



En los últimos doce años el país ha experimentado tres grandes esfuerzos de macro-reforma, por distintas razones todas estas reformas han sido infructuosas y limitadas.

El Gobierno desaprovechó una excelente oportunidad para avanzar en la definición de un sistema de salud moderno e integrador

Descifrando la reforma del sector salud

MARINO GONZÁLEZ

El sector salud se ha convertido en un área crítica de las políticas públicas de Venezuela. En los últimos doce años el país ha experimentado tres grandes esfuerzos de macro-reforma: la Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987, las Leyes de la Seguridad Social aprobadas con la autorización de la Ley Habilitante de 1998 y los cambios realizados en el marco de la Ley Habilitante de 1999. Por distintas razones todas estas reformas han sido infructuosas y limitadas. La Ley del Sistema Nacional de 1987 nunca fue implementada en su totalidad. Las leyes de 1998 contribuían a reforzar características perniciosas del sistema de financiamiento público de la salud. Las reformas de 1999, en la práctica, han diferido la discusión para el escenario de la Asamblea Nacional a elegirse este año.

La ausencia de macro-reformas definidas ha ido aparejada con cambios progresivos y poco estudiados en el financiamiento, organización y prestación de servicios de salud, surgidos a través del proceso de descentralización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Las limitaciones sustantivas del sistema público de salud obligan un mayor esfuerzo para establecer líneas de reformas que sean consistentes con nuestras capacidades y debilidades. En este análisis nos concentraremos en las reformas aprobadas en octubre de 1999.

Razones para la reforma

Al menos dos razones poderosas justificaban la decisión del Gobierno actual para revisar las reformas de la seguridad social realizadas en el período anterior. La primera de ellas, tiene que ver con la manera según la cual fue acordada la reforma precedente. La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral (LOSSSI), aprobada en 1997, y el Decreto Ley que regula el Subsistema de Salud (1998), son frutos de un acuerdo tripartito entre el gobierno anterior, los sectores sindicales y los sectores empresariales, ratificado posteriormente por el Congreso Nacional. La aprobación del Decreto Ley se produce en el marco de la Ley Habilitante de 1998. Este procedimiento de deci-

sión, en una materia de tanta trascendencia social, concentra las responsabilidades en sectores particulares cuyos intereses no coinciden necesariamente con el bienestar colectivo. El escenario ideal para discutir la reforma era justamente la expresión de la soberanía popular representada por el Congreso Nacional. Las consabidas debilidades de nuestras instituciones legislativas y la premura por aprobar la reforma antes de la finalización del período, agravaron la exclusión en el proceso de decisión. La reforma terminó siendo el producto de un grupo reducido con una gran fuerza en el aparato burocrático, pero con poca influencia en el conjunto global del sector.

La segunda razón se sustenta en graves deficiencias técnicas, expresadas en la concepción de la reforma. Dentro de estas deficiencias es conveniente señalar las siguientes:

1. La reforma de 1998 mantiene el fraccionamiento del financiamiento público de la salud al reiterar la dualidad entre cotizantes y no cotizantes. La tendencia universal en esta materia es promover sistemas de financiamiento que integren las fuentes de recursos públicos aunque las prestaciones puedan ser diferenciadas. Más aún, la reforma de 1998 establece un subsidio de los sectores más pobres a los sectores medios. El artículo 23 del Decreto Ley del Subsistema de Salud garantiza el financiamiento por la vía fiscal del Fondo Solidario de la Salud. Los cálculos financieros más conservadores señalan, desde comienzos de la década de los noventa, que el Fondo de Atención Médica del IVSS es deficitario en un 50%. Preservar el financiamiento fiscal es continuar subsidiando a los sectores medios, especialmente cuando la tasa de cotización se mantendría en 6,25% sobre el salario y se elevaría a 8,5% apenas el 1 de enero de 2001.

2. A diferencia de su homóloga colombiana (la Ley 100 de 1993), la reforma de 1998 fragmenta el comando institucional del sector salud en tres instancias de la administración central: Ministerio de Hacienda, Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, y Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. La creación de organismos de supervisión, regulación y financiamiento en estos entes agudiza

la endeble capacidad estratégica y de gestión del sistema público de salud.

3. Se introducen indiscriminadamente mecanismos de competencia regulada en el financiamiento y prestación de servicios públicos de salud. Estos mecanismos no son compatibles con el grado de desarrollo institucional del sector público, especialmente en las áreas de información, contabilidad de costos, regulación financiera y determinación de prestaciones sanitarias.

4. La reforma de 1998 obvia el proceso de descentralización de servicios de salud. Al establecer nuevas estructuras de intermediación financiera y prestación se excluye a los estados y se coarta la posibilidad de construir un sistema intergubernamental de salud acorde con sus éxitos y debilidades de los últimos diez años.

Por los elementos citados es claro que la definición de una estrategia alterna de reforma debe incluir al menos los siguientes objetivos: (1) promover la consolidación inteligente de las fuentes públicas de financiamiento, lo cual no equivale necesariamente a su fusión; (2) favorecer una reestructuración institucional que evite las duplicaciones y conflictos en los procesos de políticas públicas en el sector, (3) compatibilizar gradualmente los adelantos de los sistemas de salud en el contexto internacional con nuestras características institucionales y (4) fortalecer el proceso de descentralización de servicios de salud.

Proceso y contenidos de la reforma aprobada

La reforma de 1999 también se hace en el marco de una Ley Habilitante. En este sentido, el proceso de decisión tiene las mismas limitaciones que el experimentado en 1997-1998. El único actor preponderante es el Gobierno. Ningún otro actor está en capacidad de enfrentarse a las políticas que éste pudiera diseñar. Los sectores políticos tradicionales, incluyendo los sindicales y empresariales, no tuvieron ninguna intención de oponerse a las reformas previsibles. Los resultados finales señalan que tal concentración de la toma de decisiones no es ninguna garantía de éxito.

El 7 de octubre de 1999 el Gobierno anuncia al país que ha decidido diferir la decisión en las áreas de pensiones y de salud de la seguridad social. La razón esgrimida es que una materia de tanta trascendencia debía ser aprobada por la Asamblea Nacional surgida de las elecciones generales del año 2000. Si ese hubiera sido el caso, el Gobierno ha debido inhibirse de la inclusión de estas materias en el texto de la Ley Habilitante. Creemos que el ambiente para reformar la seguridad social y la salud debe caracterizarse por la diversidad de criterios y el balance adecuado entre los poderes públicos y la sociedad civil; sin embargo, el Gobierno desaprovechó una excelente oportunidad para avanzar en la definición de un sistema de salud moderno e integrador.

La decisión final no fue realmente diferir. En la Gaceta Oficial Extraordinaria 5398, del 26 de octubre de 1999, se señala el contenido de la reforma. El Gobierno modificó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Integral (LOSSI) en cuatro aspectos sustantivos, a saber:

1. La conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social (artículo 12). Se eliminó la representación de la Federación Médica Venezolana, de los gremios profesionales y de los jubilados y pensionados. También se eliminó la inclusión de seis miembros representativos de las organizaciones laborales y empresariales seleccionados de manera paritaria. Se eliminó la representación expresa de la CTV y de Fedecámaras. Los representantes empresariales y de los trabajadores serán seleccionados conforme a la representatividad de sus respectivas asociaciones.

2. Se detallan las características del Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral y se responsabiliza al IVSS de su dirección.

3. Se aprueba una nueva adscripción para el Fondo de Solidaridad Inter-generacional (pensiones) y el Fondo Solidario de Salud. El primero se coloca bajo la dependencia del IVSS (en la Ley de 1998 estaba en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). El segundo se coloca bajo la responsabilidad del MSDS, al igual que el Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo Plazo.

4. Se revierte la decisión de eliminar el IVSS y se aprueba que se someta a un proceso de reconversión a partir del 1 de enero de 2000. Al mismo tiempo se modifica el órgano de dirección del IVSS. Se crea una Junta Directiva de tres miembros en sustitución del anterior Consejo Directivo. Todos los miembros de la Junta Directiva serán nombrados por el Presidente de la República a proposición del Consejo Nacional de la Seguridad Social.

La adscripción del Fondo Solidario de Salud al MSDS es un paso de avance en la integración inteligente del financiamiento público de salud. Sin embargo, la persistencia de la dualidad de comando queda expresada en el mantenimiento del IVSS, especialmente cuando se le otorgan facultades para un nuevo proceso de reconversión. Pero lo más enigmático de esta reforma es que la única modificación que sufre el Decreto Ley que regula el Subsistema de Salud es la fecha de su entrada en vigencia (1 de enero de 2001). Es decir, la reforma de 1999 deja sin modificación las limitaciones de la reforma de 1998. Desde el punto de vista formal esto significa que, a menos que se apruebe una nueva Ley Habilitante en el año 2000, la Asamblea Nacional deberá legislar sobre esta materia con gran celeridad. En caso contrario, entraría en vigencia la misma legislación de salud que el Gobierno pretendió reformar. Las contradicciones entre la nueva LOSSI y las leyes específicas de pensiones y salud harían prácticamente imposible su implementación.

Algunas lecciones e implicaciones

Si alguna lección queda de esta experiencia es que para reformar no es suficiente la voluntad de hacerlo. En materias como la seguridad social y la salud la complejidad es aún mayor. El Gobierno demostró debilidades significativas en el manejo del proceso de formulación de políticas, a pesar de hacerlo con una gran concentración de poder. Es evidente que, en el Alto Gobierno, no hubo un análisis estratégico adecuado de las interrelaciones que tienen las reformas de la seguridad social, especialmente en

las áreas económicas (fiscales, presupuestarias) e institucionales. No hubo, lamentablemente, ni visión de conjunto ni de largo plazo. Ambos requerimientos son esenciales en un área tan importante como la seguridad social.

Otra lección es que no existe coherencia programática en los grupos políticos que sustentan la gestión del actual gobierno. La imposibilidad de establecer acuerdos entre despachos ministeriales, y entre estos y los representantes en la Asamblea Nacional Constituyente, es una prueba de ello. Desde el punto de vista práctico este aspecto influirá probablemente en la dinámica de la reforma en los próximos meses. La rivalidad institucional en el área de financiamiento no se ha eliminado, apenas se ha postergado. También convendría analizar la utilidad de las Leyes Habilitantes en materias tan conflictivas y complejas como las analizadas. Los resultados de las dos últimas Leyes Habilitantes así lo sugiere.

Finalmente, este proceso demuestra que hay mucho camino por recorrer para tener un sistema de salud efectivo, equitativo y eficiente. La postergación de la reforma alarga el tiempo de espera, especialmente de los sectores más pobres. Como nota positiva debe señalarse que por primera vez desde 1937 la posibilidad de armonizar el financiamiento público de la salud está en la agenda política. La oportunidad de construirlo dependerá más de cómo compartamos responsabilidades que de la voluntad de quienes nos gobiernen.

MARINO GONZÁLEZ

Ph.D. en Políticas Públicas, miembro de la Unidad de Políticas Públicas de la USB