

# El sistema de salud: crisis y posibilidades

Marino J. González R.

Nuevamente hay malas noticias en el sistema de salud venezolano. Desde hace varias semanas los medios de comunicación han descrito la angustiante situación que están confrontando los servicios de salud del país, caracterizada por la imposibilidad de los centros asistenciales de continuar funcionando ante las dificultades ocasionadas por el déficit presupuestario. Esta situación ha afectado, en primera instancia, a los pacientes, quienes se han encontrado con la suspensión de las consultas externas y hospitalizaciones, así como de las operaciones electivas y la restricción de la atención de las emergencias. Otro sector afectado es el conformado por los gremios del sistema de salud que, ante la creciente inflación y el deterioro acumulado del poder adquisitivo, están exigiendo la satisfacción de sus demandas de aumentos salariales y otros beneficios.

La gravedad de la crisis ameritó la intervención del Presidente de la República y el nombramiento de una Comisión Presidencial que evaluará los problemas suscitados. Sin embargo, debe señalarse que esta "crisis" no es reciente. Lo que ha variado probablemente es su magnitud e intensidad. En los últimos años los servicios de salud han experimentado un deterioro creciente y sus dirigentes han desperdiciado oportunidades y recursos que hubieran podido evitar estas dificultades. Todo esto lleva a preguntarse si existe realmente la posibilidad de que el país pueda gozar de un sistema de atención que garantice un estado de salud adecuado para toda su población.

## I. POLÍTICA DE SALUD: ¿CARENCIA O INEFICACIA?

Es reiterativo asociar a las causas de la crisis del sistema de salud, la inexistencia de una política de salud. Sin embargo, al respecto debemos hacer algunas observaciones.

Venezuela no es el único país afectado por dificultades en su sistema de salud. Incluso los países desarrollados confrontan limitaciones para la prestación de sus servicios de salud a toda la población, especialmente la que se encuentra en condi-

ciones sociales más desfavorables. Es por ello que desde 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la meta de Salud para Todos en el año 2000 (SPT-2000). Según esta aspiración, los gobiernos, las instituciones internacionales y las organizaciones sociales deben promover que todas las personas alcancen para dicha fecha un nivel de salud que les permita desarrollar una vida social y económicamente productiva.

Esta meta se basa en considerar a la salud como uno de los derechos fundamentales de la persona (Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) y en que cualquier atentado contra este derecho equivale a limitar de manera total o parcial las capacidades y posibilidades de realización de cualquier ser humano. Para el cumplimiento de esta meta, la OMS estableció la Estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) y ha estimulado que todos los países del mundo asuman de manera directa la ejecución de la misma. Alrededor de la estrategia de APS empezaron a generarse distintas iniciativas de países e instituciones que apuntaban al fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud. De allí derivó que la APS se convirtiera en una "concepción" de la organización de los sistemas de salud (WHO, 1987, p. 27).

Sin embargo, a pesar de haber ratificado los documentos a nivel internacional (mundial y regional), los gobiernos venezolanos no han ido más allá de declaraciones de apoyo a la APS. De hecho, si caracterizamos de manera sintética las políticas de salud que estos gobiernos han desarrollado, debemos concluir que las mismas se fundamentan justamente en no promover acertadamente el desarrollo de la APS y continúan basándose en concepciones tradicionales, centradas en la estructura ineficaz de los servicios y amparadas estrictamente en los hospitales y en las medidas curativas.

Las demostraciones más eficaces de lo que significa promover un sistema de salud basado en la estrategia de APS son los logros que en breve lapso han alcanzado tres países latinoamericanos con diferentes regímenes políticos: Chile, Costa Rica y Cuba. Aunque estos países venían tra-

bajando desde hace varias décadas en el mejoramiento del nivel de salud de sus poblaciones, la adopción de la estrategia de APS ha facilitado que muchas de sus metas se hayan alcanzado en un menor tiempo.

El caso costarricense, por ejemplo, está lleno de enseñanzas. A pesar de ser un país pequeño, con recursos más limitados que Venezuela, Costa Rica ha realizado una verdadera "revolución" de su sistema de salud en menos de quince años. En efecto, Costa Rica inició desde 1971 la cobertura universal de los servicios de seguridad social con el correspondiente traspaso de Seguros Sociales (CCSS). Paralelo a esto se instrumentó la política de atención a toda la población, inspirada en la APS y concretada en los Programas de Salud Rural y Comunitaria. Los resultados de estas decisiones se reflejan en los siguientes aspectos: erradicación de la difteria y la poliomielitis; reducción dramática del tétanos, tosferina y sarampión (en un 94%); reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas (del primer lugar en 1970 con el 10,5% de las defunciones al décimo lugar con el 1,8% a finales de los años setenta); disminución de las defunciones por enfermedades transmisibles (representaban apenas un 5% para 1980) y de la tasa de mortalidad infantil (una de las más bajas de América en la actualidad); y aumento de la cobertura de la población de las áreas rurales (10% a 57%) y urbanas marginales (9,8% al 40%) respectivamente entre 1976 y 1983 (Sáenz, 1988).

Mientras estas notables transformaciones se estaban realizando en Costa Rica, en Venezuela no se explicitó de manera coherente la voluntad de enfrentar los cambios indispensables en el sistema de salud. Las diversas propuestas de transformación encontraron serios obstáculos que afectaron su aprobación e implementación. En 1987 se aprueba finalmente la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) la cual tenía desde su inicio limitaciones importantes para su ejecución (González, 1987). Estas limitaciones se han acentuado en estos dos años hasta el punto que hoy contemplamos que una administración del mismo partido que la

anterior expresa la necesidad de modificar la Ley y evaluar su reglamentación.

Estas incoherencias no deben entenderse, sin embargo, como ausencia de una política de salud. Lo que observamos es que dicha política, si bien ha alcanzado logros significativos, no es la más adecuada para dar respuestas eficaces en la tarea de organizar el cumplimiento de la meta de SPT-2000, especialmente en los vastos sectores marginados de nuestra sociedad.

## II. LIMITACIONES PARA EL DESARROLLO DE UNA POLÍTICA DE SALUD EFICAZ

Antes que plantear los lineamientos de una política eficaz de salud, haremos hincapié en algunas de las limitaciones para su desarrollo.

### Limitaciones políticas

Consideramos que la principal limitación de la política de salud es no haber asumido con todas sus implicaciones la meta de SPT-2000 y la estrategia de APS que de ella se deriva. Esta indecisión se manifiesta en la escasa claridad conceptual que muchos de los funcionarios de la administración de salud plantean de manera reiterada y, por otra parte, en las dificultades para aplicar los mecanismos y procedimientos desarrollados de manera sistemática en otros países. Es por ello que se confunde Atención Primaria de Salud con atención médica primaria o atención del primer nivel. Para muchos de estos funcionarios, la APS es una parte de la política de salud, cuando, por el contrario, constituye el eje orientador sobre el cual se construyen los otros elementos del sistema de salud.

También en el campo político se debe destacar la importancia creciente que está adquiriendo el conflicto entre los gremios del sistema de salud y el Estado. En efecto, una de las consecuencias de la situación económica del país ha sido la aparición de demandas por parte de los diferentes gremios del sistema de salud para la obtención de aumentos salariales y beneficios de diferente índole. Esto se manifestó inicialmente por la posición de la Federación de Bioanalistas de Venezuela en el período pasado y recientemente en las posiciones de la Federación Médica Venezolana y el Sindicato Unitario Nacional de Empleados Públicos del MSAS (SUNEP-SAS) en las discusiones de los contratos colectivos con el IVSS y el MSAS respectivamente.

Una de las características de este pro-

ceso son las recriminaciones que los agremiados han hecho a sus directivos pidiéndoles la solidaridad activa con sus peticiones. Si este proceso se acentúa y los gremios se concentran en la defensa de sus agremiados, antes que supeditarse a los partidos políticos como había sucedido hasta hace poco, las autoridades de salud tendrán que hacer frente a estos conflictos y atenuar las consecuencias que pudieran acarrear a los usuarios de los servicios. De hecho, esta preocupación ha estado presente de manera sistemática en las declaraciones de altos personeros de la nueva administración.

### Limitaciones económicas

A pesar de que la causa directa de la situación que confrontamos es el déficit presupuestario de los servicios de salud del sector público, no está garantizado que con la simple erogación de recursos se subsane dicha situación. Más aún, es muy posible que dicha asignación se convierta en un simple paliativo.

De acuerdo a las informaciones oficiales, el déficit del MSAS alcanzaba los 2.000 millones de Bs. a principios de 1989 y se estima que el crédito adicional solicitado se acerca a los 5.000 millones de Bs. Muchos de esos millones tendrán como destino la red hospitalaria del país (1.800 millones aproximadamente) y cabría preguntarse cuántos de esos millones se emplearán realmente en el fortalecimiento de la atención ambulatoria y de la capacidad administrativa del sector.

Parte de la explicación de este déficit está relacionada con el hecho de que el MSAS entre 1983-1987, al contrario de lo recomendable, aumentó su nómina en poco más de 22.000 empleos y simultáneamente disminuyó los recursos asignados a infraestructura e insumos para la atención (materiales, servicios y reparaciones, adquisición de maquinarias, equipos e inmuebles) (García, 1988, p. 26).

No es previsible que en el futuro inmediato se produzcan cambios en la distribución de los recursos asignados al sistema de salud. Lo más probable es que se tengan grandes dificultades para lograr un presupuesto acorde con las exigencias y que se materialice de manera efectiva en la prestación de salud. Esto depende no solamente de los recursos disponibles por el Estado sino de la capacidad de negociación que el sistema de salud tenga con los responsables de la política económica. Los representantes del sistema de salud deben convencerlos de la importancia de no disminuir los recursos asignados al sis-

tema, de que dichos recursos van a ser utilizados con racionalidad y eficiencia y que los efectos de no percibirlos se demostrarán inmediatamente en el estado de salud de los venezolanos. Por ejemplo, el MSAS debe convencer a los restantes miembros del gabinete y a los miembros del Congreso de la República que si no se incrementan las erogaciones en todo lo relacionado con salud materno-infantil (inmunizaciones, rehidratación oral, alimentación complementaria) corremos el riesgo de retroceder en los logros alcanzados, especialmente porque en condiciones de carestía e inflación, como las que estamos viviendo, se afecta principalmente la salud de los niños y de las madres de los estratos más necesitados.

### Limitaciones administrativas

Otro de los aspectos que se plantea al analizar esta situación es la limitada capacidad gerencial del sistema de salud que impide una mejor utilización de los recursos. Sin embargo, la gerencia o capacidad administrativa es la realización concreta de pautas o políticas que son expresadas en planes o proposiciones de largo alcance. Si en Venezuela las administraciones de salud han sido incapaces de consolidar una política de salud coherente, diseñada por etapas, con objetivos claros y acorde con un desarrollo integral del sistema, cualquier capacidad administrativa, por excelente que sea, no podrá mejorar la situación.

Sin embargo, en el caso de que sea adoptada una política de salud con las características ya señaladas, tampoco podemos ser optimistas con la capacidad gerencial del sistema de salud. En efecto, sumado al deterioro progresivo de la calidad de los recursos humanos, reconocido por los máximos representantes del sistema de salud, están las limitaciones vinculadas con la organización del sistema.

Entre estas últimas queremos destacar la ausencia de información oportuna y veraz para la toma de decisiones. Si es posible medir la importancia que le asigna el Estado a la política social, y en concreto a la política de salud, por la generación de indicadores, debemos concluir lamentablemente que en Venezuela esta importancia es prácticamente nula. En efecto, la administración de salud tiene un atraso de tres años (1986, 1987 y 1988) en la publicación de la información sobre mortalidad y morbilidad. Es decir, no sabemos de qué, dónde y con qué frecuencia mueren y enferman los venezolanos. En estas condiciones, ¿qué política puede ser efectiva



cuando se basa en suposiciones o simples extrapolaciones?

Por otra parte, el sistema de indicadores de salud tiene una hipertrofia de los indicadores de las actividades de los servicios en desmedro de los indicadores relacionados con la eficacia de tales servicios. Vale decir, conocemos el número exacto de consultas realizadas por las instituciones del sistema y desconocemos cuántos episodios de diarrea se producen en determinada área o cuántas embarazadas están en control prenatal en determinado Estado. Además, los indicadores más usados revelan promedios nacionales que esconden las grandes inequidades entre Estados y aun entre municipios de un mismo Estado. En tales condiciones insistimos, no es posible desarrollar una política de salud coherente y eficaz.

### III. ELEMENTOS PARA LA REDEFINICION DE LA POLITICA DE SALUD

Hemos descrito tan sólo algunos aspectos de la compleja situación que experimenta el sistema de salud. Sin embargo, creemos necesario esbozar algunos elementos que deben trabajarse con premura para evitar un deterioro mayor y, lo que es más importante, intentar mejorar de manera sostenida nuestros niveles de salud. Dentro de estos elementos enunciaremos tres que consideramos más relevantes: la participación del Estado, la participación de las comunidades organizadas y la detección de los grupos de alto riesgo.

#### La participación del Estado

Son frecuentes los planteamientos, por parte de altos funcionarios del sistema de salud, refiriéndose a la posibilidad

de que el Estado se desentienda de algunas de sus responsabilidades relacionadas con la salud de la población. Ante tales manifestaciones es necesario ser enfáticos. La salud es un derecho inherente a los individuos y como tal debe ser garantizado a toda costa por el Estado, especialmente en los sectores más afectados de nuestra sociedad. Nuestra Constitución vigente en su artículo 76 también lo establece. Es decir, la salud es un derecho de la persona y un deber del Estado. El Estado está en la obligación de desarrollar de manera permanente y adecuada las acciones que garanticen un bienestar creciente de la población en su nivel de salud. De allí que la principal responsabilidad para el diseño de esta política deba ser asumida por el Estado, especialmente en la armonización de las instituciones integrantes del sistema de salud y en la exigencia permanente del cumplimiento de los acuerdos.

#### La participación de las comunidades organizadas

Las comunidades organizadas deben ser cuidadosas en la aceptación de tareas relacionadas con la salud que promuevan que el Estado se separe de sus obligaciones. Esto tiene su expresión más evidente en la creación de instancias de participación vecinal o comunitaria en la administración de los servicios de salud.

En sana lógica es deseable que la promoción de la descentralización redunde en un incremento de las posibilidades de participación de la comunidad organizada. Sin embargo, las experiencias que se han planteado a través de las Juntas Administradoras de los hospitales, reducen la participación de la población a una simple vigilancia sobre los equipos de los hospitales y las actividades desarrolladas en ellos. En este sentido, debe recordarse que el hospital es una institución que no guarda necesariamente relación con la estructura geográfica o poblacional, ya que puede eventualmente recibir pacientes de distintos sectores. Creemos que la comunidad organizada debe preocuparse más por lo que pasa en su medio ambiente cercano (calles, vivienda, lugar de trabajo, etc.) que por lo que sucede en los hospitales, ya que de esta manera la problemática de salud se encuentra mucho más cerca de su quehacer diario y ofrece más posibilidades de intervenir y exigir que en el medio hospitalario. Así mismo, las comunidades organizadas deben reclamar también las posibilidades de participar tanto en la planificación de las acciones de salud como en su implementación y, lo

que es más importante, en su evaluación.

#### La detección de los grupos de alto riesgo

Situar la problemática de la salud fuera de las fronteras del hospital no es tarea fácil. La tradición hospitalaria influye de manera determinante en la percepción que muchos grupos, incluso los menos ingenuos, tienen del problema. Ello puede explicar en parte por qué los planteamientos sobre la APS apenas han tenido eco en nuestro país y porque las comunidades terminan siempre exigiendo la construcción de un ambulatorio más que el saneamiento ambiental, las inmunizaciones, el suministro de alimentos o la generación de fuentes de empleo.

Este énfasis en los problemas hospitalarios puede agravar la situación de los estratos más desfavorecidos por la sencilla razón de que viven o trabajan más lejos de los establecimientos de salud, por el aumento en el costo del transporte, por las dificultades que ocasiona perder un día de buscar trabajo para acudir al servicio y porque muchas veces no reciben soluciones a sus problemas o ni siquiera se les atiende. Es decir, los más afectados por las políticas de ajuste que se están implementando NO IRAN A LOS HOSPITALES NI SIQUIERA A LOS CENTROS AMBULATORIOS. En estas circunstancias es necesario que, tanto los funcionarios responsables como las comunidades organizadas, analicen las maneras para detectar las familias con alto riesgo de ser perjudicadas por el incremento de la desnutrición infantil, de las enfermedades infecto-contagiosas y lamentablemente de la mortalidad infantil. Este es, quizás, el mayor reto que tienen los involucrados en el sistema de salud para impedir que los severos efectos de ajuste influyan irreversiblemente en la condición de muchas madres y niños venezolanos.

#### REFERENCIAS

- García, Haydée (1988). *El gasto público social*. Caracas, ILDIS, 69 pp.
- González R., Marino J (1987) "El Sistema Nacional de Salud: viabilidad política y administrativa" SIC, (494): 172-176
- Sáenz J., Lenin. (1988) "Costa Rica" en Gómez C., D. (ed.) *Políticas de Salud en América Latina: Aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación*. Caracas, OPS-CLAD. pp. 179-212.
- WorldHealth Organization (WHO) (1987) *Eight General Programme of Work covering the period 1990-1995*. Ginebra: WHO. 209 pp.