

ALGUNAS CONSIDERACIONES

María Rodríguez*

En los próximos meses va a iniciarse a nivel del Congreso Nacional la discusión del último anteproyecto de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (SNS), introducido por la Comisión Rectora de Salud. La importancia del tema y la aparente decisión política de su aprobación plantean la necesidad de su discusión y conocimiento.

Constituye el sexto anteproyecto que se lleva al Congreso, cuatro de ellos presentados por el sector Estatal en cada uno de los períodos constitucionales correspondientes a partir del gobierno de Caldera. El primero, a finales de 1973; los otros, en 1976, 1981 y 1985. Dos proyectos de los gremios, uno de la Federación Médica Venezolana (FMV) y otro de los Bionalistas, el cual en todo su conjunto presenta concepciones más avanzadas en relación al SNS, los problemas de salud y servicios.

En los últimos treinta años se ha producido gran cantidad de material al respecto. Entre los primeros está la ponencia presentada en 1961 en el II Congreso de Salud Pública "Organización y Financiamiento de los Servicios Médicos"; posteriormente la FMV en 1971 presenta "Integración de los servicios médico-asistenciales" y "Financiamiento de los Servicios Médicos. Informe preliminar". A finales del 73 se presenta el documento "Estudios Básicos sobre el Sistema Nacional de Salud", que culmina en el primer anteproyecto. Este documento y el informe de la Comisión Central de Implementación del programa "Acción de Gobierno para el período 1974-1979" son los que contienen los análisis y estudios más serios en relación al diagnóstico de la situación de salud, objetivos, metas y análisis de factibilidad.

SITUACION DE SALUD

Venezuela es un país con un crecimiento poblacional elevado, con índices generales de salud que han ido progresivamente mejorando. Pero los índices por sectores socioeconómicos y regionales evidencian grandes diferen-

cias cualitativas y cuantitativas en los factores que determinan el perfil de salud-enfermedad.

La organización de salud del país se caracterizó hasta el año 37—etapa prepetrolera— por el desarrollo de la lucha contra las endemias rurales y el control de las enfermedades transmisibles; durante la siguiente década, hasta 1948, Venezuela se transformó en un punto de referencia para América Latina en cuanto a desarrollo de la Medicina Preventiva y organización de su red sanitaria. A partir del 46 se inicia un proceso de incorporación del ministerio a las actividades curativas.

Esta época, hasta la década del sesenta, se caracteriza por el desarrollo de grandes hospitales, se pasa de siete en 1949, con 1.094 camas, a 28 hospitales, con 22.773 camas, en 1960. Esto llevó a una distribución presupuestaria dirigida prioritariamente a estos servicios curativos, de alto costo en relación a su escasa cobertura, y a una disminución

en los gastos de saneamiento, prevención y promoción. Así, en 1959, el 36,7% del presupuesto del MSAS era para gastos curativos y el 33% para prevención; en 1985 el 54,4% fue para gastos curativos, y el 18,7% para preventivos (1).

Si tenemos en cuenta que el MSAS es el único instituto encargado de las actividades de prevención y promoción, entendemos la gravedad de la situación.

Existen en la actualidad más de 110 instituciones dispensadoras de salud, todas ellas con su cuota de poder, con normas administrativas diferentes con dispersión de esfuerzos y recursos y muchas veces con duplicación de servicios. Ante la imposibilidad de mantener económicamente el modelo médico vigente, desde 1972 (2), se plantea la necesidad de la expansión de la atención ambulatoria como parte de la estrategia de Atención Primaria de Salud (3).

A pesar de que esta meta es una constante en los últimos planes de la nación, entre 1963 y 1981 se produce un descenso de camas por mil habitantes (3,4 a 2,7) que no se acompaña, como sería de esperar, de un incremento en la atención ambulatoria y en actividades de promoción. Así, en el MSAS, entre 1979 y 1982, las consultas curativas descienden de 66,5% a 63,3%; las preventivas, de 25% a 24,8%; las inspecciones de salud pública, de 2,8 a 2,3; las inmunizaciones, de 39 a 31,9%; las citologías, de 4,5% a 1,7%. En el Seguro Social los egresos hospitalarios de 4,9% en 1976 pasaron a 2,7% en 1981, y la consulta médica por beneficiario desciende de 4,3 en 1972 a 1,7 en 1981. En el IPASME la atención por afiliado pasa de 2,8 a 1,8 entre 1975-1981. En Beneficiencia los egresos hospitalarios descienden de 39,4 a 34,9 por mil entre 1978-1982, y también se reducen las consultas por habitante (4).

Estos datos se corresponden, a nuestro modo de ver, con la política económica trazada en las dos últimas décadas, y acentuada como consecuencia de la disminución del ingreso por la vía del petróleo, devaluación de la moneda y



* Facultad de Medicina UCV

TABLA 1
GASTO SOCIAL DEL GOBIERNO GENERAL DE 1978(1) POR TIPO DE GASTO
(En millones de Bs. y porcentajes)

| TIPO DE GASTO | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TOTAL GASTO SOCIAL | 13.015 | 10.483 | 13.371 | 15.260 | 18.388 | 20.921 | 19.685 | 18.328 | 23.251 | 23.760 |
| % sobre el Gasto Total del Gobierno General | 44,0 | 43,4 | 23,2 | 29,1 | 34,7 | 33,4 | 34,4 | 37,2 | 38,0 | 34,9 |
| GASTO EN SANIDAD | 2.477 | 2.042 | 2.486 | 3.099 | 3.495 | 3.987 | 3.834 | 3.323 | 3.416 | 3.774 |
| % sobre el Gasto Social | 19,0 | 19,3 | 18,6 | 20,3 | 19,0 | 19,1 | 19,5 | 18,0 | 14,7 | 13,9 |
| GASTO EN SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL | 3.096 | 2.329 | 2.396 | 3.087 | 3.348 | 3.336 | 3.754 | 3.373 | 4.227 | 3.870 |
| % sobre el Gasto Social | 23,8 | 22,2 | 17,9 | 20,2 | 19,3 | 17,0 | 19,1 | 18,2 | 18,2 | 16,3 |
| GASTO EN VIVIENDA Y ORDENACION URBANA Y RURAL | 1.475 | 1.311 | 2.521 | 1.393 | 3.082 | 4.002 | 2.735 | 2.507 | 4.450 | 4.025 |
| % sobre el Sector Social | 11,4 | 12,5 | 18,9 | 9,1 | 16,8 | 19,1 | 13,9 | 13,5 | 19,1 | 16,9 |
| GASTO EN OTROS SERVICIOS SOCIALES PARA LA COMUNIDAD | 395 | 308 | 358 | 333 | 577 | 617 | 726 | 335 | 934 | 1.223 |
| % sobre el Gasto Social | 3,0 | 2,9 | 2,7 | 3,5 | 3,1 | 2,9 | 3,7 | 3,0 | 4,1 | 5,2 |

1) Para deflactor la cifra del Gasto Social en términos corrientes (Bs. cada año), se utilizó el índice de precios del sector "Servicios Comunitarios, Sociales y Personales", utilizado por el Banco Central de Venezuela en su Sistema de Cuentas Nacionales.

Fuente: Informe Social Nº 1,81-II - CORDIPLAN-OCEI, en OPS. Caracas 1984.

pago de la deuda externa, consistente en una disminución sustancial de los gastos sociales (Tabla 1).

Por otra parte, ante la crisis fiscal el Estado busca formas de financiamiento alternas, que ayuden al MSAS en la cobertura de los costos en salud; así vemos cómo se ha ido produciendo un fortalecimiento del sector privado de atención, al cual cada vez tienen menos acceso los sectores mayoritarios de la población. Para 1960, la oferta de camas del sector privado representaba el 12% del total; en 1980 sube al 30,4%; y al 35% en 1982(1). El incremento de camas de este sector puede observarse en la Tabla 2. Esta tendencia también se evidencia en el incremento de las ventas de pólizas y seguros de hospitalización, cirugía y maternidad(5).

EL ANTEPROYECTO Y ALGUNOS PROBLEMAS

El anteproyecto recién presentado pone bajo la responsabilidad directa de la administración central al SNS, para unificar y normalizar el régimen legal y administrativo del sistema. Como consecuencia de lo anterior, se espera disminuir los costos y normalizar las políticas de salud.

Crea seis subsistemas de apoyo

con la responsabilidad de establecer planes y dirección. El proyecto en su articulado determina funciones y actividades, en forma muy general, para algunos de los subsistemas, mientras que para otros hay un excesivo número de funciones, muy disímiles, lo cual plantea dudas sobre la operatividad del sistema dado el excesivo intento de centralización.

Posiblemente, en la búsqueda de un consenso que evite discusiones que se presentaron en el pasado, el nivel de concreción del proyecto en su articulado está muy por debajo de los planteamientos que hace el documento introductorio "Conceptos generales para la organización y el establecimiento del Sistema Nacional de Salud". Así en algunos casos presenta omisiones peligrosas, por cuanto algunos puntos importantes están ausentes en la ley; otras veces los planteamientos parecen estar implícitos, lo cual a nuestro modo de ver no debe suceder en una Ley Orgánica, aún más cuando otros están muy bien explicitados.

Naturaleza jurídica del SNS

La consideración de un Instituto Autónomo con personalidad jurídica autónoma, con patrimonio propio distinto e independiente del fisco, exsento del

pago de derechos arancelarios e impuestos, con franquicia postal, como fue planteado en el anteproyecto de 1973 y en los de FMV, continúa enfrentada a la posición del Servicio Autónomo, que proponen los proyectos de 1981 y 1985, el cual implica ausencia de personalidad jurídica propia, limitación por los mecanismos burocráticos de la Administración Pública Centralizada, y limitación de las formas de contratación de los trabajadores del sector, aun cuando permite absorber formas de financiamiento que no puede tener el MSAS como tal.

Situación de trabajo del funcionario del SNS

La situación del personal que laborará en el SNS ha sido obviada en el presente anteproyecto. En los anteriores de 1973 y 1981 se establecía que estaría regido por la ley de Carrera Administrativa, lo cual convierte al personal en empleados públicos. Esta posición ha sido adversada sistemáticamente por la FMV, que trata de garantizar que el personal profesional sea regido por las normas establecidas en las Leyes del Ejercicio de las profesiones respectivas y por los contratos colectivos de trabajo. Igualmente exige la provisión de cargos

| Período | INCREMENTO TOTAL DE CAMAS | | INCREMENTO SECTOR PÚBLICO | | | INCREMENTO SECTOR PRIVADO | | |
|---------|------------------------------|------|---------------------------|------------------|-------------------|---------------------------|------------------|-------------------|
| | Nº | % | Nº | %/Incr. total | %/Incr. sector | Nº | %/Incr. total | %/Incr. sector |
| 1963-73 | 6.046 | 21,2 | 4.314 | 71,3 | 17,3 | 1.732 | 28,7 | 49,1 |
| 1973-81 | 7.501 | 21,7 | 2.748 | 36,6 | 9,4 | 4.753 | 63,4 | 90,3 |
| 1963-81 | 13.547 | 47,6 | 7.062 | 52,1 | 28,3 | 6.485 | 47,9 | 183,7 |

Fuente: 1. Memoria y Cuenta. MSAS. Venezuela. 1963 y 1973.
2. Archivos Planificación, Presupuesto e Informática. MSAS. 1981; en OPS. Caracas 1984.

por concurso, lo cual lo diferencia sustancialmente de lo planteado en la Ley de Carrera Administrativa(6).

Precedencia del sector privado

Los proyectos de 1973 y 1981 establecen claramente que el SNS asume la planificación, coordinación y vigilancia de las actividades del sector público y privado; esta atribución se pierde en el presente proyecto de ley, para ser sustituida por "coordinación con dicho subsector de programas de cooperación en materia de servicios de atención médica". Con esto se pierde la posibilidad de orientación y control y probablemente conlleve a una mayor derivación de recursos hacia ese sector, derivación ya importante, hoy en día, sobre todo a nivel del IVSS e IPASME.

Organismo de dirección

La estructuración del Consejo Directivo y del Consejo Rector o Consejo Nacional de algunos proyectos —este último con función de asesoría— ha sido aparentemente motivo de grandes discusiones. Se encuentran claramente definidos en su composición y funciones en algunos anteproyectos y obviados, como sucede en el actual, al dejarlos "presididos por el Ministro de Sanidad y las representaciones que determine el ejecutivo". Esta situación no es más que la expresión de los conflictos de poder que genera el proyecto.

Nos preocupa además que sea el ejecutivo quien haga estos nombramientos, pues la Comisión Rectora, que éste designó para la elaboración del anteproyecto en 1984, estuvo integrada en su mayoría por médicos clínicos de gran prestigio, pero hubo ausencia de otros profesionales técnicos, administradores y de otras áreas. Estos, a partir, de una aproximación más amplia al proceso de

salud enfermedad (sus determinantes, su concepción de participación de otros sectores: ciencia—tecnología—agroindustria—universidades), hubieran contribuido a concretar en el articulado aspectos específicos en algunos de los subsistemas y fundamentales: el derecho a la salud, el equipo de salud como elemento fundamental de funcionamiento, la seguridad social, la vinculación con la sociedad y las universidades a través de una integración docente asistencial concebida como un proceso que permite la utilización de los recursos humanos y materiales para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, con el fin de elevar la calidad de la asistencia, de la docencia y transformar las condiciones de salud del país(7).

Es necesario destacar que las universidades no están en la Junta de Administración del Subsistema integrado de Atención Médica.

Costos y financiamiento

Los documentos presentados en los Congresos de Salud Pública y en Asambleas de la FMV sobre Financiamiento del SNS, coinciden en las dificultades financieras del proyecto.

En el documento "Estudios Básicos sobre el SNS" se hace un análisis de costos en base a recursos existentes, capacidad instalada, metas a cumplir. Son categóricos en cuanto a la insuficiencia de presupuesto que para la época tenía el sector salud para poner a funcionar el Servicio. Para ese momento la puesta en marcha implicaba un incremento del presupuesto en 232 millones de bolívares.

La ausencia de un análisis de costos y de factibilidad en la presentación de este anteproyecto, preocupa en el sentido de que se apruebe la ley y ésta no sea viable.

Los trabajos sobre financiamiento hasta ahora realizados (1965, 1971,

1973) coinciden en que la integración de los presupuestos de las instituciones que forman el SNS es insuficiente para cubrir los costos de un sistema eficiente y de cobertura ampliada. La política económica del gobierno ha sido coherente con sus planteamientos en lo que se refiere a la disminución del gasto público; todo ello hace temer que dicha integración con unos recursos financieros insuficientes pueda conducir a un deterioro global de la prestación de salud en el sector público con el peligro de caer en una práctica médica más diferenciada, injusta y discriminativa.

Esperamos que estos comentarios contribuyan al enriquecimiento de la discusión y a la cristalización de un proyecto altamente deseado por grandes sectores de la población, pero que por su importancia y trascendencia debe ser analizado con sinceridad.

Bibliografía

1. Llopis A y col. Evolución de los gastos en salud en el MSAS. VII Congreso de Salud Pública. Caracas 1986.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Doc. 179. Ginebra 1980.
3. OMS/UNICEF. Atención primaria. Ginebra 1978.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Informaciones básicas sobre Venezuela y sus servicios y su problemática de Salud. Doc. de trabajo. Caracas 1984.
5. González Marino. Análisis de la viabilidad política y administrativa del Sistema Nacional de Salud. Coloquio. ILDIS. Febrero 1987.
6. Méndez Cegarra Absalón. Influencia de los grupos de presión en la definición y ejecución de políticas estatales: El caso del Servicio Nacional de Salud. Trabajo de Ascenso. UCV. Caracas 1983.
7. Marta Rodríguez de G. Integración docente asistencial. Seminario Internacional en Atención Primaria de la Salud. Habana-Cuba. 1986.