de éxito para el programa de genéricos mientras el MSAS no obligue a los laboratorios a producirlos y al resto de la cadena de comercialización a distribuirlos."¹⁶⁴

Análisis de las políticas oficiales

Prevenir en salud no genera ingresos

Llama la atención que las medidas preventivas dirigidas a evitar un mayor número de enfermedades, y en las cuales el Estado tiene la responsabilidad fundamental de diseñar campañas educativas y de vacunación, están fuera de todos los lineamientos oficiales dirigidos a superar la crisis del sector.

En ocasiones anteriores Provea ha afirmado que la salud en Venezuela carece de una adecuada política de prevención que permita, por medio de campañas de educación al usuario-paciente, no sólo prevenir enfermedades y evitar con ello el congestionamiento de los centros hospitalarios, sino guiar al paciente sobre el uso de la red nacional de salud.

La inexistencia de esta política preventiva ha producido, entre otras cosas, la reaparición de enfermedades ya erradicadas. Por otro lado, se han dejado de promocionar las campañas nacionales de vacunación con el agravante de que las

campañas educativas que se implementan no han sido del todo adecuadas, con lo que generan la pérdida de dinero. Este último planteamiento, ha sido ratificado por el Dr. Siso, integrante del grupo de médicos "*Colectivo de Salud*", quien afirma que "*Llama a la reflexión la cantidad de dinero que se ha invertido en campañas contra el cáncer de mama y de útero y sin embargo el número de muertes sigue siendo significativo. Cada ocho horas muere una mujer de cáncer uterino, lo que deja ver claramente que la única salida que tiene ésta situación es la restituir a las mujeres la condición de protagonista fundamental del esfuerzo preventivo.*"¹⁶⁵

A juicio de Oscar Mistle, coordinador de los Centros Comunitarios de Aprendizaje (CECO-DAP), el éxito de una prevención real y efectiva "*...exige un cambio de actitud y mentalidad política; mediante la cual se conciba el desarrollo y la modernización, como algo que va más allá de la recuperación económica, y que, necesariamente, debe traducirse en un mejor y mayor bienestar*

163 Panorama, 09.02.93

164 El Globo, 19.03.93

165 El Globo, 22.03.93

*social para la población más necesitada..."*¹⁶⁶

Por lo demás, con la falta de políticas preventivas se deja de cumplir con los principales postulados de la OMS y de la misma Ley del Sistema Nacional de Salud (LSNS) que enfatizan la importancia de la atención primaria en salud (política que posee un componente preventivo fundamental) que permita atender a los usuarios antes de que enfermen, a través de un control permanente de su salud. Es obvio que para lograr estos objetivos es necesario consolidar una infraestructura tanto logística como humana que no existe en la actualidad y que es posible prever que no existirá en el corto plazo, si se plantean soluciones para el sector que no inciden sobre este aspecto. En este sentido se puede afirmar que a pesar de la existencia de leyes que efectivamente contemplan la garantía del derecho a la salud, no existe la voluntad política para implementarlas.

Para muchos sectores de usuarios y los gremios de la salud, la prioridad ha sido luchar porque la LSNS se implemente en toda su magnitud, antes de iniciar otras posibles soluciones.

Sistema Nacional de Salud

El Congreso Nacional es partidario de la figura e instauración del Sistema Nacional de Salud (SNS), al igual que los gremios del sector. Sin embargo, la viabilidad técnica del SNS, sobre lo cual se hizo mención en nuestro Informe pasado, está dependiendo del reglamento adecuado que elimine aspectos desfavorables como la centralización en algunas áreas.

Esta visto entonces, que la viabilidad política del SNS depende de una acción del Estado que defina claramente los servicios que persiga, y que se decida a ejecutar acciones que favorezcan la participación de la mayor cantidad de sectores vinculados a la problemática de la salud y de los servicios (sindicatos, gremios de la salud, los sectores privados vinculados a la salud tales como la industria farmacéutica, servicios privados de atención médica, seguros privados de salud e industria técnico-médica).

Las medidas que en este sentido deberían tomarse apuntan en el siguiente sentido: finan-

ciamiento del sector salud integrado en un "*fondo único*" de estabilización del presupuesto para el SNS; adecuación práctica porcentual en los distintos sectores según las propias necesidades con prioridad en la atención primaria; implementación de reformas impositivas dirigidas al "*fondo único*"; acentuar los recursos gubernamentales destinados a la acción de crear salud; implantación de una política única de personal en salud que comprenda la educación continua, promoción, ingreso por concurso, estabilidad, número suficiente.

El Sistema Nacional de Salud, como su nombre lo indica, refiere a una unidad y organicidad en la que están claramente establecidas las competencias que corresponden al Poder Central; sin embargo, la forma en que se ha concretado la descentralización para este sector, es contraria a la misma LSNS en tanto producen transferencias de los servicios de salud y no una real descentralización de las funciones administrativas de los subsistemas. Tal y como lo establece la posición adoptada por los gremios del sector "*Lo que debe existir es una descentralización de funciones administrativas en los órganos regionales del Sistema Nacional de Salud, no la creación 'Ministerios Regionales de Salud' que permitirán privatizar la salud y el consecuente aumento de la burocracia. Sólo hay un Sistema Nacional de Salud, lo que está planteado es una regionalización del Sistema Nacional de Salud*"¹⁶⁷.

En todo caso Provea es del criterio de que la descentralización debe servir para generar una mayor participación de toda la colectividad en las regiones, garantizando el acceso de las mayorías a los servicios de salud y a su control y administración.

Descentralización

Para la Oficina Central de Coordinación y Planificación (CORDIPLAN), la descentralización debe ser el marco donde se formule la reforma del sector salud. Para este ente oficial, "*no se puede manejar todo desde Caracas, tenemos que ser más autónomos, cambiar los esquemas e incorporar al usuario en el cuidado de los servicios, como en el pago de los*

166 Idem.

167 El Nacional. 24.10.93

*mismos, de acuerdo a su poder adquisitivo*¹⁶⁸. Dicha reforma comprendería las siguientes propuestas:

- 1.- Separación entre las entidades prestadoras de los servicios de salud y las entidades normativas y financieras. Los niveles del Estado se reservan las funciones normativas y rectoras. Las unidades asistenciales, los recursos y el personal del MSAS y el IVSS se transfieren a las gobernaciones. Las funciones de prestación de servicios deben separarse de las funciones normativas a nivel estatal. Los servicios de salud tendrán autonomía administrativa y financiera.
- 2.- Universalización de la Seguridad Social a toda la población. El Seguro Social será obligatorio para toda la población trabajadora especializando los regímenes de filiación y cobertura de riesgos según las características de la población a cubrir. Serán mejorados y ampliados los sistemas de incentivos a la afiliación. Se fortalecerán los sistemas de control y supervisión sobre la afiliación y supervisión de la recaudación, con el fin de evitar mora por parte de los patronos, sector público y privado. Se aplicarán sanciones efectivas para patronos y trabajadores que incumplan con el Seguro Social.
- 3.- Vinculación del financiamiento de los servicios con la prestación efectiva de la atención en salud. Se creará un sistema de financiamiento a través de tarifas que regulen el pago de los costos por contraprestación de servicios a la población. El fondo de atención médica del IVSS financiará los servicios de salud prestados a la población asegurada. El MSAS transferirá los recursos financieros para el pago de los servicios de salud a las gobernaciones de los Estados y estas financiarán la atención prestada a la población no asegurada. Los niveles de organización del Estado, deberán acordar mecanismos para compensar desigualdades regionales. El financiamiento estará dirigido a cubrir un conjunto limitado de servicios de acuerdo a las condiciones impuestas por los en-

tes financieros. Estos deben incorporar tanto niveles simplificados de atención, como los más complejos. La Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público, contempla esos aspectos. Pero hará falta para realizarlos, la Ley para las Finanzas de la Descentralización.

Provea ha constatado que el proceso de la descentralización de los hospitales y centros ambulatorios, se ha operativizado a través de las llamadas **fundaciones**. Diversos organismos gubernamentales tales como: el Fondo de Inversiones de Venezuela (FIV), gobernaciones de los diferentes estados, MSAS e IVSS, han promovido de manera conjunta la conformación de fundaciones de carácter privado que se encarguen de la administración y operatividad de los centros de salud, en particular de los hospitales nacionales.

Esta gestión autónoma por parte de las fundaciones debe generar ingresos propios que garanticen una recuperación de fondos, lo cual se hará por la vía del cobro a aquellos usuarios que tengan capacidad económica para pagar por el servicio prestado.

Esta propuesta ha comenzado a ser aplicada, con la puesta en práctica del convenio suscrito por el FIV y la Gobernación del Distrito Federal, el cual se sustenta en un Decreto emitido por dicha Gobernación para garantizar la implementación del Proyecto de Autogestión, que permita que los programas de salud se lleven a cabo de manera coordinada entre organismos como el IVSS, MSAS, IPASME, FEDECAMARAS y las organizaciones gremiales y vecinales, participando todos en la gestión general de los servicios de salud¹⁶⁹. El gremio médico ante esta propuesta, señala que ponen en duda la posibilidad de lograr la independencia administrativa ya que no aceptarán lo previsto en el artículo 21 del decreto de fecha 24.01.93, el cual establece que, entre los ingresos que reciban los hospitales están aquellos que "*perciban por los servicios que presten*"¹⁷⁰ lo cual evidentemente pretende ubicar al hospital como una empresa con rentabilidad.

El hospital funcionaría entonces como una

168 CORDIPLAN. Estudio de los Barrios de Caracas. Caracas, 1989

169 Diario de Caracas, 24.01.93

170 Diario de Caracas, 26.01.93

unidad básica de presupuesto, con autonomía operativa y un enfoque meramente administrativo y presupuestario, implementándose un sistema de recuperación de fondos, que pondrá en peligro la gratuidad de los servicios, pues se establece expresamente el pago de los servicios a través del seguro social, seguros privados y las fundaciones¹⁷¹.

La implementación de tarifas para el usuario a través de la modalidad denominada "recuperación de costos" es, a juicio de Provea, un elemento que atenta seriamente contra el acceso y disfrute de este derecho ya que como lo establece el PNUD "La oferta gratuita de los servicios de primera necesidad brinda una mayor igualdad de oportunidades y atiende la responsabilidad que tiene todo gobierno de velar por los derechos humanos básicos de sus ciudadanos"¹⁷².

En este sentido, el Informe del Relator Especial de la ONU sobre la Realización de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirma que: "*La aplicación de tarifas a cargo del usuario puede hacer que algunos grupos más desfavorecidos dejen de recurrir al servicio y en algunos casos se ha demostrado que cuando se aplican tarifas a cargo del usuario se registra una disminución en la demanda de los servicios por parte de los pobres, en particular de los servicios de salud*"¹⁷³.

Finalmente el PNUD sugirió dos conclusiones fundamentales para la garantía del derecho a la salud y que tocan la responsabilidad del Estado, en materia de gratuidad de los servicios. "... c) el acceso a la atención médica primaria debe ser universal y gratuito; y d) los hogares de bajos ingresos y los niños menores de cinco años deben tener acceso gratuito a la atención hospitalaria"¹⁷⁴.

La negación de estos principios ha sido evidenciada en la práctica con el papel que han jugado las fundaciones en los hospitales nacionales. Ante el convenio que estableció la Gobernación del Distrito Federal con la Fundación "Amigos del Niño con Cáncer", para trasladarle en

comodato el servicio de oncología del Hospital de Niños J.M. de los Ríos, los médicos argumentaron que ésta práctica, es violatoria de la Ley del Ejercicio de la Medicina, el Código de Ética Médica y la Ley de Carrera Administrativa.

Provea considera que la implementación de este método de reorganización tendiente a privatizar y a instaurar el pago de los servicios, está orientada a deslastrar al Estado de la responsabilidad que tiene en esta materia.

Todos los hospitales pertenecen al patrimonio nacional, en consecuencia no pueden ser traspasados a entes privados, salvo que una ley especial emanada de las Cámaras legislativas así lo establezca. La protección del derecho a la salud que salvaguarda a todos los venezolanos y que está contemplada en el artículo 76 de la Constitución, no puede tener límites en cuanto al acceso de la mayoría por razones económicas y el Estado debe proveer los medios para garantizarla, como lo establece el mismo artículo.

Por otro lado, la descentralización no puede significar que el Estado traspase la propiedad nacional en calidad de comodato, ni a entidades federales ni a entes privados.

El Seguro Social

La situación del IVSS, ente encargado de asegurar y proteger la salud de todos los trabajadores, es actualmente de colapso en el orden económico, fundamentalmente por la administración viciosa de sus recursos, responsabilidad de sus propios directivos, los empresarios, el gobierno y hasta los mismos usuarios. El 22.08.89 el Decreto Presidencial No. 388 puso en marcha la primera tarea de reorganización administrativa, que dió paso al Proyecto de Reestructuración, previa consulta con todos los sectores de la vida nacional¹⁷⁵. Sus propósitos eran:

- 1.- Garantizar el funcionamiento del IVSS dentro del conjunto de Políticas Nacionales de Seguridad Social.
- 2.- Extender progresivamente su cobertura a otros sectores de la población trabajadora.

171 Panorama, 24.02.93

172 PNUD, Desarrollo humano: Informe 1991, pág. 151

173 TÜRK, Danilo. *Realización de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Consejo Económico y Social. Naciones Unidas. Pág. 30

174 TÜRK, Danilo. Op. cit. Pág. 30

175 Decreto N° 388 del 22.08.89: Reorganización Administrativa del IVSS.

- 3.- Satisfacer las contingencias de enfermedades, maternidad, vejez e invalidez, desempleo, sobrevivencia y otras, que propias de la población trabajadora.
- 4.- Garantizar la compatibilidad del Sistema de los Seguros Sociales, con las políticas nacionales de salud.
- 5.- Asegurar la participación del Estado, trabajadores, empleadores, y la Federación Médica Venezolana, en la fijación de las pautas de dirección, organización, planificación y control de la gestión.
- 6.- Incorporar al IVSS, sin perjuicio de su autonomía, a un sistema de Seguridad Social cuyo funcionamiento se regirá de acuerdo a políticas emanadas del Ministerio del Trabajo.

La puesta en práctica de este decreto daría pie a un nuevo sistema de Seguridad Social en Venezuela, que establecería una clara definición entre los entes responsables de funciones normativas y las que tienen a su cargo la operación. Para lograr esto es necesaria una separación entre los diferentes fondos que lo integran. Esos objetivos están condicionados por tres limitaciones de orden práctico:

- a.- Cualquiera sea la estrategia adoptada para lograr la reestructuración del Instituto, ésta no puede ni debe suspender su continuidad operativa.
- b.- Toda decisión que se adopte en materia de prestación de servicios de salud debe tomar en cuenta la normativa vigente, especialmente en aquella contemplada en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- c.- La estrategia de reestructuración del IVSS debe plantearse dentro de un esquema evolutivo que no esté sujeto a factores externos, tales como decisiones legislativas previas, sino por el contrario, diseñarse con flexibilidad y fluidez para que los procesos técnicos y legislativos se logren sin fricciones ni retardos innecesarios.

La estrategia de reestructuración del IVSS se plantea de la siguiente forma. Se continuará la operación del actual Instituto con la menor perturbación posible para garantizar la prestación de sus obligaciones, mientras se instala la nueva organización que la sustituirá. A tales efectos se

proyectó una oficina de reestructuración con vigencia de dos años, totalmente independiente de la estructura administrativa del IVSS, adscrita a un grupo normativo formado por los Ministros del Trabajo, de Estado para las Relaciones con el Congreso Directivo, apoyo ejecutivo de un coordinador del Proyecto y asesoría de un Comité Permanente. La oficina contará con la participación de seis especialistas en los campos legales, financieros, de informática, sanidad, administración y publicidad.

Ese Plan de Reestructuración del IVSS dependerá de la aprobación de la Ley de Crédito Público incluida en la Ley Habilitante.

La propuesta de reestructurar el IVSS pretende desprenderse de los hospitales y demás centros dispensadores del servicio de salud para convertirse en un instituto financiero, que no se manejará en relación directa con el usuario sino a través de la banca privada.

La atención al trabajador se realizará en hospitales, donde el seguro social cubrirá el 100% de la atención; y en la clínicas privadas donde el trabajador pagará un 70% del costo del servicio y el sistema de seguridad social el 30% restante. Este pago no se realizará en la clínica sino en la entidad financiera. Asimismo los servicios de laboratorios, ambulancias, seguridad hospitalaria y otros similares serán privatizados.

Todo ello se implementará en el marco de la quiebra fraudulenta a la cual ha sido llevado el sistema de seguro social, debido al déficit que sufre por las deudas del sector público y privado, que alcanzan para el primero los 22 mil millones de bolívares, y para el segundo 3 mil millones de bolívares. Asimismo, el sector público ha deducido a los trabajadores más de 8 mil millones de bolívares que no han sido integrados en la caja del seguro social.¹⁷⁶

La reestructuración del IVSS, ameritará el despido de 30 mil trabajadores, además de ceder las instalaciones de salud a fundaciones privadas y depositar los dineros de los trabajadores en las entidades financieras privadas para que lo manejen.

Por otro lado, algunas organizaciones como la Cámara de Medianos y Pequeños Industriales, decidieron unilateralmente no pagar las cuotas

obrero-patronales del IVSS, sustituyendo la asistencia médica a sus trabajadores con pólizas privadas, de carácter colectivo.

Provea ha manifestado en anteriores oportunidades que la reestructuración del Seguro Social es una necesidad y que debe apuntar a su efectiva transformación en un ente que realmente cumpla los objetivos para los cuales fue creado: la seguridad de los trabajadores y la prestación de un adecuado servicio de atención médica. Sin embargo, los pasos que se han dado permiten concluir que los únicos beneficiados de este proceso serán las compañías aseguradoras y las clínicas privadas. Los criterios mediante los cuales se establecerá la capacidad de cada persona de cubrir los costos de su atención siguen sin estar claros, y resulta difícil entender cómo se logrará acceder a una salud integral si los servicios que acompañan su garantía serán privatizados. Es posible prever entonces una desafiliación masiva del IVSS que reforzará los argumentos oficiales que afirman que tal ente no cumple una función necesaria, lo que facilitará su desintegración definitiva.

Un país que ha sufrido tan grave y acelerado proceso de deterioro como Venezuela, no puede darsé el lujo de perder el sistema de seguridad social, pero tampoco de aceptar las condiciones en las que éste se encuentra. La solución no puede ser su eliminación sino su transformación en un ente eficaz lo que sólo se logrará con una auténtica voluntad política y una adecuada asignación presupuestaria.

Megaproyecto social

Atendiendo a las pautas de la OMS, el gobierno nacional inició en 1991 la programación del "Megaproyecto Social" con metas de inversión del orden de los 4 mil millones de dólares (Bs. 37.860 millones) para el período de 1992-1996. Dentro del mismo se encuentra enmarcado el "Proyecto Salud" con miras a mejorar la calidad de la atención médica-hospitalaria, a implementar la Red de Atención Primaria en Salud, aumentar la cobertura de los servicios, fortalecer la gerencia y apoyar el proceso de descentralización y transferencias de competencias del sector.

Dentro de este contexto, el gobierno, a través del MSAS y con el apoyo técnico y financiero del BM y el BID, emprendió un conjunto de acciones orientadas a los siguientes puntos de intervención:

- 1.- Gerencia, organización de sistemas administrativos, capacitación de personal y financiamiento de los Centros de Salud a nivel nacional, a objeto de brindarle al usuario-paciente un tratamiento más digno, oportuno y de mayor calidad con equidad y participación.
- 2.- Preparación de planes de capacitación a los distintos niveles de la organización hospitalaria.
- 3.- Difusión de información básica sobre prevención de enfermedades y accidentes, y servicios disponibles en el nivel local, de acuerdo a las necesidades de la población, a fin de evitar el congestionamiento de los centros de mayor atención y complejidad (hospitales) y la subutilización de los centros de primer nivel de atención (ambulatorios).
- 4.- Rehabilitación de la planta física y equipamiento de hospitales y ambulatorios a nivel nacional.
- 5.- Desarrollo de planes de mantenimiento de infraestructura y de equipos.
- 6.- Formulación y ejecución de un programa de transferencia de responsabilidades y recursos a los gobiernos regionales.
- 7.- Reestructuración del MSAS, a fin de adaptarlo al nuevo esquema de responsabilidades y recursos compartidos con las gobernaciones de los estados, en la prestación de los servicios de salud.
- 8.- Desarrollo de los programas de información, control y erradicación de endemias como el chagas, la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, entre otras.

Se han seleccionado 30 hospitales del tipo II al IV en distintos estados del país; del tipo IV: 10; del tipo III: 9 y del tipo II: 11. Los hospitales elegidos como experiencias pilotos son: el Hospital Universitario y el Hospital de los Magallanes (ambos en Caracas), el Hospital de Coro, el Hospital de Valera, el Hospital de San Carlos y el Hospital Universitario de Maracaibo.

El presupuesto estimado desde el año 1993 hasta el año 1998 expresado en millones de bolívares, para el "Proyecto Salud" es el siguiente:

<i>Enfermedades endémicas</i>	3.327,47
<i>Modernización de hospitales</i>	2.786,31
<i>Modernización del sector salud</i>664,00
<i>Más aporte local + BID + BIRD.</i>	<u>53.784,83</u>
<i>Total</i>	60.562,61

Este presupuesto comprende desde el año 1993 hasta el año 1998 y las cifras están expresadas en millones de bolívares.

En porcentajes a la modernización del sector corresponde un 46,1%; a los hospitales 24,7% y para las endemias 29,2%.

Es de hacer notar que las cifras mostradas anteriormente para la ejecución del proyecto, tanto como para la preinversión, son estimaciones en estudio para ser sometidas a la aprobación de los entes del financiamiento externo; sin embargo el gobierno nacional ha iniciado las inversiones en el sector salud en 1993, por medio de diferentes políticas tales como, la privatización y por la Ley de Endeudamiento General, denominada "Ley Paraguas". El Ejecutivo Nacional solicitará a los bancos que ésta inversión del primer año (1993) del proyecto, sea considerada dentro de los montos del aporte local tal como han sido señalados:

<i>Modernización de hospitales total</i> . . .	3.119,97
<i>Enfermedades endémicas</i>	3.771,52
<i>Modernización del sector salud</i>	4.067,00
<i>Total</i>	10.958,49

Al finalizar la redacción de este Informe, Provea desconoce cómo se operativizarán los recursos multimillonarios que ya están asignados, para poner en marcha el megaproyecto en salud. En razón de ello, y aunque el proyecto pueda sonar urgente y necesario, se debe informar a la comunidad sobre su desarrollo y empleo.

La COPRE refiere que existen más de 100 instituciones estatales que desarrollan acciones sanitarias; este crecimiento anárquico y excesivo tuvo sus orígenes por la presiones coyunturales de distintos sectores sociales (sindicatos, gremios y partidos políticos) más que por intereses exclusivamente técnicos y político-administrativos del sector salud. Se estima que aunados los recursos financieros asignados para la salud en cada institución, el Estado invierte unos 15 mil millones de bolívares al año en éste sector. Los cambios recientemente ocurridos en la situación económica del país, se han traducido en restricciones económicas de los gastos sociales del Estado, lo que ha

influido en la disminución del gasto per cápita en salud.¹⁷⁷

Relaciones Estado-sector privado en la atención médica

El Estado debe afrontar con seriedad su relación con el sector y subsector privado respecto a la atención médica, estableciendo claramente los objetivos de esa relación, entendiéndose que dicho sector no puede evolucionar al margen de la evaluación y control del Estado, y que a su vez debe establecer una relación armónica con éste para fortalecer las acciones colectivas en materia de salud. El Estado debe establecer, mediante la creación de normas apropiadas, la regulación de la atención médica privada; establecer los costos adecuados a este tipo de servicio e implementar la cooperación entre los entes privados y el sector público en materias como la asistencia, docencia e investigación.

Provea considera que la política de salud del Estado debe reorientarse por cuanto la implementación de políticas neoliberales en el sector salud -tal cual analizamos en el presente capítulo- viola los tres principios fundamentales de este derecho, a saber: la obligatoriedad, el acceso y la gratuidad de los servicios de salud. Hemos descrito cómo la mayoría de los venezolanos no gozan de un servicio de salud totalmente gratuito y accesible a quien lo requiera.

Tomando en consideración los aspectos anteriormente destacados es conveniente que la política de salud del Estado priorice dos grandes objetivos:

- 1.- La reorientación del modelo asistencialista y curativo hacia formas integrales de atención ambulatoria y hospitalaria que expresen en la práctica el sentido integral de la prevención de la acción sanitaria. En este sentido, debe priorizarse la formación del personal y lograr la asignación presupuestaria que permitan el funcionamiento eficiente del sector.
- 2.- La implementación del Sistema Nacional de Salud, con las características de universalidad, gratuidad y obligatoriedad de la salud; regionalización (descentralización) y jerarquización que asegure la adecuada coordinación entre los distintos niveles de

177 COPRE, Una Política Social Para la Afiración de la Democracia. Caracas, 1989.

complejidad, evaluación y supervisión continua; sectorización geográfica y demográfica en cuanto a los servicios de salud ofrecidos a la población; planificación sanitaria adecuada a la política de salud del Estado y a los planes nacionales de salud a largo y mediano plazo; participación de la sociedad con estímulo a la población organizada en la planificación, ejecución de las actividades en salud y su evaluación.

Estos objetivos deben basarse en lineamientos programáticos tales como: establecimiento de la Atención Primaria en Salud y el desarrollo de la participación de la población en el sector; investigación en salud como área prioritaria e

información en salud como estrategia fundamental del sector.

Por último, el Estado debe actuar en el campo de la tecnología en salud, lo cual abarca la investigación, producción de tecnología, evaluación de su impacto en la salud, información, formación del personal para el área y evaluación administrativa del sector encargado de la política tecnológica en salud.

No puede haber sociedades sanas dentro de marcos carenciales políticos, administrativos, culturales y económicos. Las soluciones deberán ser globales priorizando la atención de los sectores mayoritarios de menores recursos.