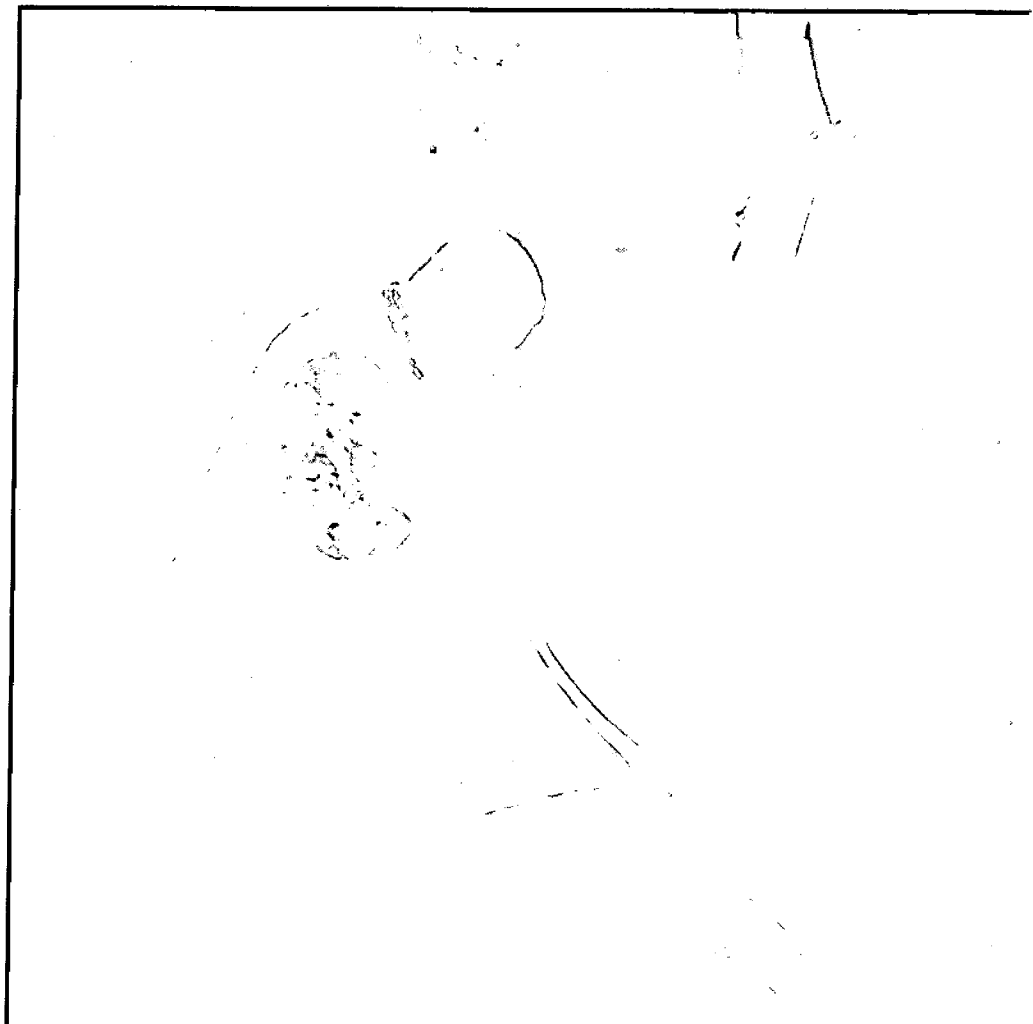


**Se trata de armar y poner en
práctica todo un nuevo modelo
de seguridad social en
Venezuela, en el cual uno de
sus ejes centrales es el
llamado de competencias
delegadas**

Subsistema de Salud de la Seguridad Social Integral

ROBERTO RONDÓN MORALES



¿De dónde venimos?

A partir de la década de los treinta, se institucionalizó el rol del Estado en la atención a la salud de los venezolanos. Creó dos grandes organismos públicos: El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que desde un principio se responsabilizaría de la promoción y protección de la salud, saneamiento ambiental y contraloría sanitaria (componente sanidad), y de la curación y

rehabilitación que sería pagada a hospitales que, para ese entonces, pertenecían a las gobernaciones de estado, municipios y grupos privados lucrativos o no (componente de asistencia social).

Este segundo propósito no pudo llevarse a efecto, al menos universalmente, porque en los años cuarenta empezó a conformarse la otra organización pública basada en la seguridad social y, posteriormente, en el Instituto Venezolano-

no de los Seguros Sociales (IVSS). Desde entonces se ha dividido la salud de los venezolanos en salud pública (fiscal) y de la Seguridad Social (contributiva).

El IVSS, de financiamiento contributivo de empleadores y trabajadores y aportes del Estado, provee programas de curación y rehabilitación para la población con capacidad de afiliación, principalmente urbana, en 77 ambulatorios y 33 hospitales. Hay estados donde no existen hospitales ni ambulatorios del IVSS.

Por insuficiencia de esta institución, por efecto de leyes orgánicas y especiales y de contratos colectivos que previeron la protección social para sus poblaciones particulares, se crearon, principalmente a partir de los setenta, durante la expansión económica y social, numerosos servicios de atención médica en instituciones públicas nacionales centralizadas o descentralizadas funcionalmente, en estados y municipios. Se contaron más de un centenar.

Algunos de estos servicios eran contributivos, pero la mayoría los financia el Fisco Nacional, a partir del presupuesto de cada institución pública. Esto generó una gran dispersión, desorganización, desfinanciamiento e inequidad.

A partir de los ochenta, el monopolio público fiscal conformado en torno al MSAS y el monopolio público contributivo alrededor del IVSS, entraron en una crisis de acumulación en su concepción, políticas, estrategias, presupuestos, modelos de gestión y modelo financiero, que los condujo a prestaciones cada vez menores en cantidad y calidad o nulas a veces, que obligó, a mediados de esa década, a crear Oficinas de Recuperación de Costos y fundaciones privadas intrahospitalarias que han complicado la situación, aún cuando han permitido también la supervivencia de algunos servicios. Esta crisis se tronó irreversible y afectó a todos los servicios.

¿Dónde estamos?

Desde los noventa, se ha hablado de la reforma del Estado y de la reestructuración económica y social del país. Se ha utilizado múltiples enfoques y estrategias para ello.

Uno de los principios, en el caso de la salud, se basa en compartir con las gobernaciones de estado y alcaldías municipales así como con la sociedad civil, la prestación de dichos servicios,

en el entendido que el Gobierno Nacional reforzará y se dedicará al diseño político, estratégico, normativo y financiero de la salud en Venezuela.

Las gobernaciones de estado coordinarán, en una organización estatal única de salud, la dispersión asentada antes en múltiples entes nacionales prestadores de los servicios. Junto con las organizaciones locales, gestionarán la prestación propiamente dicha, procurando que sea hecha por hospitales con autonomía patrimonial y jurídica.

Particularmente en la Seguridad Social, el subsistema de salud separará todas sus funciones en organizaciones jurídicas y patrimoniales distintas. Las funciones políticas normativas y financieras serán responsabilidad del Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social (MTSS) y su Fondo de Salud.

Las funciones de aseguramiento y manejo de los riesgos de salud general u ocupacional se trasladarán a las Administradoras de Fondos de Salud (AFS) y a las Administradoras de Riesgos del Trabajo (ART) que serán sociedades mercantiles públicas y privadas, que asumirán los riesgos generales de la salud y las de los accidentes y enfermedades laborales, con base a primas de aseguramiento que provendrán desde el Fondo Solidario de Salud y de los empleadores respectivamente. A tal fin, se suscribirán convenios entre el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social y las AFS, y entre los empleadores y las ART.

La prestación de servicios se hará en hospitales y ambulatorios públicos, privados o mixtos que se acrediten por el MSAS y se inscriban en la Superintendencia del Subsistema de Salud.

La supervisión y el control del proceso de afiliación, liquidación y recaudación de las cotizaciones para todos los subsistemas de la seguridad social integral, así como de la distribución de los recursos para cada fondo en particular, los hará el SENIAT. La supervisión y control del financiamiento y del aseguramiento en este subsistema, lo hará la Superintendencia del subsistema de Salud, que es un instituto autónomo tutelado por el Ministerio de Hacienda. La supervisión de la organización y la prestación de los servicios de salud, la realizará el Ministerio de Salud.

Además de estos eventos políticos, legales y administrativos que ocurrirán durante el periodo de transición de la actual seguridad social a la nueva segu-

ridad social integral, es decir, desde ahora hasta el 31 de diciembre de 1999, deben ocurrir otros eventos:

1) Se instalará el Sistema de Registro e Información de la afiliación de trabajadores, empleadores, familiares calificados, administradoras y prestadoras de servicios para toda la seguridad social integral.

2) Al sistema de registro anterior, se conectará el registro de la liquidación, recaudación y distribución de las cotizaciones. La liquidación y recaudación se hará para todos los subsistemas. La distribución se hará para cada subsistema particular. La liquidación, recaudación y distribución será hecha por bancos, entidades de ahorro y préstamo y otras entidades financieras con las que el MTSS hará convenios para tal fin.

3) En particular, al Fondo Solidario de Salud, llegará el 6,25% de las cotizaciones de los trabajadores que devenguen desde 1 a 20 salarios mínimos hasta el 31/12/99 y, a partir del 2000, la cotización será de 7,50%. En el año 2001 será de 8,50%, luego de lo cual se realizarán estudios actuariales proyectados por 5 años para fijar o no un nuevo porcentaje y una nueva base salarial de cotización. De ese total, dos tercios aporta el empleador y un tercio el trabajador. A este Fondo también llegarán los aportes del Fisco Nacional para cubrir las insuficiencias derivadas de las cotizaciones anteriores y otro aporte, por vía del MTSS, que se dedicará al tratamiento de las llamadas enfermedades de alto costo, riesgo y plazo. También recibirá aportes de los Fondos de Pensiones y de Paro Forzoso, para que se garanticen los servicios a las personas jubiladas y pensionadas y a las que pierden involuntariamente el empleo; y tendrá una contribución del 1% del monto pagado en la nómina de las empresas, para las prestaciones dinerarias por enfermedades generales, maternidad o adopción. Las cotizaciones y aportes llegarán mensualmente.

4) El MTSS, a nombre del Fondo Solidario de Salud, suscribirá contratos con las AFS que se hayan registrado en la Superintendencia del Subsistema de Salud, para que manejen los riesgos de salud de los afiliados a la seguridad social integral, es decir, el trabajador y sus familiares calificados. Las administradoras, mediante mecanismos de mercadeo y publicidad permitidos, inscribirá afiliados y lo participará al Fondo Solidario de Salud. Este remitirá a la adminis-

tradora el valor de una prima de aseguramiento del riesgo de salud y por año, tomando en consideración principalmente sexo y edad. El afiliado tendrá libertad para seleccionar su AFS. Los empleadores podrán contratar directamente con las ART, para lo que harán aportes entre el 0,8% y el 6% de los salarios de la nómina de sus trabajadores, dependiendo de la siniestralidad de la empresa, para que las administradoras desarrollen planes de prevención de accidentes y de atención médica, en el caso de accidente o enfermedad profesional.

5) Las AFS pagarán los servicios de atención médica integral, que incluyen las enfermedades de alto costo, riesgo y largo plazo, a los ambulatorios y hospitales donde hayan sido atendidos los afiliados a la seguridad social integral, siempre que se hayan inscrito en aquella, tomando en consideración que el afiliado tiene libertad para seleccionar el prestador de servicios.

6) Se elaborará un plan de atención médica integral y un plan de atención de la enfermedad laboral, que incluirán protocolos para su manejo en los que se determinará la cobertura del establecimiento (ambulatorio u hospital), del personal profesional (médico general o especialista), de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluidos los medicamentos. Sobre esta base se establecerán las relaciones entre las administradoras y los prestadores de servicio.

7) Aquellas personas afiliadas que deseen cubrir riesgos de salud o disponer de servicios distintos a los cubiertos por el Fondo Solidario de Salud, pueden adquirir un plan complementario, voluntario, a las AFS.

¿Para dónde vamos?

Varios son los retos importantes planteados para el subsistema de la seguridad social integral:

La autosuficiencia financiera

Dado el alto desempleo y la gran economía informal, así como los bajos salarios, esto es un desafío.

Las cotizaciones de los trabajadores para un grupo familiar de cuatro o cinco personas, tienen un rango entre Bs. 21.000 y Bs. 67.000 por año y por persona, según que el trabajador devengue uno o cinco salarios mínimos.

El promedio de las primas de seguros privados en siete países de América La-

tina, incluida Venezuela, es de Bs. 192.078.

Aún cuando en la seguridad social no se alcanzarán estos niveles, es tradicional que el aporte del empleador y del trabajador es insuficiente, insuficiencia que aumentará si se incorporan masivamente los trabajadores por cuenta propia.

La insuficiencia debe ser cubierta por el Fisco Nacional y se podría hacer a partir de los aportes actuales que se hacen al IVSS, que ya no se requerirían para ese instituto por su liquidación. Tales aportes irían al Fondo Solidario de Salud, para compensar el aseguramiento de los afiliados inscritos en las AFS.

La futura protección de los actuales jubilados y pensionados

La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral previó la creación de los fideicomisos, en el Fondo de Inversiones de Venezuela, para pagar las pensiones de los 500.000 personas que estarán en esa situación para el 31/12/99. Este fideicomiso pasará un 6,25% del monto pagado en pensiones para el Fondo Solidario de Salud hasta que viva el último sobreviviente de esos jubilados o pensionados.

La incorporación de los trabajadores de la economía informal

Los trabajadores por cuenta propia con ingresos mensuales inferiores a Bs. 100.000, que constituyen 1.700.689 personas con 5.102.067 familiares calificados, para un total de 6.802.756 personas, son afiliados potenciales a la seguridad social. Actualmente, se hacen gestiones con las organizaciones que afilian a los microempresarios para negociar su incorporación a la seguridad social.

La incorporación al Sistema de Seguridad Social Integral y la uniformidad de todos los modelos precedentes de seguridad social

Estos existen fundamentados en Leyes Orgánicas (IPASME, Contraloría General, Procuraduría General, Corte Suprema de Justicia, Consejo de la Judicatura, Consejo Nacional Electoral, Congreso de la República), Leyes especiales (universidades, PDVSA, CADAPE, PTJ, Policía Metropolitana y otros) y convenios de trabajo.

Se decidió que todos los afiliados a estos mecanismos deben registrarse, es decir, afiliarse al Sistema de Registro e Información de la Seguridad Social In-

tegral. Cada uno de ellos, en un plazo de tres años, deben reestructurarse de manera similar a la seguridad social integral, subsistema de salud, esto es:

a) Serán modelos contributivos con los mismos porcentajes y base salarial para la cotización, tanto para el Fondo Solidario de Salud como para los riesgos del trabajo.

b) Se crearán Fondos Solidarios de Salud en cada institución o en mezcla de ellas, para recibir las cotizaciones del régimen solidario.

c) Los recursos del Fondo Solidario de Salud serán manejados por AFS, las ya creadas o que se creen, pero en todo caso cumpliendo con los mismos requisitos de las de seguridad social integral. El afiliado tendrá libertad para seleccionar la AFS.

d) Los recursos provenientes del Régimen de Prevención de Riesgos del Trabajo serán manejados por ART creadas en las mismas condiciones y para los mismos fines que las de la seguridad social integral, subsistema de salud.

e) Se ofrecerán planes de atención médica integral y planes de atención a la enfermedad laboral equivalentes o superiores a los del subsistema de salud de la seguridad social integral.

f) Se garantizará la libre selección de la institución prestadora de los servicios de salud por parte del afiliado.

g) la Superintendencia del Subsistema de Salud supervisará y controlará estos modelos en forma similar, como lo hará para el financiamiento y aseguramiento en el subsistema de salud de la seguridad social integral, teniendo plena capacidad sancionadora también.

Como se puede observar, se trata de armar y poner en práctica todo un nuevo modelo de seguridad social en Venezuela, en el cual uno de sus ejes centrales es el llamado de competencias delegadas. Esto significa que en él van a participar múltiples entes públicos, privados y mixtos, cuya concatenación y coordinación es muy importante.

ROBERTO RONDÓN MORALES

Médico, Ex-Viceministro de Sanidad y Asistencia Social