



ocan nuevamente tiempos de reforma en el sector salud. Por tercer año consecutivo la sociedad contempla, a veces escéptica y con no poca indiferencia, las opciones que se discuten para mejorar su sistema de salud. La aprobación de la Constitución de 1999 y las urgencias por establecer un nuevo marco de la seguridad social, han sido los catalizadores en esta oportunidad. Las experiencias fallidas de reforma en los últimos lustros deben servir para no repetir los mismos errores y omisiones. La hora exige un esfuerzo de comprensión a la altura de las complejidades del financiamiento y prestación de servicios de salud. Diseñar otra reforma sin tomar en cuenta las visiones incompletas que hemos tenido y los fracasos resultantes, será, lamentablemente, abono fértil para una nueva decepción.

La viabilidad y adecuación de la reforma requiere: (1) interpretar las tendencias institucionales del sector salud, (2) valorar las enseñanzas de las reformas previas, (3) establecer las posibilidades y limitaciones del marco constitucional aprobado en 1999, y (4) caracterizar los lineamientos estratégicos que podrían guiar los cambios. Los puntos anteriores constituyen los propósitos de este ensayo.

MARINO J. GONZÁLEZ R.

La ausencia de reformas tiene efectos de largo plazo

Si alguna lección ofrece la experiencia del sector salud en Venezuela, es que la historia se encarga de establecer, más temprano que tarde, las consecuencias de la ausencia de reformas adecuadas. El sistema que tenemos, es producto, en gran parte, de no haber tomado un determinado camino décadas atrás. En efecto, luego de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936, Venezuela tuvo, aparentemente, la oportunidad de construir un sistema de salud menos excluyente y fragmentado.

En noviembre de 1936, el Ministro Santos Domínici solicitó a las representaciones diplomáticas residenciadas en Caracas apoyo técnico para preparar una Ley que estableciera el Seguro Social. Domínici había culminado su Doctorado en Ciencias Médicas en Francia en 1894. Es probable que la legislación alemana de 1883, por la cual se creó por primera vez el seguro social con financiamiento de trabajadores y patronos, hubiera animado en Domínici la idea de replicar esta experiencia en Venezuela. Sabemos por Archila (1955) que Domínici nombró una Comisión para elaborar la Ley del Seguro Social Obligatorio, la cual debía ser sometida al Congreso Nacional en 1937. También sabemos, por la misma fuente, que el Consejo de Ministros aprobó integrar las comisiones que trabajaban en esa dirección: la de Sanidad y Asistencia

Social, la de la Oficina del Trabajo y la del Ministerio de Fomento. Lo que no sabemos con certeza, pero podemos suponer, es que Domínici concebía un seguro de salud bajo la responsabilidad del propio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Archila no confirma si ese proyecto de ley fue finalmente elaborado. El 24 de febrero de 1937 fue sustituido el Ministro Domínici. En caso de que el proyecto de ley hubiera recogido la posición de Domínici, el país hubiera podido integrar el financiamiento de los trabajadores en un ente con injerencia directa sobre los servicios de salud, esto es, el MSAS. Tal opción hubiera evitado la fragmentación del financiamiento público entre "cotizantes" y "no cotizantes" que nos ha caracterizado hasta la actualidad. La creación del Seguro Social Obligatorio en 1944, bajo el comando del Ministerio del Trabajo, fue la consecuencia histórica de la ausencia de la reforma probablemente concebida por Domínici. Como se puede observar, resultó una ironía que la constitución de un sistema de salud hubiera podido quedar sellada por la sustitución de un ministro. Como enseñanza para los reformadores de la etapa actual, debe quedar la constatación de que los cambios deben, en primer lugar, ser aprobados.

Los desafíos de la Reforma Institucional del

sector salud

El sistema que hemos construido

Desde 1936 hasta la fecha, Venezuela ha construido un sistema de salud complejo, poco conocido, más flexible de lo que suponemos, y más cambiante de lo que aparenta. En la práctica, el análisis histórico-institucional de nuestras políticas de salud es una tarea por hacer. Sin embargo, algunos rasgos o constantes pueden proponerse para establecer con más claridad los requerimientos de las reformas. Ellos son los siguientes:

Limitaciones inherentes a la conceptualización de la salud

Los sistemas de salud modernos se orientan hacia la concepción denominada "salud de las poblaciones". Tal premisa supera la visión de la salud como responsabilidad exclusiva de los servicios curativos (ambulatorios y hospitales). Además, también se asigna a otros ministerios y sectores, responsabilidades sobre la promoción, prevención y curación. La esencia de este enfoque es su visión integral y la convicción de que muchas de las soluciones a los problemas de salud, están fuera del marco de responsabilidades de los ministerios del sector, lo cual, por supuesto, no significa que se descuiden los servicios en esta área. Hoy en día en Canadá, por ejemplo, se asume con interés la posibilidad de financiar centros para la tercera edad y modalidades terapéuticas fuera de la esfera de

los servicios de salud. En Venezuela, tales enfoques son muy incipientes. La asignación de recursos, especialmente los públicos, se realiza privilegiando a los servicios, y dentro de ellos, a los que realizan más intervenciones curativas, hospitales de alta tecnología, por ejemplo. Todo ello se desarrolla en perjuicio de intervenciones más costo-efectivas como la construcción de cloacas o acueductos, o la educación de la población femenina.

Fragmentación del financiamiento público

Si bien es cierto que no debe sobreestimarse la influencia de un factor en la organización de un sistema de salud, no es menos cierto que la fragmentación del financiamiento público, está en el corazón de las deficiencias que confrontamos. Si hay algún área de las políticas públicas en la cual es fundamental el origen público del financiamiento, esa es la salud. El mercado de la salud es, probablemente, el más imperfecto y requiere la acción del Estado para compensar las diferencias que afectan a los sectores de menores recursos.

La tendencia internacional en esta materia es hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, independientemente de la capacidad de pago y la condición social o laboral de los usuarios. La experiencia del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra y su emulación por otros países como los nórdicos, España, Portugal, Italia,

Turquía, entre otros, apuntan exitosamente en esa dirección. Estos países han eliminado progresivamente la distinción entre "cotizantes" y "no cotizantes" a través de la creación de sistemas de salud financiados fundamentalmente por impuestos, sin excluir totalmente, sino en condiciones muy específicas, las contribuciones de los trabajadores. Las experiencias recientes de algunos países de Europa Oriental y Central, y Asia Central (la República Checa, Estonia, Hungría, Kasakstan, Kirguzstan, Latvia, la Federación Rusa y Eslovaquia), confirman las limitaciones de las reformas centradas en el aumento de las cotizaciones de los trabajadores. El informe anual de la OMS (1999) plantea con claridad meridiana la importancia del financiamiento público de la salud y la conveniencia de la integración inteligente de estas fuentes.

El caso de Venezuela expresa con claridad estas deficiencias. Aparte de la fragmentación del financiamiento público, expresado con la creación de más de 100 modalidades de prestación de servicios, existen algunos indicios que señalan que la mayor parte de los recursos provienen de fuentes privadas. También debe señalarse que la proporción de la inversión en primas de seguros privados de salud con respecto al total de primas de seguros ascendió de 4% en 1976 a más de 30% en 1998, lo cual es indicativo del aumento de los costos que son sufragados por particulares.

Complejidad creciente de los servicios públicos de salud

La organización de los servicios públicos de salud en el siglo XX fue afectada por dos tendencias de signo contrario, pero con efectos similares. A finales de los años cuarenta se inicia el proceso de nacionalización de servicios que tradicionalmente habían estado en manos de municipios y estados. Diez años más tarde la mayoría de estos servicios se encontraban en poder del nivel nacional. Como producto de la tendencia descentralizadora que se desarrolla en el sistema político a finales de los ochenta, se implementa la devolución de funciones y servicios a las instancias subnacionales y locales. De esta manera, se ha construido uno de los sistemas de salud más complejos del mundo en desarrollo. Sin embargo, ambos procesos (la nacionalización y la descentralización) han contribuido a aumentar la complejidad del sector público, sin resolver los problemas del desempeño de los servicios, y la efectiva delimitación de responsabilidades y rendición de cuentas.

Desarticulación entre lo público y lo privado

Ningún sistema público, por más grande u organizado que sea, es capaz de proveer la totalidad de los servicios de salud. Más aún, la tendencia universal es la efectiva articulación entre lo público y lo privado en esta materia. Al reconocer el rol fundamental del financiamiento público no se debe excluir el financiamiento privado. Muchos países desarrollados establecen toques de financiamiento público para todos los ciudadanos, por encima de los cuales se permite y promueve una gran gama de financiamiento y prestación privada. Además, en algunos países se están realizando experiencias exitosas en las cuales se adopta un esquema de financiamiento público con prestación privada regulada. La justificación de tales combinaciones es la posibilidad que tiene el sector privado para incorporar innovaciones gerenciales que promuevan la mayor costo-efectividad del sistema. En nuestro país no existe una cultura adecuada de vinculación entre ambos subsectores.

Podríamos decir que ambos mundos se caracterizan por sus debilidades de organización interna, sumados a las dificultades de interrelación. Sin embargo, es evidente que la complejidad no ha sido exclusiva del sector público, y que en todo el territorio nacional existen muchas experiencias en el ámbito privado que deben ser reforzadas y ampliadas.

Como resultado de la acción de estos rasgos a través del tiempo, el sistema de salud ha tenido un desempeño incompatible con los recursos administrados. Nuestros indicadores de salud son similares a los de países con menor desarrollo relativo. El patrón epidemiológico del país presenta enfermedades cuyos efectos son evitables a través de intervenciones de bajo costo. El incremento de las enfermedades crónicas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH-SIDA, diabetes, etc.) es un reflejo de la ausencia de estrategias multisectoriales. La inexistencia de redes asistenciales integradas (incluyendo la asociación con prestadores privados) promueve el uso ineficiente de recursos. Las inequidades en el financiamiento y la prestación de servicios, aunque poco estudiadas, son evidentes. Es obvio que necesitamos modificar nuestras actuales prácticas.

Algunas enseñanzas de las reformas intentadas

Las insatisfacciones con el sistema de salud han generado múltiples intentos de reforma. Escapa a la intención de este ensayo caracterizar sus logros y limitaciones. Sin embargo, es importante presentar algunas de las lecciones más importantes de estos procesos, especialmente en el contexto de la reforma que se discute actualmente.

La Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987 demuestra que se puede aprobar una reforma por unanimidad, sin que ello signifique su ejecución. El plazo definido para su implementación fue de 10 años. Sin embargo, dicho plazo no se acompañó con el compromiso concreto de las instituciones involucradas. El mismo Congreso que aprobó esa Ley (considerada por algunos como la cima del centralismo en nuestra administración pública), un año más tarde inició el

proceso de descentralización. Este último hecho ilustra la importancia de legislar entendiendo los cambios, muchas veces silentes, que avanzan en la sociedad.

La descentralización de servicios de salud iniciada en 1990 (con la solicitud de las transferencias de competencias) nos ofrece un buen ejemplo de lo que implica construir nuevas instituciones. En los primeros años del proceso de descentralización se consideraba que bastaba la mera transferencia para contar con mejores servicios de salud. Algunos estados fueron más audaces al pensar que era posible transferir competencias a instancias locales, independientemente de sus capacidades institucionales. El tiempo ha demostrado que la transferencia es apenas el comienzo del camino, y que hay un gran trecho por avanzar en materia de construir instituciones. Por otra parte, la descentralización de servicios es posiblemente una experiencia desarrollada con mucha intuición, sin poder identificar protagonistas que no sean colectivos, basada en nuestros propios recursos. Quizás allí se encuentran sus grandes fortalezas.

La reestructuración del IVSS aprobada en 1992 ejemplifica la importancia del seguimiento y del desarrollo de capacidades técnicas. La restitución de la viabilidad financiera del IVSS requería la ponderación y experimentación de nuevas modalidades de gestión. La ejecución del plan de reestructuración exigía el seguimiento directo por parte de las instancias legislativas y el desarrollo de una agenda técnica compleja. Como resultado de deficiencias notorias en estas materias, se agravó la crisis financiera del IVSS y disminuyeron las posibilidades de acción. Irónicamente, a ocho años de esa reforma, existen los mismos vacíos. Los estudios actuariales, por decir apenas un ejemplo, no existen o no están adecuados a las tareas. Sin embargo, cualquier decisión que se tome tendrá que pasar por esta área. En otras palabras, diferir sólo sirve para encontrar más adelante el mismo problema, aumentado, claro está.

La reforma paralizada de 1998 demuestra que no se puede legislar sin atender los tiempos políticos y la participación de otros sectores. Además,

esta reforma nos enseña que los patrones de la reforma pensional no tienen que ser parecidos a los de la reforma de salud. Finalmente, la reforma de 1999 nos indica palmariamente que no basta la voluntad para diseñar políticas públicas en esta área (ver SIC, Marzo, 2000).

Posibilidades y limitaciones del marco constitucional de 1999

La Constitución de 1999 establece la posibilidad de eliminar la fragmentación del financiamiento público. El artículo 85 plantea que el financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado. También señala que se integrarán los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.

Sin embargo, la misma Constitución establece algunas cortapisas a las posibilidades de reforma. Al establecer (artículo 84) que el Estado "gestionará un sistema público nacional de salud", se limita apreciablemente el ensayo de opciones en las cuales se pueda combinar el financiamiento público con la prestación privada. Señalar que la salud es un servicio gratuito impide introducir la noción de corresponsabilidad en el manejo de los recursos públicos, por cuanto es evidente que la sociedad financia (por diversas vías) los servicios que puedan prestarse sin contribución directa de los usuarios. Restricciones para la adopción de nuevas formas de gerencia de los bienes públicos (artículo 84) y el desarrollo de una industria nacional de producción de insumos (artículo 85), introducen rigideces en el manejo de los recursos. Finalmente, señalar que el sistema público nacional de salud está integrado al sistema de seguridad social, puede limitar la aprobación de opciones organizativas propias (artículo 84).

Tal pareciera que la viabilidad de la reforma dependerá de la capacidad de los actores para construir "consensos para-constitucionales". Estos consensos serán interpretaciones diferentes a las limitaciones ya descritas. Como tales, serán producto de la negociación política y técnica, y no del apego acrítico a la normativa constitucional.

Lineamientos estratégicos de la reforma

La historia se ha encargado de llevarnos al mismo punto de 1937. Tenemos la opción de avanzar en la construcción de un sistema de salud moderno. Y ello supone integrar, no excluir. Esta debería ser la consigna de las élites de la reforma. Desde esta perspectiva, los lineamientos estratégicos de la reforma abarcan, tanto su gobernabilidad, como sus contenidos.

Gobernando la reforma

Sería ingenuo que las élites de la reforma consideraran su trabajo culminado con la redacción de un proyecto de Ley para enviar al Ejecutivo. La reforma implica, tanto la aprobación por parte del Consejo de Ministros, como su ratificación por la Asamblea Nacional. En todo ese proceso, que puede llevar todo el año 2001, se necesita un liderazgo identificado con la reforma, que sea capaz de convencer a propios y extraños. Por tal razón, el proyecto de Ley debe estar sustentado en un consenso amplio y sincero en el cual participen todos los actores afectados por la reforma. Ello supone una discusión detallada y un paciente esfuerzo de concertación. Si la reforma es enviada al Ejecutivo sin contar con ese apoyo, se diluirá su efecto político. La Asamblea Nacional, entonces, deberá garantizar un mínimo de coherencia técnica y política.

Por otra parte, la reforma requiere una consideración sistemática de su implementabilidad. Es decir, la reforma debe pasar la prueba de los detalles. Si el Ejecutivo, que controla la conducción gubernamental, no es capaz de visualizar los detalles de la reforma, corre el riesgo de recibir de vuelta una reforma más complicada e incoherente.

Definiendo la reforma

La experiencia parece indicar que no somos buenos (ningún país lo es) para manejar complejidades innecesarias. La reforma debe estar acotada a lo realmente fundamental en la situación actual. Cuatro elementos configuran lo "realmente fundamental":

(1) promover la integración inteligente de los recursos públicos, especialmente en el caso del Fondo de Atención Médica del IVSS, (2) establecer las bases para que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) asuma su rol rector y coordinador, (3) profundizar la construcción del sistema intergubernamental de salud, y (4) avanzar en la articulación efectiva entre el sector público y privado. Es obvio, que la reforma de un sistema de salud es un proceso inacabado. Debe haber la suficiente sensatez para no pretender hacer "todo ahora". Por consiguiente, se debe evitar: (1) integrar indiscriminadamente los recursos públicos sin sopesar sus desventajas operativas y políticas, (2) regular e intervenir exageradamente las modalidades de financiamiento y prestación privada, (3) promover esquemas de descentralización local (municipios) incompatibles con sus capacidades institucionales, y (4) reglamentaciones excesivas y detalladas.

Es evidente que una reforma de esta naturaleza supera el ámbito de responsabilidades de sus conductores. La sociedad toda está llamada a expresarse. Ojalá tengamos la madurez para escuchar, entender, y actuar efectivamente.

Referencias

Archila, Ricardo. 1955. Historia de la Sanidad en Venezuela. Caracas: Imprenta Nacional. Tomo I. Pp. 299.

MARINO J. GONZÁLEZ R.

Ph.D. en Políticas Públicas. Profesor y miembro de la Unidad de Políticas Públicas (USB).