

El sistema de salud  
venezolano: desafíos

**El sistema de salud venezolano:  
Desafíos**

María Helena Jaén

**EDICIONES  
I E S A**

RA  
481  
J39  
ej. 3

El sistema de salud venezolano: Desafíos/María Helena Jaén. Caracas: Ediciones IESA, 2001. No. de páginas 128  
ISBN: 980-217-246-4



El Instituto de Estudios Superiores de Administración mantiene una política imparcial con respecto a cuestiones de política pública y áreas afines a la gerencia y a la administración, con el fin de garantizar la libertad intelectual de sus investigadores. Por consiguiente, las interpretaciones o conclusiones contenidas en las publicaciones de Ediciones IESA deben atribuirse a sus autores y no al instituto, a sus directivos, a su personal académico o a las instituciones que apoyan sus proyectos de investigación, así como a la editorial.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por medio alguno, sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopia, sin permiso escrito previo del editor.

Derechos exclusivos  
1ra. edición, mayo 2001  
Ediciones IESA, C.A. 2001  
Hecho el depósito de ley  
Depósito legal: lf2392001614816  
ISBN 980-217-246-4

Ediciones IESA, C.A.  
Av. IESA. Edf. IESA. San Bernardino  
Apartado postal 1640. Caracas-Venezuela  
Telefax: (58-212) 551.28.62 - 551.26.86  
email: edies@iesa.edu.ve  
Web: <http://www.iesa.edu.ve/ediciones>

Producción editorial: Ediciones IESA, C.A.  
Diagramación: Luzmila Perdomo Ediciones  
Corrección: María Enriqueta Gallegos  
Diseño de la carátula: Elizabeth Cornejo  
Impreso en Caracas-Venezuela por: Editorial Torino

## Contenido

Introducción .....	11
<b>1. ¿Cuál es el sistema de salud que se quiere reformar? .....</b>	<b>15</b>
El desempleo, la informalidad y la pobreza como determinantes de la selección de la fuente de financiamiento y del sistema de aseguramiento .....	18
El perfil epidemiológico del venezolano como determinante de quién financia y cómo se asignan y distribuyen los recursos ...	21
El diseño institucional y la descentralización: los acompañantes necesarios para una reforma del sistema de financiamiento .....	31
El desempeño del sistema sanitario: una señal para el cambio de las reglas de juego del financiamiento .....	35
El comportamiento del financiamiento de la salud: la obligación de cambiar .....	41
Los actores: llave para construirle viabilidad política a la reforma .....	45
Normativa legal del Sector Salud: el marco general para el cambio .....	50
El escenario para el próximo año y la urgencia por empezar .....	50
<b>2. Desafíos para construir una propuesta de política en salud .....</b>	<b>53</b>
La política de salud del Estado venezolano: soporte clave para preparar la propuesta .....	53
Componentes de un sistema de salud .....	57
Modelos y alternativas de financiamiento de la salud .....	58
Interrogantes para la preparación de la propuesta .....	61
<b>Siglas .....</b>	<b>65</b>
<b>Glosario de términos .....</b>	<b>67</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo 3 .....</b>	<b>87</b>
<b>Anexo 4 .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo 5 .....</b>	<b>107</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>117</b>

Donación de la biblioteca Pura-Cob de Sant Kelly 14/11/2003 D-07(04) 251

*A Juancho, por estar siempre. A mis queridas  
Fabi, Carola y Carmen T.*

## Agradecimientos

Agradezco los comentarios y observaciones de la profesora Janet Kelly del Centro de Políticas Públicas (CPP) del IESA. A mis compañeros del CPP y críticos estrictos: Richard Obuchi, Ángel Alayón y Daniel Paravisini, mi gratitud por sus recomendaciones para mejorar el trabajo y por haberme permitido discutir el caso con ellos en reiteradas oportunidades. Un reconocimiento especial al apoyo desinteresado y solícito de la economista Silvia Salvato, quien no sólo se leyó el trabajo sino que me proporcionó información fundamental para la elaboración del aparte relativo al financiamiento. Gracias a mis colegas Maritza Jiménez, Pasqualina Curcio, Kattina Borges y José Aparicio, quienes me facilitaron información para la preparación de este caso diseñado para los estudiantes de la Maestría de Políticas Públicas y del programa de “Gerencia de Centros de Salud” del Centro de Desarrollo Gerencial del IESA.

## Introducción<sup>1</sup>

Usted ha sido convocado a formar parte del equipo que apoyará al Ministerio de Salud y Desarrollo Social<sup>2</sup> de Venezuela en la preparación de una propuesta de reforma del sistema de salud. Participará especialmente en el diseño del sistema de financiamiento, porque otros se están encargando del resto de los cambios institucionales, organizativos y administrativos. Es muy importante que comprenda que una reforma del sistema de financiamiento no es lo mismo que una del sistema de salud. La primera se concentra en la transformación de las modalidades, mecanismos y circuitos para financiar los servicios de salud. Por su parte, la reforma integral abarca cambios administrativos y estructurales del diseño institucional, de los mecanismos de regulación y de las organizaciones involucradas en el sistema intergubernamental de salud venezolano.

Hecha esta aclaratoria, lo primero que tiene que tener claro es que el diseño de cualquier propuesta integral de reforma del sector salud y, por ende, de su financiamiento, parte del supuesto de que en la determinación de las condiciones de salud de la población no sólo intervienen los servicios de salud sino otros sistemas de política: económico, educativo, ambiental y demográfico (González, 1999a). Además, debe tener presente que lo que se haga o deje de hacer en este sector afectará al capital humano y tendrá un impacto sobre la capacidad del venezolano de construir y aportar al desarrollo del país.

---

1 Este caso se preparó basado en datos y hechos reales. Sin embargo es necesario hacer las siguientes aclaratorias: 1. La introducción es una combinación de realidad y ficción porque si bien el Ministerio de Salud está preparando una propuesta de reforma del sector con un equipo estratégico, el autor no conoce exactamente bajo qué premisas y condiciones. 2. El capítulo 1 está estrictamente ceñido a la realidad, con excepción del aparte relativo al escenario para el próximo año, donde quien suscribe se tomó la libertad de proyectar una situación —no totalmente sustentada— con el objetivo claro de hacer más compleja la solución del caso. 3. El capítulo 2 es también una mezcla de realidad y ficción porque a pesar de que utiliza fuentes ciertas e información pública, en algunas oportunidades el autor se tomó la libertad de añadir temas de discusión con la finalidad de que el estudiante se vea obligado a enfrentar el caso en toda su dimensión. Finalmente, los análisis, interpretaciones y conclusiones expuestos en este documento son responsabilidad exclusiva del autor y no comprometen a ninguna de las instituciones o personas mencionadas en el mismo.

2 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social hasta septiembre de 1999.

Es por ello que en la elaboración de esta propuesta debe definirse con claridad cuál es la capacidad del sector para darle respuesta a los problemas de salud y, por ende, para mejorar las condiciones de vida de la población. El ministro sabe que tiene un difícil reto frente a sí y le solicita a usted como experto en políticas públicas y economía política que le dé soporte al equipo técnico que está preparando el esquema de financiamiento. Es en esta reforma que él quiere que usted se concentre. Y le pregunta ¿Cuál es el modelo que necesitamos construir para financiar, asegurar y proveer los servicios de salud en nuestro país bajo las condiciones políticas, institucionales, económicas y sociales actuales y proyectadas?

Pero el ministro y su equipo se dan cuenta que serían muy ingenuos si sólo se dedican a construir un documento técnicamente sólido, más aún cuando están claros que no existe la propuesta perfecta de reforma financiera del sistema de salud. La experiencia internacional le dice que es necesario construirla o diseñarla, aceptando las debilidades de una u otra conceptualización y partiendo de la realidad particular de su país. Él sabe que lograr la compatibilidad entre la eficiencia del sistema con su equidad, efectividad y eficacia es sólo su primer reto. Está consciente de que es necesario, además, que la reforma tenga asidero institucional y factibilidad financiera. Se plantea entonces que es indispensable definir cuál es el monto de los recursos que debe asignarle a los servicios de salud, tomando en consideración, por una parte, que los recursos son limitados y, por la otra, que las condiciones de salud están condicionadas por múltiples sistemas de política, para de esta manera seleccionar una opción financiable y sostenible en el tiempo, que además sea costo-efectiva. Como si esto no fuera suficiente, el ministro sabe que el éxito de la misma depende de que se logre un consenso político a su alrededor. Así que son cuatro los desafíos a los cuales es necesario darle respuesta.

A usted lo han convocado para que trabaje con un equipo multidisciplinario nombrado por el ministro. Este equipo, entendiendo la preocupación de su jefe, ha preparado un documento que describe cómo se comporta el sistema de salud venezolano: cuáles son las condiciones de salud de la población, cómo está organizada la red de servicios y algunas características de su diseño institucional, si tiene o no problemas de financiamiento, cuáles son las leyes que lo regulan, cómo está la cobertura de la población, quiénes son los actores que participan en el sector y cuál es el nivel de pobreza e informalidad en el país. El análisis incluye también un

resumen de las distintas propuestas de reforma en salud que se han presentado en Venezuela. Es necesario que la que se elabore subsane los errores, contradicciones y fallas confrontadas hasta el momento en esas otras propuestas. Porque no debemos olvidar que ésta no es la primera vez que se plantea una reforma del sector salud en el país. De hecho, hay varios antecedentes, entre ellos, el Sistema Nacional de Salud (1987), la reforma diseñada por el MSDS a través del denominado "Proyecto Salud" (Jaén *et al.*, 1997) y la de la Comisión Tripartita (Ley del Subsistema de Salud-Ley Orgánica de Seguridad Social Integral, 1997).<sup>3</sup>

3 En el aparte "Marco legal del sector salud" se identifican los números de las gacetas y fechas de publicación de estas leyes.

## 1. ¿Cuál es el sistema de salud que se quiere reformar?

El análisis de algunos indicadores básicos de salud para el año 1998 tales como mortalidad infantil (tasa de 21 por 1.000 nacidos vivos registrados —n.v.r.), de menores de 5 años (tasa de 25 por 1.000 n.v.r.) y expectativa de vida (72 años),<sup>4</sup> colocan a Venezuela en una situación favorable entre los países de América Latina y el Caribe (Unicef, 2001) (cuadro 1). Sin embargo, la perspectiva cambia cuando se evalúa las tendencias de estos índices en su relación con los de desarrollo económico y social (Unicef, 2001). Si se toma la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años como indicador clave de salud, la de incorporación a la educación primaria como índice educativo y el PIB per cápita como indicador del desarrollo económico, países como Costa Rica y Cuba, por ejemplo, han sido más exitosos que Venezuela, porque con un PIB per cápita menor, han logrado mejores índices de desarrollo social.

Si además se analiza la tasa media de reducción anual (TMRA) de la mortalidad de menores de 5 años<sup>5</sup> para el período 1990-1998, como índice de progreso del país, Venezuela se ubica entre los países con menor promedio de reducción de la mortalidad de menores de 5 años (1.0 por

4 Si bien existen datos más actualizados en el MSDS, a los fines de hacer comparaciones internacionales y para asegurar que las cifras sean comparables, se toma la data de la División de Población de las Naciones Unidas. Es importante aclarar que no siempre las estadísticas nacionales (por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años y la expectativa de vida) coinciden con las publicadas por organismos internacionales tales como las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y el Banco Mundial.

5 Esta tasa refleja el ritmo de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años y “a diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, la TMRA refleja el hecho de que la reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años es cada vez más difícil de conseguir a partir de ciertos límites. En efecto, cuanto más bajos son los niveles de mortalidad de los menores de cinco años ya alcanzados por un país, la misma reducción absoluta representa una mayor reducción porcentual. Una disminución de diez puntos de la tasa de mortalidad de menores de 5 años desde el índice 100 al 90 representa una reducción del 10 por ciento, mientras la misma disminución de diez puntos desde el índice 20 al 10 representa una reducción del 50 por ciento” (Unicef, 1999). Para mayor información, véase el “Glosario de términos”.

**Cuadro 1**  
Indicadores de salud, educación y desarrollo económico de países seleccionados de la región de las Américas  
Año 1998

Paises seleccionados de la región de las Américas	Población total (millones) 1998	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1.000 n.v.r) 1998	Posición en función de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (del valor más alto 316 = rango 1 al valor más bajo 4 = 189) 1998	Tasa media de reducción anual (%) de la mortalidad de menores de 5 años 1960-1990	Tasa media de reducción anual (%) de la mortalidad de menores de 5 años 1990-1998	Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) (por 1.000 n.v.r) 1998	PIB per cápita (\$) 1997	Porcentaje de niños con bajo peso al nacer 1990-1997	Tasa neta de escolarización primaria (%) 1990-1999	Tasa global de fecundidad 1998 (No. hijos/mujer)	Tasa de mortalidad materna reportada (por 100.000 n.v.r) 1980-1998	Expectativa de vida (años) 1998
Argentina	36.1	22	126	3.1	3.0	19	8.950	7	95	2.6	38	73
Canadá	30.6	6	166	4.3	5.1	6	19.640	6	95	1.6	.	79
Chile	14.8	12	148	6.4	6.4	11	4.820	5	88	2.4	23	75
Costa Rica	3.8	16	145	6.5	0.0	14	2.680	7	93	2.8	29	76
Cuba	11.1	8	160	4.7	6.1	7	1.170	7	94	1.6	27	76
Estados Unidos	274.0	8	160	3.7	2.8	7	29.080	7	95	2.0	8	77
Perú	24.8	54	73	3.8	4.1	43	2.610	11	100	2.9	270	68
Venezuela	23.2	25	115	3.4	1.0	21	3.480	9	84	3.0	65	72
Promedio países de América Latina y el Caribe	498.2	39	No aplica	3.5	3.8	32	3.894	9	89 varones 90 hembras	2.7	.	69

Para la definición de los indicadores, véase "Glosario".

Fuente: Unicef (2001).

ciento)<sup>6</sup> del total de los de América Latina y el Caribe (con un promedio de reducción del 3.8 por ciento). Este dato es aún más significativo si se compara con el observado para el período 1960-1990 (3,4 por ciento), con el agravante de que para el primer período era muy similar al promedio para América Latina y el Caribe, igual a 3.5 por ciento. Esta tendencia fue mostrada por Jaén (1991) no sólo para la mortalidad de menores de 5 años, sino para la mortalidad materna, pero González (1999a) señala que las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal, de 1 a 4 años y materna siguen bajando de 1983 a 1995, manteniendo la misma tendencia del período 1960-1995. Queda entonces la interrogante de si efectivamente durante las décadas de los ochenta y noventa hubo un estancamiento en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población venezolana o si el ritmo de progreso se mantuvo a través del tiempo.

Nuestra hipótesis es que hay suficientes indicios a favor de la tesis del estancamiento del progreso, pero independientemente de esta consideración existe consenso en cuanto al bajo desempeño del sistema de salud y al deterioro de la provisión de los servicios, lo cual ha ocasionado una gran insatisfacción de la población no sólo frente a sus condiciones de vida sino también ante la baja efectividad, equidad, disponibilidad, eficiencia, accesibilidad y calidad de los hospitales y ambulatorios. Hay cierto acuerdo en que el deterioro del sistema de servicios ha sido sostenido y progresivo especialmente a partir de la década de los ochenta pero que los estados que han recibido la competencia concurrente de la salud muestran un mejor desempeño institucional.<sup>7</sup> Pero también queda claro que, a pesar de que existe consenso sobre el deterioro del sector, la sociedad venezolana no ha logrado construir y consolidar una reforma de su sistema de salud convincente desde el punto de vista técnico, institucional y financiero, que además cuente con el apoyo político de los actores que participan en el sector.

6 Cuando se analiza el período 1990-1997 (anexo 2: cuadro 1), el único país que muestra un promedio de reducción (0,7 por ciento) menor que el de Venezuela es Panamá (Unicef, 1999) pero durante 1990-1998 no sólo Panamá presenta 0,6 por ciento de reducción sino también Costa Rica con 0 por ciento se ubican por debajo de Venezuela. Si bien se señala la posición favorable de Costa Rica, llama la atención el deterioro observado durante la década de los noventa en el ritmo de progreso medido por la velocidad de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años.

7 En el anexo 1 se presenta un resumen de los antecedentes históricos más relevantes del sistema sanitario venezolano.

Este es el panorama general y el gran reto con el que se enfrenta el ministro de Salud y Desarrollo Social de Venezuela. Y como si fuera poco, el ministro sabe que dispone de recursos económicos limitados, que el porcentaje de pobreza ha aumentado y que lo que haga o deje de hacer afectará el capital humano con el que cuenta el país para impulsar su desarrollo. Éste es el escenario en el cual usted debe insertar la propuesta de reforma financiera del sistema de salud venezolano.

### **El desempleo, la informalidad y la pobreza como determinantes de la selección de la fuente de financiamiento y del sistema de aseguramiento**

Venezuela está catalogada por la Oficina Internacional del Trabajo (agosto 1999)<sup>8</sup> como uno de los países con mayor atraso laboral de América Latina, dado que en la década de los noventa presenta un aumento del desempleo, la informalidad y la precariedad laboral. Según la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI, 1999a), la tasa de desempleo o desocupación para el segundo semestre de 1998 era de 11,01 por ciento, donde el número de desocupados era 1.091.100 de personas de 9.907.300 de la fuerza de trabajo o población económicamente activa. La participación porcentual del total de ocupados en el sector informal para el cuarto trimestre de 1998 era de 50,2 por ciento. Por su parte, el incremento de la tasa de desocupación del segundo semestre de 1998 al primer trimestre de 1999 fue de 4,59 puntos porcentuales, de 11,01 por ciento a 15,6 por ciento. Durante el período enero a mayo de 2000 la misma disminuye llegando en el último mes a 13,8 por ciento (1.406.377 desocupados).<sup>9</sup> El porcentaje de informalidad se mantiene aproximadamente en 50 por ciento, llegando a 53 por ciento en el año 2000.

De acuerdo con el último informe "Panorama Social 1998" de la Comisión Económica para América Latina,<sup>10</sup> Venezuela refleja el mayor crecimiento de la pobreza en la última década cuando se compara con otros países de la región. Se señala que entre 1990 y 1997 la pobreza total (población con necesidades básicas insatisfechas) creció en 8 por ciento y en 5 por ciento el nivel de indigencia. Estas cifras muestran que, para fina-

les de 1997, 42 por ciento de la población venezolana se encuentra bajo la línea de pobreza, porcentaje significativamente mayor al de 1981 y 1990, de 22 por ciento y 34 por ciento, respectivamente. De este total, 17 por ciento es indigente, siendo también mayor que en los años 1980 (7 por ciento) y 1990 (12 por ciento). Además, el país se encuentra entre los siete países latinoamericanos donde se hizo más regresiva la distribución del ingreso. En el año 1990 la participación en el ingreso del 40 por ciento más pobre era de 16,8 por ciento, el cual bajó a 14,7 por ciento para 1997. Por su parte, la participación en el ingreso del 10 por ciento más rico de la población en el primer año fue de 28 por ciento pero para el último año se había incrementado hasta 33 por ciento.

Según estimaciones de la OCEI (OPS, 2001), el porcentaje de población en situación de pobreza de acuerdo con necesidades básicas insatisfechas (NBI) es cercano al 50 por ciento (48,9 por ciento en 1996 y 49,1 por ciento en 2000) y el de pobreza extrema es aproximadamente 22 por ciento (21,7 por ciento en 1996 y 21,8 por ciento en 2000). Por su parte, el porcentaje de hogares en situación de pobreza según ingreso familiar varía de 44,3 por ciento en 1998 a 44,9 por ciento en 1999 y 44,1 por ciento en 2000. Se trata de 50 por ciento de personas pobres (50,2 por ciento en 1998, 50,8 por ciento en 1999 y 50,5 por ciento en 2000).<sup>11</sup> Por su parte Riutort (1999) presenta cifras que muestran una situación más alarmante aún (gráfico 1). Según el autor, el porcentaje de pobres aumentó en forma constante durante el período 1975-1995, incrementándose la incidencia, la severidad y la profundidad de la pobreza en general y específicamente de la pobreza crítica. El porcentaje de población con ingresos inferiores a la línea de pobreza se duplica entre 1975 y 1997, pasando de 33 por ciento en el primer año a 67,2 por ciento en el último. El incremento es aún mayor en la pobreza crítica, donde la variación es de 13,1 por ciento en 1975 a 36,3 por ciento en 1997.<sup>12</sup> El deterioro de las

8 *El Nacional*, 23 de agosto de 1999, cuerpo D, p. 7.

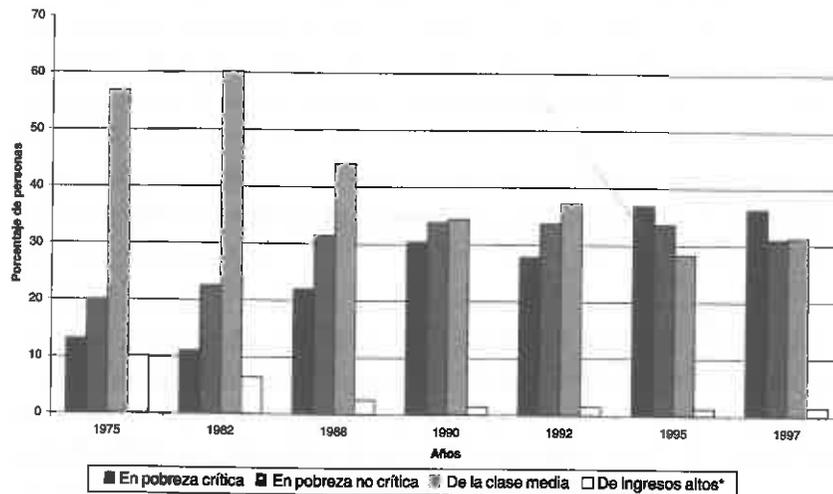
9 Tomado de: <http://www.ocei.gov.ve>

10 *El Nacional*, 31 de mayo de 1999. Economía (Periodista: Cortés).

11 Para mayor información sobre las tendencias de la pobreza en Venezuela y las diferencias entre unas y otras medidas, dependiendo del método de medición que se utilice: necesidades básicas insatisfechas, línea de pobreza y Graffar modificado por Méndez Castellano, véase Jaén (1994). Información detallada sobre las tendencias del ingreso y línea de pobreza se puede encontrar en la Oficina de Asesoría Económica del Congreso (1998b).

12 Como se puede observar, los autores utilizan de manera diferente los términos de pobreza relativa, crítica y extrema. Para la comprensión del texto, se sugiere igualar pobreza crítica y pobreza extrema. Para mayor información, véase anexo 2: cuadro 2.

**Gráfico 1**  
Distribución de la población por clase de ingreso  
Población en situación de pobreza  
Venezuela 1975-1997



\* Personas con ingresos iguales o superiores a 5 canastas normativas de consumo  
Fuente: Riutort (1999).

condiciones de vida de la población se ve reflejado también en el índice de desarrollo humano (IDH) de Venezuela. Durante el período 1991-1994 el país estaba clasificado en un “alto nivel de desarrollo” (IDH entre 0,800 y 1) pero luego a partir del año 1994 a 1996 se le ubicó en la categoría de desarrollo medio (IDH entre 0,500 y 0,799) (OPS, 2001).

A manera de conclusión se podría señalar entonces que el diseño de la propuesta debe pasar por la consideración de las variables del entorno antes mencionadas. En efecto, el hecho de que el porcentaje de población pobre sea mayor al 65 por ciento, que sólo 38 por ciento de población económicamente activa esté incorporada al sector formal de la economía, cerca de 15 por ciento de desempleo y 50 por ciento de informalidad condiciona las decisiones relativas a la fuente de financiamiento y al sistema de aseguramiento en salud.

## El perfil epidemiológico del venezolano como determinante de quién financia y cómo se asignan y distribuyen los recursos

A continuación se presenta un resumen de las características más relevantes de las condiciones de salud de la población venezolana<sup>13,14</sup> (cuadro 2 y gráficos 2 y 3), dado el papel que juega esta variable para la selección de las fuentes y modalidades de financiamiento:

1. La expectativa de vida se ubica en el año 1994 en 74,9 años para las mujeres y 69,1 para los hombres, con un promedio para ambos sexos de 71,9 años. La proyectada para el período 2005 al 2010 es de 71,8 años para los hombres y 77,6 para las mujeres.
2. La tasa de natalidad descende en el período 1990-1999. Comparando los años extremos se observa una tasa media de reducción anual de 2,53, pasando de 29,4 en 1990 a 22,30 nacidos vivos por 1.000 habitantes en el año 1999. La tasa global de fecundidad se mantiene relativamente estable entre 1995 y 1999, siendo de 2,9 y 2,8 por 1.000 mujeres.
3. La tasa de mortalidad general también permanece estable a lo largo del período 1990-1999, pasando de 4,6 en 1990 a 4,4 por 1.000 habitantes en 1999.
4. La tasa de mortalidad materna muestra un comportamiento similar a los casos anteriores ya que pasa de 0,589 en el año 1990 a 0,593 por 1.000 n.v.r. en 1999. Lo importante en el caso de esta tasa es que la misma venía descendiendo de manera significativa hasta finales de la década de los setenta, pero su TMRA durante los años 80 es significativamente inferior a la de los 70 (Jaén, 1991). Esta tasa de reducción fue igual a cero (0) durante la década de los ochenta, lo que explica que a pesar del ritmo de reducción observado en las

13 Véase “Glosario” para la definición de los indicadores de salud y de los términos técnicos utilizados.

14 Las principales fuentes de información utilizadas son: OPS (2001), de donde se obtuvo toda la data de mortalidad y morbilidad correspondiente a los años 1999 y 2000; MSDS, Dirección General Sectorial de Epidemiología (varios años); página Web de la PAHO (1999) [www.paho.org](http://www.paho.org) y Fundación Cavendes (1999). Es importante hacer la aclaratoria que si bien se reconocen las significativas desigualdades en los perfiles epidemiológicos entre las distintas entidades federales, las mismas no son objeto de análisis en este trabajo. Para información al respecto remítase a las fuentes antes citadas.

**Cuadro 2**  
Indicadores de salud  
Venezuela 1989-1999

Año	Población	Mort. grai. (1)		Mort. inf. (2)		Mort. neon. (3)		Mort. posneon. (4)		Mort. mat. (5)		Natalidad (6)	
		Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
1989	18.866.657	84.887	4,5	12.976	24,5	7.506	14,2	5.470	10,3	340	0,64	529.015	28,0
1990	19.501.849	90.072	4,6	14.776	25,8	8.051	14,0	6.725	11,7	338	0,59	573.501	29,4
1991	19.972.039	86.266	4,3	12.994	20,9	7.366	12,4	5.028	8,5	315	0,53	592.785	29,7
1992	20.441.928	91.593	4,5	12.327	22,0	7.571	13,5	4.756	8,5	299	0,53	560.994	27,4
1993	20.909.727	93.411	4,5	12.494	23,8	7.758	14,8	4.736	9,0	331	0,63	524.387	25,1
1994	21.377.426	98.991	4,6	13.577	24,8	7.720	14,1	5.857	10,7	383	0,70	547.819	25,6
1995	21.844.496	98.136	4,5	12.346	23,7	7.045	13,5	5.301	10,2	345	0,66	520.584	23,8
1996	22.311.094	100.045	4,5	11.913	23,9	6.883	13,8	5.030	10,1	301	0,60	497.975	22,3
1997	22.777.152	98.011	4,3	11.069	21,4	6.699	13,0	4.370	8,5	308	0,60	516.636	22,7
1998	23.242.435	100.963	4,3	10.721	21,4	6.217	12,4	4.504	9,0	256	0,51	501.868	21,6
1999	23.706.711	104.625	4,4	10.108	19,1	6.272	11,9	3.896	7,3	313	0,593	527.888	22,3
<b>Tasa media de reducción anual</b>			<b>0,21</b>		<b>2,71</b>		<b>1,95</b>		<b>3,84</b>		<b>0,89</b>		<b>2,53</b>

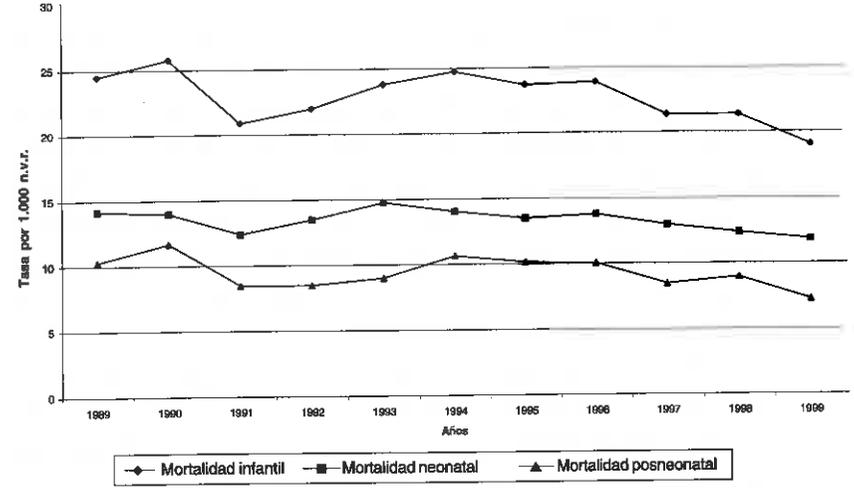
(1) y (6) Base del denominador — Población Vzla. expresada por 1.000 habitantes  
(2), (3), (4) y (5) Base del denominador — Nacidos vivos expresada por 1.000

**Fórmulas usadas para el cálculo de las tasas:**

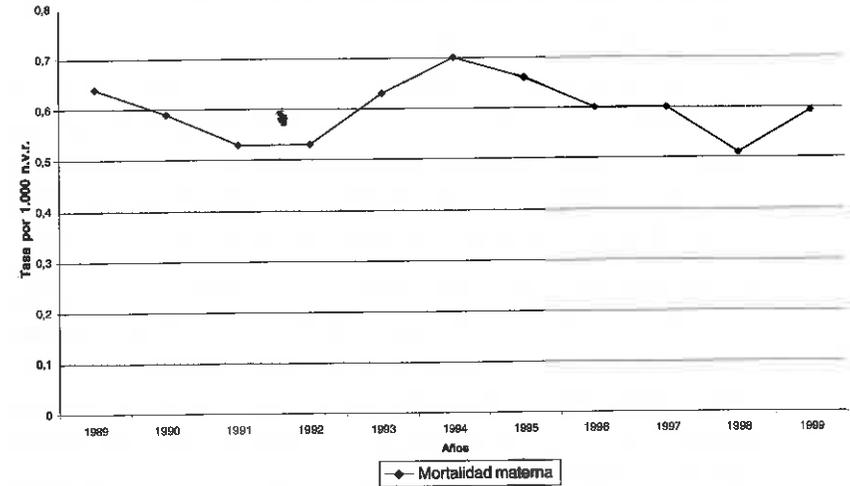
Mortalidad general = Total defunciones / Población  
Mortalidad infantil = Total defunciones < 1 año / Nacidos vivos  
Mortalidad neonatal = Total defunciones 0-28 días / Nacidos vivos  
Mortalidad posneonatal = Total defunciones 29 d. 11 meses / Nacidos vivos  
Mortalidad materna = Total defunciones causas maternas / Nacidos vivos  
Natalidad = Total de nacidos vivos / Población

Fuente: MSDS. Dirección de Información Social y Estadísticas. *Anuarios de epidemiología y estadística vital*. Varios años.

**Gráfico 2**  
Mortalidad infantil, neonatal y posneonatal  
Venezuela 1989-1999



**Gráfico 3**  
Mortalidad materna  
Venezuela 1989-1999



décadas anteriores el índice de mortalidad materna para el período 1990-1997 esté por encima de muchos países de América Latina (cuadro 1). Sin embargo, esta tasa de reducción aumenta a 0,89 para el período 1989-1999.

5. La tasa de mortalidad infantil durante el período 1961-1989 desciende de 52,9 a 24,5 por 1.000 n.v.r., lo que supone un descenso continuado de más de un punto por año en promedio. Si bien se observa una desaceleración del ritmo de reducción durante la década de los ochenta, la misma no tiene significación estadística (Jaén, 1991). Por su parte, en la década de los noventa la misma varía de 25,8 en el año 1990 a 19,1 por 1.000 n.v.r. en 1999. Un comportamiento similar se observa en las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal (cuadro 2, gráficos 2 y 3). Para el período entre 1995 y 1999 las primeras causas de mortalidad infantil son “ciertas afecciones en el período perinatal” (primer lugar), “enfermedades infecciosas intestinales” y anomalías congénitas (que se ubican entre el segundo y el tercer lugar), “influenza y neumonías” (cuarto lugar), “deficiencias de nutrición” (quinto lugar), “accidentes de todo tipo” y “meningitis”.
6. En cuanto a la mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1.000 n.v.r., su ritmo de reducción fue significativamente superior en el decenio de los 70 en comparación con los años 80 (Jaén, 1991) y nuestra razón, aunque relativamente baja para el año 1997 (25/1.000 n.v.r. en Venezuela *versus* 41/1000 n.v.r. en promedio para la América Latina), es también superior a la de otros países latinoamericanos con menor PIB per cápita (cuadro 1). En el año 1999 esta tasa llega a 23,61 por 1.000 n.v.r.
7. Por su parte, la tasa de mortalidad temprana (mortalidad de 1 a 4 años) permanece estable a lo largo del período 1991-1999, con una tasa aproximada de 1 por cada 1.000 habitantes de ese grupo etáreo, siendo las primeras causas de muerte los accidentes de todo tipo, enfermedades por infecciones intestinales, influenza y neumonía.
8. El perfil epidemiológico del venezolano es complejo y heterogéneo y está caracterizado por la coexistencia de sectores de la población que mueren por patologías típicas de los países pobres, tales como enfermedades respiratorias, diarreas y cáncer de cuello uterino —todas éstas, causas de muerte para las cuales existen programas específicos de diagnóstico y tratamiento precoces—, con otros

grupos, que no necesariamente pertenecen a los estratos altos, que mueren por trastornos cardiovasculares, cáncer, accidentes, homicidios y suicidios. En otras palabras, el patrón de morbimortalidad de la Venezuela de las décadas de los ochenta y noventa, si bien se caracteriza por la presencia de enfermedades típicas de los países industrializados y urbanizados, está acompañado de la incidencia de patologías típicas de los países pobres.<sup>15</sup>

- Una visión general del perfil de mortalidad muestra que, en general, durante el lapso 1990-1999, enfermedades del corazón, cáncer y accidentes ocupan los tres primeros lugares como principales causas de muerte. Enfermedades infecciosas intestinales que en 1990 ocupan el 8° lugar, descienden al 9° lugar en el período 1990-1997 y al 10° en los años 1998 y 1999. Afecciones del período perinatal que ocupan el cuarto lugar en 1990, en el resto de los años pasan al quinto lugar, con excepción del año 1999, donde ocupan el 6° lugar. Neumonías situadas en 6° lugar en los 3 primeros años, en el resto del período se ubica entre el octavo, el noveno y el décimo lugar. Suicidios y homicidios (lesiones autoinfligidas intencionalmente o agresiones) ocupan entre el sexto y el séptimo lugar. *Diabetes mellitus* en 9° lugar en 1990 pasa al 6° en el año 1998 y al 5° en 1999.
- Llama la atención que los tumores malignos de los órganos genitales femeninos representen el 1,8 por ciento del total de la mortalidad diagnosticada; este tipo de cáncer junto con el de mama se ubica entre las primeras causas de muerte en mujeres de 25 a 44 años. El cáncer de cuello uterino está asociado a condiciones de promiscuidad, pobreza y baja cobertura de programas de promoción de salud y prevención primaria.
- La mortalidad general por lesiones infligidas intencionalmente y agresiones fue en ascenso continuo en el período 1986-1994 y ocupa en el último año el 6° lugar como causa de muerte, observándose un ligero descenso en el último quinquenio de los noventa donde ocupa el séptimo lugar. En el año 1996 constituye la primera causa de muerte en el sexo masculino para el grupo etáreo comprendido entre 15 y 24 años, y la segunda causa para

15 Para mayor información sobre las tasas específicas de mortalidad por causas, véase MSDS, *Principales indicadores de salud. Venezuela. Varios años.*

el de 25 a 44 años (Padrón, 1996). En 1999, las muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios) son la principal causa de muerte de los adolescentes (entre 15 y 19 años) y de la población adulta (15 a 64 años), siendo la población masculina la más afectada.

- Para el año 1996 los accidentes de todo tipo que constituyen la cuarta causa de mortalidad general, son la primera causa de muerte para el sexo masculino entre 25 y 44 años y la segunda para el grupo del mismo sexo entre 15 y 24 años. En el año 1999 los accidentes siguen siendo la cuarta causa de mortalidad. Específicamente para el grupo de 15 a 64 años, los accidentes representan aproximadamente el 67 por ciento de la mortalidad, con un peso significativo de los accidentes de tránsito de vehículo automotor.
- Para el año 1999 (OPS, 2001) las causas más importantes que explican los años potenciales de vida perdidos (APVP) son los accidentes de todo tipo (15,8 por ciento), seguido por los tumores malignos (8,13 por ciento), los homicidios y suicidios (6,8 por ciento) y las enfermedades del corazón (5,1 por ciento).
- La tendencia de la mortalidad por tuberculosis fue descendente hasta 1987, año en el cual comienza un ascenso progresivo, siendo en 1995 la tasa de 3,5 y en 1999 de 3,2 por 100.000 habitantes, por lo cual continúa siendo un importante problema de salud pública.
- La mortalidad y morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, tosferina, difteria, tétanos y poliomielitis) disminuyeron significativamente en el período 1965-1999, lo cual pone en evidencia el éxito de las campañas de vacunación en el país. El polio ha sido erradicado<sup>16</sup> pero a pesar de que está en marcha el Plan de Eliminación del Sarampión, después de aproximadamente dos años sin un caso, en el 2000 se reportó un brote de 22 casos en el estado Zulia. En el año 2000 (OPS, 2001) las coberturas estimadas son: 85 por ciento de Antipolio, 83 por ciento de la Antisarampionosa y 77 por ciento de la vacuna DPT.

16 El último caso de polio en Venezuela se presentó en marzo de 1989.

## 9. En cuanto a los indicadores de morbilidad:

- En Venezuela persisten y, en algunos casos, han reaparecido enfermedades infectocontagiosas<sup>17</sup> que representan un importante problema de salud pública tales como dengue,<sup>18</sup> malaria,<sup>19</sup> tuberculosis,<sup>20</sup> lepra,<sup>21</sup> cólera,<sup>22</sup> sarampión,<sup>23</sup> tétanos neonatal,<sup>24</sup> y, a partir de la década del ochenta, el sida.<sup>25</sup>

17 Tomado de OPS (2001) y PAHO: [www.paho.org](http://www.paho.org)

18 En el año 1995 hubo un brote epidémico con un promedio de 596 casos de dengue semanal, luego se redujo en 1996 a 177 casos semanales y volvió a aumentar en 1997 a 634 y a 721 casos semanales en 1998. Las tasas de incidencia de dengue clásico y hemorrágico en 1998 fueron de 392,3 y 70,5, respectivamente. El número de casos de morbilidad por dengue se ha incrementado de manera sustancial en el período 1980-2000, pasando de 39 casos en el primer año a 21.101 casos en el último (el número mayor se observó en 1998 con 37.586 casos reportados).

19 La malaria es considerada una enfermedad reemergente porque luego de estar casi erradicada en los años cincuenta, comenzó su ascenso en los sesenta, llegando a 42.376 casos en 1991. En 1995 se registraron 22.501 casos, lo cual significó un incremento relativo del 36,6 por ciento respecto a 1994, pero no hubo defunciones notificadas. Si bien en el año 1996 se observó una disminución del número de casos, en el año 2000 se notificaron 29.887 casos autóctonos, lo cual significó un incremento cercano al 38 por ciento con relación al año 1999.

20 En el año 1990 la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 17,4 por 100.000 habitantes. Luego esta tasa se incrementó a 25,4 por 100.000 habitantes en 1995 llegando a 15,5 por 100.000 habitantes en el año 1999. La tuberculosis extrapulmonar pasó de 3,5 en 1995 a 3,9 por 100.000 habitantes en 1999.

21 En 1994 se registraron 9.779 casos de lepra, con una tasa de 4,62 por 10.000 habitantes. En 1999 se logró eliminar la lepra como problema de salud pública (tasas menores a 1 por 100.000 habitantes), pero estados como Apure, Cojedes, Barinas y Portuguesa tienen tasas de prevalencia por encima del nivel de eliminación (1 por 100.000 habitantes).

22 El cólera reapareció en 1991. Luego, a pesar de que en los años 1994 y 1995 no se notificaron casos, en 1996 se reportó una tasa de 1,2 por 100.000 habitantes (casos localizados en el estado Zulia). Dicha tasa aumentó a 11,2 en 1997 y luego bajó a 1,3 y 1,6 en 1998 y 1999, respectivamente.

23 En 1990 se notificaron 9.881 casos de sarampión, llegando a 652 en 1995. Como se señaló con anterioridad, en el año 2000 reapareció el sarampión con un brote localizado en el estado Zulia.

24 El tétanos neonatal mostró una tendencia al descenso a partir del año 1991 hasta 1994, pero en 1995 se notificaron 17 casos y 7 muertes, que con relación al año anterior representan un ascenso de 21,4 por ciento en los casos y un descenso de 22,2 por ciento en las muertes. En 1998 se notificaron 7 casos y luego en 1999 y 2000, 4 y 2 casos, respectivamente.

25 En el período 1983-1999 se han registrado 8.047 casos de sida/HIV y 4.726 defunciones. La OPS (2001) estima un subregistro del 80 por ciento.

- Los indicadores de morbilidad registrada (MSAS, 1995 y OPS, 2001) estimados con base en los principales motivos de consulta en hospitales y ambulatorios, muestran que entre las principales causas están: las enfermedades infecciosas y parasitarias, diarreas, enfermedades del aparato respiratorio, virosis, faringoamigdalitis y enfermedades del aparato genito-urinario. En el año 2000 la morbilidad por diarreas sigue siendo un importante problema de salud, más aún si se acepta que ésta es una enfermedad social. En efecto, para ese año esta morbilidad fue de 23.148,7 por 100.000 niños menores de 1 año y de 7.081,1 por 100.000 niños de 1 a 4 años.<sup>26</sup>
10. Para completar la descripción de las condiciones de salud del venezolano, se presentan algunos indicadores clave de su perfil nutricional (anexo 2: cuadro 3). Se considera importante la inclusión de esta información porque la pérdida de peso y talla en el niño no sólo afectan su crecimiento físico sino su desarrollo intelectual, su rendimiento escolar, la productividad del adulto y, en última instancia, el avance de un país. En otras palabras, la desnutrición es la huella irreversible que deja la pobreza y es una de las razones fundamentales de que la misma se perpetúe (Jaén, 1994).<sup>27</sup> Si bien los indicadores antropométricos muestran una tendencia a la mejoría, y nos ubican en una buena posición en comparación con otros países de América

26 Se ha logrado reducir la mortalidad pero no la morbilidad por diarreas. La reducción en la mortalidad podría reflejar el éxito de los servicios de salud, especialmente de la rehidratación oral pero el incremento de la morbilidad podría deberse a la profundización de la pobreza.

27 Las madres y los niños son recursos humanos fundamentales para la transmisión generacional del desarrollo pero también de la pobreza. La mala alimentación, junto con otras desigualdades dentro del ambiente, entre las cuales cabe mencionar las iniquidades del sistema de salud —por diferencias en el acceso y en la calidad de los servicios—, se acentúan cada día más. Se ha señalado que “de continuar las condiciones seriamente adversas en que viven amplios sectores de la sociedad, principalmente las que inciden en el estado de nutrición, se podría originar procesos que podrían reflejarse en un deterioro biológico de las generaciones venideras” (Jaén, 1994). La huellas de la desnutrición y la diarrea (ambas enfermedades sociales) son integrales, porque tienen repercusiones en el desarrollo físico, cognoscitivo y psicoafectivo del niño. En cuanto al impacto en el desarrollo intelectual, Cravioto y Cravioto (1991) afirman que existe una relación comprobada entre el antecedente de la desnutrición en la infancia y el rendimiento deficiente del niño en edad escolar.

Latina,<sup>28</sup> los datos evidencian que para la década del noventa —con base en distintos indicadores antropométricos— aproximadamente entre 10 por ciento y 30 por ciento de niños entre 2 y 14 años tiene algún tipo de déficit nutricional (INN/Sisvan, 1990-1998). Ahora bien, cuando se analiza el grupo etéreo de menores de 5 años, los datos de 1997 señalan 14,9 por ciento de desnutrición crónica, 5,1 por ciento de bajo peso y 2,9 por ciento de desnutrición aguda (Valera, 1999). Según el indicador peso/talla, el déficit agudo de la población de menores de 15 años disminuyó de 12,5 por ciento en 1998 a 11,7 por ciento en 1999. Algo similar pasa con el grupo de menores de 2 años (indicador peso/edad) cuyo déficit varía de 14,5 por ciento en el primer año a 13 por ciento en 1999. En el año 1999 el déficit estimado para los preescolares y escolares es de 23,4 por ciento y 25,6 por ciento, respectivamente, de acuerdo con la combinación de indicadores antropométricos. Estos valores se sitúan por encima de los porcentajes esperados de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, de 10 por ciento para el indicador peso/edad y 13 por ciento para la combinación de indicadores (OPS, 2001). Otras características relevantes del estado nutricional son:

- Existe un leve incremento del porcentaje de niños con bajo peso al nacer.
- Hay una tendencia al aumento de la mortalidad por desnutrición en niños menores de 1 año y en niños de 1 a 4 años de edad.
- Existe hambre oculta con deficiencia de algunos macronutrientes como, por ejemplo, el hierro (Fundación Cavendes, 1999).
- Entre 1994 y 1999 se observa una tendencia al aumento de las enfermedades asociadas a la desnutrición: diarreas, neumonías, bronquitis, tuberculosis, hipertensión arterial, diabetes y trastornos tiroideos (bocio) (OPS, 2001).
- “El suministro de energía alimentaria (calorías) presenta un patrón de inestabilidad, caracterizado por cambios bruscos durante

28 De acuerdo con Unicef (1999), el porcentaje de déficit nutricional para Venezuela para el período 1987-1998 fue de 5 por ciento, situándose en el rango más bajo de los países de América, pero sigue siendo superior al de Canadá, Estados Unidos, Paraguay, Costa Rica y Chile.

cortos períodos de tiempo; desde 1989 hasta 1997 predominan los niveles de suficiencia calórica precaria con una tendencia a la suficiencia crítica<sup>29</sup> (Fundación Cavendes, 1999).

El patrón recién descrito de morbilidad y mortalidad determina múltiples exigencias al sistema sanitario, el cual debe tener capacidad de resolución para la prevención y control de diversas enfermedades a través de medidas de saneamiento ambiental, educación sanitaria, promoción de la salud y atención primaria, al mismo tiempo que debe asegurar la oferta para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías de distinto nivel de complejidad que requieren el uso de tecnologías —algunas de punta— con elevados costos para el sector. Esto aunado al incremento de la pobreza e informalidad y a la existencia de importantes desigualdades en la oferta de servicios y en las condiciones de salud de la población para distintas zonas geográficas y por estrato social, nos da una idea del tamaño y complejidad del reto al que ustedes se enfrentan. Bajo estas condiciones, ¿Cuál es el principal objetivo de la reforma? ¿Mejorar la efectividad y la equidad del sistema público de servicios? ¿Cómo compatibilizar este reto con la necesidad de hacer más eficiente el sistema, dados la dispersión de las fuentes públicas de financiamiento, el limitado financiamiento público y la fragmentación del gasto?

Lo que queda claro es que el diseño del sistema de financiamiento idóneo y del modelo más adecuado para asignar y distribuir los recursos al interior del sector debe estar íntimamente relacionado y responder, antes que todo, a las actuales y heterogéneas condiciones de salud de los venezolanos.

29 Véase Glosario de términos para la definición de "suficiencia alimentaria".

## El diseño institucional y la descentralización: los acompañantes necesarios para una reforma del sistema de financiamiento

Para comprender los determinantes del deterioro del sistema de salud venezolano y, por ende, para estar en capacidad de formular una propuesta de reforma institucionalmente viable que incida sobre las condiciones de salud, es necesario considerar las relaciones de agencia<sup>30</sup> que se han instalado y el sistema de incentivos y de rendición de cuentas (responsabilidad) que opera en las diversas organizaciones e instituciones del sector. Se ha mostrado que los diseños institucionales del sistema de salud venezolano han jugado un papel preponderante en el desempeño de los servicios y, éste a su vez, en la determinación de las condiciones de salud (González, 1999a).

González (1999b) señala que "en términos del desempeño institucional el sistema de salud estaba a la cola de los países de la región a principios de la década de los noventa. Sólo los países más pobres tenían menores coberturas de población en actividades y servicios prioritarios". Según el autor, la experiencia venezolana pone en evidencia coberturas inadecuadas asociadas a iniquidades e ineficiencias en el financiamiento y en la provisión de servicios. Esta afirmación se ve corroborada cuando se comparan los resultados en salud y el PIB per cápita de Venezuela con otros países de América Latina (cuadro 1).

Pero Venezuela ha hecho cambios importantes en el diseño de su organización sanitaria asociados al proceso de conversión de un Estado unitario a uno con diferentes niveles de gobiernos (con poderes ejecutivos y legislativos electos en votación popular) y luego de más de diez años de avance existen ganancias estratégicas importantes en el sector salud. "Los estados están prestando asistencia a mayor cantidad de población con recursos decrecientes (en términos reales), lo cual es una demostración

30 Para un análisis del tema de agente-principal, véase Milgrom y Roberts (1993), capítulo 7. La teoría de agencia estudia la relación contractual entre el principal y el agente. El primer actor contrata al segundo a fin de que realice un servicio o una tarea. En el caso de que los objetivos de los dos actores no concuerden o sean contradictorios, el agente no necesariamente satisface o cumple las metas de la autoridad, dado que es imposible que el principal conozca o pueda supervisar completamente sus acciones. En este orden de ideas, la teoría señala que no existe el contrato perfecto pero si el principal genera incentivos de manera tal que la mejor alternativa para el agente sea alinearse con sus objetivos, es posible alcanzar un acuerdo satisfactorio para las partes, favorable a los fines del diseño institucional de la organización y del cumplimiento de su misión (Maceira, 1998).

innegable de los cambios institucionales que se han operado a ese nivel” (González, 1997b).

En efecto, desde el año 1989 con la Ley de Descentralización y Transferencia de Competencias y con la elección de gobernadores y alcaldes, Venezuela ha venido construyendo un sistema descentralizado de salud y como señala González (1999b) “ha sido exitosa. Hoy en día los estados descentralizados están haciendo más con menos. Y en muchos casos sin el apoyo de los niveles centrales. Muchas veces, en contra”. Pero, el presupuesto del MSDS no ha completado su descentralización y sigue pendiente una reforma fiscal que permitirá la transferencia de impuestos nacionales a los estados (De la Cruz, 1998), asunto de alta prioridad si se parte del hecho de que es necesario que la transferencia de competencias tenga respaldo financiero. Además, es indispensable la evaluación de los resultados y el impacto que ha tenido este proceso en las condiciones de salud de la población de las entidades federales que la ejercen como competencia concurrente.

Las gobernaciones han desarrollado nuevas modalidades de gestión y atención, y el MSDS se ha quedado a la zaga en el proceso descentralizador, porque hasta ahora no ha sido posible avanzar en las reformas institucionales necesarias para que este ministerio cumpla su nuevo rol, ejerciendo las funciones de negociación, rectoría y regulación del sector salud —tanto de las gobernaciones de estado como del sector privado— superando su papel como administrador y proveedor de servicios. Esto se podría explicar, porque a pesar de que el MSDS fue la institución del sector social que avanzó más rápidamente en la transferencia de los servicios, al mismo tiempo ha sido una de las instituciones públicas donde se ha hecho más evidente el deterioro institucional.

A pesar de los avances de la descentralización de los servicios de salud, todavía en el país no se ha logrado un consenso político y técnico que defina cuáles son las funciones que ejerce cada uno de los niveles (central, estatal, municipal y los establecimientos —hospitales y ambulatorios) en el sistema de servicios. Se ha avanzado en la discusión de la responsabilidad de los gobiernos intermedios, pero todavía hoy no está totalmente definido hasta dónde llegan las funciones del MSDS como órgano rector, regulador y financiador de la salud y hasta dónde las atribuciones de las gobernaciones en la formulación, planificación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.

En este mismo orden de ideas, no existe consenso sobre el papel del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios, así como tampoco acuerdo entre el nivel central y las gobernaciones en cuanto a cuáles deben ser las responsabilidades de los municipios en el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios colectivos e individuales de salud. El tema de la municipalización está en discusión pero, a pesar de los intentos del nivel central por regular la descentralización a esta unidad político-territorial, las gobernaciones han avanzado en este proceso de manera diferencial y sin lineamientos explícitos de política.<sup>31</sup>

Por su parte, el análisis específico de los establecimientos de salud (Banco Mundial, 1992; Jaén y Paravisini, 1999) muestra que los hospitales públicos no cuentan con sistemas de gerencia para el control de la gestión y, en caso de existir, son muy limitados. Estos establecimientos tienen una autonomía presupuestaria muy restringida, un sistema de contabilidad de costos muy precario o inexistente, con generalización de la práctica de cobro directo e indirecto a los pacientes sin normas que la regulen. Si bien los hospitales tenían para el año 1992 escaso control sobre las compras de insumos médico-quirúrgicos y medicamentos y equipos, hoy tienen mayor autonomía, especialmente en aquellos estados que han avanzado en el proceso de descentralización.

El desarrollo de hospitales autónomos en algunas entidades (por ejemplo: Aragua, Carabobo, Distrito Federal y Mérida), si bien es muy incipiente, ha generado, en el marco de la descentralización, experiencias de centros que operan bajo la figura de instituto autónomo, servicio autónomo o fundación pública, que han traído consigo algunas reformas en los modelos de gestión que están produciendo nuevos diseños institucionales y estructura de incentivos que deben ser evaluados para estimar el impacto sobre la eficiencia y efectividad de estos establecimientos.

Pero a pesar de que existen indicios de ciertos avances, todavía persisten barreras asociadas a las relaciones de agencia. El análisis de la transparencia y rendición de cuentas en esos establecimientos (Jaén y Paravisini, 1999) muestra que entre los problemas fundamentales que afectan la eficiencia de los mismos y su desempeño institucional, se destacan la carencia de sistemas de rendición de cuentas (*accountability*) y la existencia de múltiples principales. En efecto, los agentes dentro de los hospitales —el personal— responden a los mandatos de varias autoridades; la existencia

31 Esta situación se viene señalando desde hace más de tres años (Jaén *et al.*, 1997).

de diversos mandatos en el sistema de servicios públicos de salud hace difusas las responsabilidades del personal de salud; dificulta la medición de su desempeño e impide la creación de incentivos para modificar la conducta y el control sobre los recursos del establecimiento.

En efecto, los hospitales públicos tienen una autoridad muy limitada sobre sus recursos humanos.<sup>32</sup> Los directores no tienen el control directo sobre las políticas y las decisiones de remuneración, contratación y despido del personal del hospital. Son las organizaciones sindicales y gremiales las que tienen potestad para contratar personal o poder de veto en los despidos. Además, las remuneraciones se determinan en instancias superiores al director del hospital, lo cual dificulta la posibilidad de que los directores, en su papel de principales, puedan establecer sanciones efectivas.<sup>33</sup> Una de las

32 Además de los problemas asociados a la propia gestión de los recursos humanos, existe una distorsión de la composición del personal de salud; el número de médicos por habitante ha crecido en forma sostenida desde 1970 hasta 1995, de 8,6 por cada 10.000 habitantes en el primer año a 20,4 en el último, el doble de lo que sugiere la Organización Mundial de la Salud —10 médicos por cada 10.000 habitantes. Por su parte, el incremento de las enfermeras profesionales es menor, variando de 5 por cada 100.000 habitantes en el año 1970 a 8,4 en 1995. Cuando se compara la razón de médicos por habitante con la de otros países de la región, no aparece entre los valores más altos, ya que hay países como Cuba que reporta para el año 1992, 43,3 médicos por cada 10.000 habitantes, Uruguay 36,8, Argentina 26,8, Canadá 22,1 y USA 24,5 y otros, como por ejemplo, Bolivia y Nicaragua —entre los 17 de los 27 países de América Latina que tienen menos de 10 médicos por 10.000 habitantes— cuya razón es de aproximadamente 4,5 médicos/10.000 habitantes (PAHO. Desarrollo de Recursos Humanos, 1992).

33 Los sindicatos y los gremios profesionales han acumulado tal cuota de poder que se ha producido un profundo desequilibrio en materia de relaciones laborales y los gerentes públicos han visto seriamente mermada su capacidad y autonomía en la gestión de personal. Las distintas regulaciones en materia laboral se establecen al más alto nivel jerárquico y la administración de la mayor parte de los hospitales públicos queda por tanto al margen de la elaboración de las normas que rigen las relaciones laborales. La negociación colectiva en salud se ha convertido en un perverso ejercicio por el cual dos fuerzas desiguales se enfrentan para, después de un ritual de amenazas y acciones conflictivas, terminar comprometiendo recursos económicos con los que el Estado no cuenta y que, invariablemente, postergan el conflicto de fondo hasta que se produzcan los naturales incumplimientos de aquello sobre lo cual se ha pactado. El régimen laboral contenido en las negociaciones colectivas del sector reproduce el valor tradicional de la homologación de las condiciones de trabajo de todos los que están en un mismo nivel jerárquico, con lo cual se ve truncado cualquier intento de introducir innovaciones en materia de remuneración, y sobre todo de vincularla con productividad. Finalmente, la mayor parte de los hospitales públicos no tiene competencias en temas tan cruciales para la administración de personal como la selección, contratación y despido de los profesionales y obreros que laboran para ellos. Estas funciones son desarrolladas en un nivel jerárquico superior, en donde los sindicatos y gremios tienen una gran capacidad de presión (tomado de Jaén y Paravisini (1999): texto preparado por José Ramón Padilla, IESA).

principales consecuencias de tal situación es que, en la práctica, la transparencia en la gestión y el sistema de rendición de cuentas se ven seriamente comprometidos. Esta situación se ve agravada además por la alta frecuencia de paros del personal médico, como resultado del incumplimiento de los acuerdos firmados entre el gobierno y el gremio médico. La existencia de múltiples relaciones de agencia no sólo se detecta al interior de los hospitales, sino que también se observa entre el director y los otros niveles de autoridad del sistema de salud. En este caso los incentivos a los que están sometidos los directores de los establecimientos de salud están determinados por el diseño institucional externo al hospital, es decir, el del organismo de adscripción.

Se podría decir entonces que en el sistema público de salud actual existen múltiples autoridades con mandatos divergentes, sin adecuados sistemas de control y rendición de cuentas por parte del principal (el gobernante o directamente por los ciudadanos), por lo que no existen los incentivos para que los recursos se asignen según los intereses del principal, lo cual incide de manera significativa y negativa en el desempeño de los servicios de salud.

Luego del análisis anterior, queda claro que uno de los grandes retos de la reforma del sistema de salud es definir los acuerdos institucionales entre los distintos ámbitos del sistema de salud (gobierno nacional, gobierno de los estados, gobierno municipal y los prestadores) que es necesario diseñar y poner en marcha para regular, financiar, administrar y proveer los servicios de salud.

### **El desempeño del sistema sanitario: una señal para el cambio de las reglas de juego del financiamiento<sup>34</sup>**

El análisis anterior muestra que en la actualidad y para el caso venezolano, es plausible sugerir que a través del mejoramiento del desempeño de los servicios se puede incidir de manera significativa en la mejoría de los indicadores de salud. Ésta es la razón que justifica una reforma del diseño institucional del sistema y los servicios de salud, especialmente de la organización de su financiamiento.

34 Parte del texto está tomado de Jaén y Paravisini (1999).

Como idea resumen introductoria se puede afirmar que el sistema de salud está caracterizado por desintegración e incoherencia, con serias deficiencias en su diseño institucional asociado a un pobre desempeño de sus instituciones, y baja efectividad, equidad, accesibilidad y eficiencia, así como limitada capacidad resolutoria frente al perfil epidemiológico existente.<sup>35</sup> A continuación se presenta un resumen del mismo:

1. Presenta una organización y dinámica de funcionamiento muy compleja. Está integrado por los sectores público y privado y conformado por múltiples entes públicos que cumplen las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Estas instituciones son: el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (Ipsame), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (Ipsfa) y las gobernaciones de estado.
2. Existe un sector privado asegurador y prestador con y sin fines de lucro. El primero atiende principalmente a los estratos sociales altos de la población. El segundo, conformado por organismos no gubernamentales en salud (ONG), cooperativas sin fines de lucro y fundaciones benéficas, le brinda servicios tanto a la población que no está cubierta ni por el sector público ni por el privado con fines lucrativos como a la que no utiliza los servicios públicos.
3. Se hace aún más complicado porque en este momento y como resultado del proceso de descentralización,<sup>36</sup> se ha establecido un

35 Tal como se señala en el aparte relativo a la "descentralización", existe evidencia de que esta situación está cambiando en algunos estados como resultado del proceso de transferencia de competencias en salud. Es necesario continuar evaluando el impacto que, sobre el desempeño institucional y las condiciones de vida de la población, tiene la transferencia de los servicios de salud del Ministerio de Salud a las gobernaciones de estado.

36 La transferencia de los servicios del MSDS tiene su punto de partida en el año 1989 con la promulgación de la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público y con la elección directa de gobernadores, fecha en la cual se iniciaron las negociaciones con algunos estados, cinco de los cuales firmaron sus convenios de transferencia a finales de 1993. Hasta octubre de 1998 se han firmado diecisiete convenios con los estados Falcón, Anzoátegui, Carabobo, Aragua, Bolívar, Zulia, Mérida, Trujillo, Táchira, Sucre, Lara, Monagas, Miranda, Nueva Esparta, Apure y Yaracuy. Específicamente, el 22 de junio de 1998, el MSDS firmó con la Gobernación del Distrito Federal la transferencia de 9 hospitales y 56 centros ambulatorios. Se han firmado convenios de cogestión con Barinas, Cojedes, Guárico y Portuguesa y quedan pendientes los estados Delta Amacuro y Amazonas.

sistema intergubernamental de salud organizado en distintos niveles de gobierno: nacional, subnacional y local (González, 1997a; b), que ha traído consigo que los gobiernos intermedios hayan asumido competencias en salud que antes eran exclusivas del ámbito nacional, central del Estado.

4. Se ha estimado que entre el 60 y el 70 por ciento de la población venezolana está cubierta por algún tipo de seguro social y, por lo tanto, debería tener la asistencia médica garantizada por la institución correspondiente. Pero este porcentaje no se corresponde con la escasa participación de los seguros sociales en el financiamiento público, el cual se calculó en 18 por ciento para el año 1995. En este sentido, se podría sugerir que los sistemas de aseguramiento social no están cumpliendo con su obligación de prestar asistencia sanitaria a sus beneficiarios por lo que esta función la cumplen el MSDS y los estados. Como no se tiene definido el papel del ministerio y de los estados como aseguradores públicos, se les asigna un porcentaje de la población por exclusión —la que no dispone de un seguro social. Lo cierto es que en la práctica el MSDS y los estados son los primeros proveedores de asistencia de salud y no excluyen a nadie de esta provisión. En teoría, si el MSDS y los estados tienen la obligación de proteger a los grupos de población que no disponen de otro tipo de aseguramiento público, entonces su responsabilidad se reduciría a una población que pudiera estar alrededor del 25 por ciento de los venezolanos. Pero esta cifra contrasta con la participación del MSDS y de los estados en la financiación pública que se estima en más del 80 por ciento. No se tiene información de la cobertura del aseguramiento privado y no se han hecho las estimaciones de la población que tiene doble cobertura (CHC, 1997). En realidad, actualmente no se puede decir con certeza cómo está distribuida la cobertura de la población entre los distintos organismos mencionados.
5. El universo de hospitales de la red de establecimientos del sector público está conformado por un total de 239 hospitales (184 dependientes del MSDS o de las gobernaciones de estado, en aquellos casos en donde ya se han transferido los servicios, 31 de IVSS, 9 del Ipsfa y 15 son hospitales municipales). El sector privado, por su parte, cuenta con 344 hospitales (315 instituciones lucrativas y 29 fundaciones benéficas o empresas privadas). La capacidad instalada

aproximada para el sector público es de 40.510 camas arquitectónicas y 35.009 camas presupuestadas; por su parte, el privado tiene 11.790 camas. El total general de la oferta es de 52.394 camas arquitectónicas y 45.632 camas presupuestadas (anexo 2: cuadro 6). Se podría afirmar entonces que existe una infraestructura sanitaria suficiente en número y en capacidad para absorber la demanda, pero la misma confronta un deterioro creciente, que en algunos casos alcanza el 40 por ciento de su capacidad funcional (Consortio Hospitalario de Catalunya —CHC—, 1997).

6. La estructura de la red de establecimientos cubre los diferentes niveles de atención, pero se observa una superposición entre los mismos y, por ende, entre las funciones de los establecimientos de mayor con los de menor complejidad, generándose problemas de cobertura, accesibilidad y equidad. Hay una distribución poco equitativa de los servicios y de los recursos materiales y humanos en los distintos niveles —primario, secundario y terciario— del sistema. Los hospitales tienen una posición hegemónica no sólo desde el punto de vista financiero, sino por las expectativas de la población. Por su parte, a la atención ambulatoria y primaria se le asigna —dada la distribución financiera— un papel marginal en nuestro sistema sanitario. En la práctica, las expectativas sociales le dan un papel preponderante a los hospitales, y los ambulatorios no tienen una adecuada capacidad resolutoria, lo cual ha hecho que el usuario elija como vía más segura al hospital para que le solucionen sus problemas de salud. Este comportamiento no se corresponde con el perfil epidemiológico de la población, ni con el hecho de que en este nivel se podría resolver el 80 por ciento de los problemas de salud.
7. Existe falta de continuidad, permanencia y oportunidad, así como deficiencias en la productividad y calidad de los servicios de salud.<sup>37</sup> “En el área de gestión de los servicios los problemas están en la falta de competencia para la gestión eficiente de los recursos disponibles y de los recursos humanos, así como los problemas con el trato a los usuarios de los servicios” (CHC, 1997).
8. En cuanto a los problemas de productividad en la atención de tercer nivel, un estudio del Banco Mundial (World Bank, 1992) sobre

37 Para el análisis de tendencias de indicadores específicos, véase World Bank (1992) y Jaén *et al.* (1997).

el desempeño de los hospitales públicos —con datos de 1987 y 1988— muestra que los hospitales públicos del MSDS tenían una tasa de ocupación promedio de 78 por ciento y un promedio de estancia de 6,8 días y los del IVSS 69 por ciento y 6,5, respectivamente, pero el porcentaje de ocupación en los hospitales generales I y II<sup>38</sup> era menor al 30 por ciento. Ambas instituciones utilizaban, en términos medios, cerca de 5 profesionales de salud por cama, por encima de los estándares internacionales de 2 a 4 profesionales. La Dirección General Sectorial de Salud del MSDS (1997 y 1998) reporta para el año 1996 —específicamente para su red de hospitales— un porcentaje de ocupación del 63,6 por ciento, un promedio de estancia de 5,3 días y un índice de rendimiento de 44,3 pacientes por cama. Para el año 1997 la ocupación continúa su tendencia a la baja, llegando a 60,7 por ciento, la estancia es de 5 días en promedio y el índice de rendimiento de las camas permanece estable en 44,7 por ciento. La atención de las emergencias, tanto en los hospitales como en los ambulatorios, es mucho mayor que las consultas preventivas, que no llegan al 60 por ciento de la población susceptible de ser atendida. Además, en el caso de las intervenciones quirúrgicas, las emergencias predominan sobre las electivas (Jaén *et al.*, 1997). De acuerdo con el IVSS (1998), para el año 1997 el porcentaje de ocupación de sus hospitales tipo I se ubica entre 70 y 80 por ciento, y el de los hospitales II, III y IV entre 75 y 85 por ciento. El promedio de estancia varía entre 3 a 4 días para el servicio de gineco-obstetricia hasta 10 a 14 días para el resto de los servicios (pediatría, medicina y cirugía) y los egresos por cama fluctúan de 78

38 De acuerdo con la normativa legal vigente, los hospitales tipo I prestan servicios básicos de nivel primario y secundario de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, tienen entre 20 y 60 camas y están ubicados en poblaciones de hasta 20.000 habitantes, con un área de influencia hasta de 60.000 habitantes. Los tipo II prestan, además de los servicios básicos primarios, secundarios y algunos terciarios, los de cardiología, psiquiatría, dermatovenereología y neumonología, traumatología, oftalmología y ORL; además, tienen entre 60 y 150 camas y están ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia hasta de 100.000 habitantes. Los tipo III prestan atención médica integral en los tres niveles clínicos, tienen entre 150 y 300 camas y están ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con un área de influencia hasta de 400.000 habitantes. Finalmente, los tipo IV también prestan atención médica integral a todos los niveles, cuentan con más de 300 camas y cubren a una población mayor de 100.000 habitantes, con un área de influencia superior al millón de habitantes. Para una descripción completa de la clasificación de los hospitales y para mayor información, véase República de Venezuela (1983).

a 103 días en el de gineco-obstetricia, de 26 a 39 en el resto. El porcentaje de ocupación de los hospitales de alta complejidad —similar al promedio de los países de la OECD (81 por ciento) (Barnum y Kutzin, 1993)— tiene que ser analizado tomando en consideración lo que ya se señaló en un párrafo anterior en el sentido de que existe una distorsión en la operación de la red y, por ende, en el patrón de atención, que hace que la mayor parte de la población sea atendida en este nivel del sistema sanitario, independientemente de la gravedad o nivel de complejidad de su problema de salud.

9. La gratuidad de las prestaciones no se cumple en los hospitales ni ambulatorios públicos. Los ciudadanos se ven obligados a pagar en dinero o en especie, a pesar del empobrecimiento de la población y de la cuestionada eficiencia del sistema de recuperación de costos que opera en los servicios. El paciente paga el servicio directamente a través de las oficinas recuperadoras de costos o de fundaciones, de acuerdo con tarifas no reguladas, o en especies al proporcionar insumos para los actos médicos.<sup>39</sup>

Dadas las condiciones, características y dinámica de la red de servicios de salud recién descritas ¿cuáles serían las decisiones clave relativas al flujo de los recursos y cómo se deberían distribuir los recursos al interior del sector?, ¿qué decisiones de diseño institucional es necesario tomar para hacer viable el sistema financiero y hacerlo sostenible en el tiempo? Parecería evidente que es necesaria una reforma estructural profunda desde el punto de vista institucional, orientada a cambiar la dinámica en la demanda y oferta de los servicios que mejore sustancialmente el desempeño del sistema.

39 En el Gobierno del presidente Chávez (1999-2005) se están tomando acciones para vetar el cobro directo a los usuarios de los servicios públicos de salud. Tal es el caso de la eliminación de la "autonomía" de algunos hospitales dependientes de la Gobernación del Distrito Federal que se les había otorgado a través de la figura de "Servicios Autónomos" —que entre otras competencias, les permitía el cobro directo a los usuarios del hospital sin un sistema de regulación— y la prohibición del cobro directo a los ciudadanos que utilizan los servicios públicos de salud que se aprobó en la nueva Constitución Nacional (diciembre 1999).

## El comportamiento del financiamiento de la salud: la obligación de cambiar

El financiamiento público de la salud ha ido decreciendo en los últimos años —como se verá más adelante— pero el gasto total (público y privado) sigue estando por encima de otros países de América Latina. Comparaciones internacionales, con base en datos para el año 1990, muestran que Venezuela gastaba 220 dólares en salud por habitante. Durante ese mismo año, el gasto promedio per cápita en salud para América Latina fue de 105 dólares y en los países desarrollados de 1.860 dólares. Las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) confirman que el gasto en salud y el gasto per cápita en Venezuela es superior al de otros países andinos, tales como Colombia (82,2 dólares per cápita), Ecuador (78,6 dólares), Perú (41,3 dólares) y Bolivia (39,0 dólares). Cuando se analiza sólo el gasto público la tendencia es diferente, ya que el mismo es uno de los más bajos de la región (2 por ciento *versus* un promedio de 4 por ciento), representando el gasto privado más del 70 por ciento de gasto total en salud (anexo 3: cuadro 1).<sup>40</sup> El hecho de que la base financiera del sistema sea fundamentalmente privada ha sido identificado como la dificultad estructural más importante de nuestro sistema de salud (González, 1999a).

En efecto, de acuerdo con Salvato (1998), hay una disminución de la participación del gasto público en salud en el presupuesto nacional de Venezuela de 13,3 por ciento en 1970 a 9,3 por ciento en 1997, y el gasto total en salud como porcentaje del PIB para el año 1996, cuando se agrega

40 La primera pregunta que surge al ver estas cifras es ¿Cuál es la relación entre financiamiento y salud? ¿El deterioro de las condiciones de salud puede ser explicado por un bajo per cápita en salud? ¿Los países que le asignan altas proporciones de recursos del PIB a salud tienen mejores desempeños institucionales y mejores condiciones de salud? González (1999a) —estudiando 144 países con datos entre 1990 y 1995— señala que el único sistema de políticas (económico, educativo, demográfico, salud y ambiental) que no es significativo para explicar las tasas de mortalidad infantil es el económico, y añade, con base en un análisis comparativo, que países con menores ingresos per cápita que Venezuela tienen menores tasas de mortalidad infantil. Curcio, (1999b), sin embargo afirma —analizando el caso venezolano para el período 1971 a 1996— que a medida que aumenta el gasto total en salud disminuyen las tasas de mortalidad infantil, que el gasto total en salud explica el 33 por ciento de las variaciones de estas tasas y, finalmente, que el gasto privado explica en mayor medida las variaciones de esta tasa (más que el gasto del gobierno central y el específico en programas Materno-Infantiles). Como se puede observar, la relación causal entre gasto en salud y condiciones de salud no es definitiva y, por ende, debe ser manejada con cautela.

el gasto público y el consumo privado, se ubica en aproximadamente 7 por ciento, siendo el público de 2,25 por ciento y el privado de 4,7 por ciento. Estimaciones de Curcio (1999a) señalan que el gasto privado no supera el 2 por ciento del PIB y el porcentaje total del PIB dedicado a salud en el año 1999 es de 4,06 por ciento. Esta misma autora afirma que, para el año 1999, el gasto en salud público y privado expresado en dólares per cápita asciende a 164.53 dólares americanos.<sup>41</sup>

Las últimas estimaciones de la Ocepre (Salvato, 2000a) muestran un leve incremento de la participación porcentual del gasto en salud en el presupuesto nacional ya que el mismo pasó de 8,65 por ciento en el año 1995 a 11,62 por ciento en el año 2000 (cuadro 3). Para el período 1980-1997, el gasto público en salud como porcentaje del PIB es aproximadamente 2 por ciento y el gasto per cápita público se redujo de 109 dólares en el primer año a 84,4 dólares en 1997 (Salvato, 1998). De acuerdo con estimaciones de la Ocepre (Salvato, 2000a), el gasto per cápita (a precios constantes de 1984) es de 354,92 bolívares y el gasto porcentual como parte del PIB llega a 2,91 en el año 2000 (cuadro 3).

A diferencia del gasto público, el consumo privado de los hogares en gastos médicos y de hospitalización va en incremento sustancial entre 1984 y 1995. Esta distribución del gasto entre público y privado no se corresponde con la cobertura real, dado que el gasto público, con todas sus limitaciones, abarca una gran proporción de la población, mientras que 80 por ciento del privado está concentrado en los cuartiles de la población de mayores ingresos (Salvato, 1998). En el anexo 3, cuadros del 2 al 14, se presenta la información básica del gasto en salud tanto público como privado, utilizando la información reportada por Salvato (2000a), Salvato (1998)<sup>42</sup> y Curcio (1999a).

41 El porcentaje del gasto privado y el per cápita total en salud no coinciden con las estimaciones de OPS (1994) y Salvato (1998). Para información del lector, se incluye en el anexo 3 la data básica que presentan Salvato (1998) y Curcio (1999a).

42 Para mayor información relativa al total de afiliados al IVSS, monto total de los cotizantes y familiares, demás datos financieros específicos a ese instituto, así como proyecciones bajo distintos escenarios económicos, véase Oficina de Asesoría Económica del Congreso (1998a,b) y Salvato (1998).

**Cuadro 3**  
**Gasto público en salud. Venezuela 1995-2000**  
(en millones de bolívares)

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social	173.409,40	250.835,40	667.686,10	796.287,50	805.955,20	1.308.726,40
Ministerio del Trabajo (IVSS)	25.890,50	49.072,70	259.077,20	341.810,20	436.358	582.157,60
Ministerio de Educación (ipasme)	1.338,60	2.202,50	7.355,80	9.265,10	9.885,70	16808,30
Ministerio de Hacienda	89,60	87,10	192,70	320,50	348,70	382,50
Ministerio de Energía y Minas	18,40	15,40	16,90	77,70	67,50	
Ministerio de la Defensa	7.910,90	10.390,40	19.786,20	19.513,40	28.372,80	33.202,90
Ministerio de Justicia	28,80	16,60	18,50	23,00	23,00	1.439,60
Ministerio del Ambiente y de los R.N.R.	26,70	30,30	121,40	482,80	322,70	351,60
Ministerio de Desarrollo Urbano	0,00	5.450,90	13.305,40	10.846,50	3.555,00	9.626,50
Aportes patronales al IVSS y a seguros HCM, ayudas y servicios médicos (Admón. central)	17.446,20	22.984,40	36.462,00	47.361,00	52.927,40	90.304,00
Aportes patronales al IVSS y a seguros HCM, ayudas y servicios médicos (Admón. desct.)	16785,40	26.736,70	46.749,60	74.749,60	80.599,30	91.883,20
Total gasto público en salud = 1	242.944,50	367.822,40	1.050.900,60	1.243.737,30	1.418.415,70	2.134.882,60
Total gasto público en salud a precios de 1984 = 2	9.389,20	6.498,38	11.608,60	9.115,40	8.414,03	
Presupuesto nacional = 3	2.808.188,00	6.441.531,60	10.667.546,70	11.845.126,10	12.811.503,00	18.366.037,20
Salud participación % en el PN (1/3*100)	8,65	5,71	9,85	10,50	11,07	11,62
PIB = 4	13.662.248,00	29.333.029,00	42.744.455,00	52.030.300,00	61.550.000,00	73.300.000,00
Salud participación % en el PIB (1/4*100)	2,30	1,48	2,73	2,39	2,30	2,91
Gasto público per-cápita en salud (en Bs. de 1984)	429,82	285,69	498,64	392,19	354,92	

\* Para el 2000 no se hicieron los cálculos a precios constantes de 1984 porque el Banco Central cambió el año base a bolívares de 1987

Nota: No incluye gastos de las gobernaciones

Fuente: Ocepre, varios años. En Salvato (2000).

Otra característica del financiamiento del sistema venezolano es su alta fragmentación. Existen múltiples fuentes no integradas, siendo las principales: el gobierno central, a través del MSDS, los aportes del gobierno central al IVSS y a las compras de pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad para sus empleados, obreros, pensionados y jubilados; las gobernaciones de estado, los municipios; el IVSS; el Ipasme; Bienestar y Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Ministerio de la Defensa); y el consumo final de los hogares (Curcio, 1999a). Esta multiplicidad, desorganización, segmentación y alta dispersión financiera está acompañada de superposición de coberturas en el aseguramiento y la prestación de servicios a la población.

Otro elemento a considerar en la reforma es la forma como se asignan los recursos al interior de las instituciones. En los años 1999 y 2000 el 79,8 y 78,6 por ciento de los gastos del MSDS están destinados a transferencias a los estados descentralizados y organismos autónomos adscritos al ministerio (Salvato, 2000a). El mayor porcentaje del resto, es decir, de los gastos propios, está destinado a gastos de personal. Para el período 1989-1995, más del 72 por ciento está destinado al pago de nóminas, llegando en 1995 a 79,3 por ciento; de éste, 52 por ciento se dedica al pago de personal obrero y administrativo (Salvato, 1998). En los años 1999 y 2000 hay una disminución del gasto en personal, ubicándose en 56,5 por ciento en el primer año y 45,4 por ciento en el último (Salvato, 2000a). Un análisis de la distribución del gasto por programas (CHC, 1997) muestra que del total de recursos del MSDS, el 30 por ciento se destina a administración, sistemas no asistenciales y programas de salud pública. Del porcentaje restante, el 71 por ciento se asigna a la red de hospitales, el 17 por ciento a asistencia primaria y el otro 12 por ciento restante a la gestión del sistema. Estimaciones del Banco Mundial (1992) señalan que entre los años 1980 y 1990, el porcentaje del gasto en servicios médicos destinado a hospitales varía de 80 por ciento en 1980, alcanzando un máximo de 86 por ciento en los años 83 y 84, hasta llegar a 71 por ciento en el último año de la serie. El comportamiento del IVSS es similar al del MSDS, ya que para el año 1990 el porcentaje del gasto en hospitales era de 74 por ciento.

Al mirar estas cifras, uno se pregunta ¿Cuál es el reto principal y de máxima prioridad de la reforma, aumentar el monto de los recursos o más bien pensar en diseños institucionales que permitan transformar la

base financiera del sistema y lograr la unificación y consolidación de las fuentes públicas de financiamiento y la redistribución del gasto en salud?<sup>43</sup>

### Los actores: llave para construirle viabilidad política a la reforma

Dado que los procesos de reforma no siempre traen consigo mejoras para todo el mundo<sup>44</sup> —porque a pesar de que tienen como objetivo incrementar el bienestar de la sociedad, siempre existen actores que resultan perjudicados— se debe tomar en consideración la oposición política a la que los mismos se podrían enfrentar.

La experiencia en Venezuela con los procesos de reforma del sector salud que se han tratado de poner en marcha, es que existen procesos políticos, y por ende grupos de presión, que de no tomarse en cuenta inciden sobre la posibilidad real de implementar la reforma. Varios son los ejemplos que se pueden mencionar.

Un primer ejemplo de intento fallido de reforma lo representa el denominado Sistema Nacional de Salud, cuya ley se aprobó en 1987. En este caso, a pesar de que en la preparación y formulación de esa ley (promovida desde el gobierno y específicamente por el MSDS) participaron distintos sectores de la sociedad —especialmente los diferentes gremios y sindicatos de la salud y representantes de la población organizada— la transformación del rumbo de la política económica con el cambio de gobierno (de J. Lusinchi 1983-1988 a C.A. Pérez 1989-1992), hizo que esta ley no se implantara. En efecto, luego de un proceso de 20 años de propuestas, discusiones y deliberaciones se aprobó la ley pero su período de ejecución fue muy corto, porque en el gobierno social demócrata de Pérez (1989-1992), con el cambio hacia un modelo económico neoliberal, se tomó la decisión de reformar el Estado, disminuir su tamaño y participación, y favorecer la descentralización y privatización. Nuestra

43 Varios autores han analizado la alta dispersión y fragmentación de las fuentes públicas de financiamiento (Curcio, 1999a; González, 1999a y Salvato, 1998) y existe consenso en que el principio necesario de cualquier reforma y el elemento clave de la transformación del sistema financiero es la organización y consolidación de las fuentes públicas y no el incremento del monto de los recursos destinados a los servicios de salud.

44 En términos técnicos: "Óptimo de Pareto".

hipótesis es que en este marco de reforma no encajaba una ley como la del Sistema Nacional de Salud que buscaba centralizar la autoridad en salud y consolidar un sistema único. Por el contrario, desde la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (Copre) se impulsó la elección directa de gobernadores y alcaldes, y el 29 de diciembre de 1989 se promulgó la “Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público” y en ese mismo año se celebraron las primeras elecciones de gobernadores y alcaldes, dándose inicio a la descentralización de salud a los estados, lo cual marcó el nuevo rumbo del sector.

Otro ejemplo es la reforma impulsada por el MSDS a través del denominado “Proyecto Salud”, con apoyo financiero de la banca multilateral (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo), desde mediados de la década de los noventa, cuando se inicia un proyecto de reforma integral y estructural del sector salud. El mismo estaba dirigido a fortalecer el papel rector de ese ministerio, a apoyar la descentralización con un programa de fortalecimiento institucional, y a cambiar la dinámica del financiamiento del sector. El objetivo era reorganizar las fuentes financieras en un fondo único, ordenar las transferencias de recursos entre los distintos niveles del sistema de salud —a través de mecanismos y contratos de desempeño basados en un sistema de incentivos— y regular la oferta en función de un Programa de Atención Integral de la Salud, de carácter obligatorio. En este caso hasta el año 1997 no se había logrado que el cuerpo directivo del MSDS se apropiara de la propuesta, y tampoco se había considerado suficientemente el papel del IVSS, y de grupos tales como los trabajadores y los empresarios y, por eso, a pesar de que se contaba con el apoyo de los gobernadores de los estados, no se logró avanzar en la dirección planificada en los tiempos programados y la reforma integral se vio truncada.

Paralelamente otras propuestas se estaban gestando desde o con la participación del MSDS. La primera culminó con la aprobación en el Congreso de la Ley Orgánica de Salud en noviembre de 1998 y la segunda —técnica y políticamente desvinculada de las anteriores— se organizó alrededor de la oferta de transformación del Seguro Social, a través de la cual el gobierno logró concertar con la cúpula de la representación empresarial y sindical el denominado Acuerdo Tripartito de marzo de 1997. En el seno de la llamada Comisión Tripartita (con representación del gobierno, empresarios y trabajadores) se discute y se formula la “Ley Orgánica de Seguridad Social Integral”, la cual se aprueba el 30 de diciembre

de 1997. Esta ley crea el mandato para la aprobación posterior del Decreto con Rango y Fuerza de Ley que Regula el Subsistema de Salud de la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral, que se sanciona en octubre del 98, y que iba a entrar en vigencia en enero del año 2000. Esta ley hubiera tenido importantes repercusiones institucionales y financieras para el sistema sanitario venezolano y sus postulados estaban en franca contradicción con los principios que guiaban la otra reforma impulsada desde el MSDS (“Proyecto Salud”).<sup>45</sup> La reforma de la seguridad social fue aceptada por el mundo político (partidos y Congreso), hasta el punto que la hicieron suya, pero fue rechazada por los gremios de la salud y no contaba con el apoyo de los gobernadores. Capriles (1999) señala que en la preparación de esta ley “no se contó con la participación de técnicos de salud con suficiente experticia, no fue consultado a nuevos y fundamentales actores, como los gobernadores de estado, menos al conjunto de la sociedad”. Además, todos los gremios de la salud, el sector universitario y la academia mostraron franca oposición a la misma.

Con el cambio de gobierno que se instaló en el año 99, se transformó totalmente el escenario político e inicialmente se incluyó la reforma de dicha ley con sus subsistemas en la Ley Habilitante (*Gaceta Oficial* No. 36.687 del 26 de abril de 1999), pero la decisión definitiva fue transferir la responsabilidad para la promulgación de una nueva ley marco de seguridad social y específicamente de salud a la Asamblea Nacional —elegida a mediados del año 2000. En efecto, en el mes de marzo de 2001 la Comisión Presidencial para la Seguridad Social le hizo entrega al presidente de la República de los anteproyectos de leyes orgánicas de seguridad social y salud. Se espera que la Asamblea Nacional se pronuncie a partir de mediados de este mismo año.

Ante esta historia de reveses, el equipo encargado de apoyar al ministro se da cuenta que es necesario el análisis estratégico de los actores que participan en el Sector Salud como forma de construirle viabilidad política a la propuesta. El primer paso de este análisis es la identificación de los actores que pueden oponerse o apoyar la reforma que se quiere poner en marcha. Se preparó una lista exhaustiva para tener una identificación inicial de los grupos de presión y de las posibles relaciones sociales que se pueden

45 En el anexo 1 se resume la explicación de algunas de las implicaciones de esta ley. Pero, si usted está interesado en conocer el análisis de factibilidad financiera de esta ley, véase Oficina de Asesoría Económica del Congreso (1998a;b).

tejer alrededor de un tema como la reforma del sistema de financiamiento de la salud.

A continuación se presenta la lista de actores que fueron identificados como posibles participantes en un proceso de reforma del Sector Salud en Venezuela:<sup>46</sup>

1. Sector público:

→ Gobierno central:

- Presidencia de la República
- Vicepresidencia de la República
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (antes MSAS)
- Ministerio del Trabajo
- Oficina de Asesoría Económica del Congreso
- Fuerza Armada (antes Fuerzas Armadas)
- Ministerio de Planificación (Cordiplan)
- Ministerio de Economía y Finanzas (antes Ministerio de Hacienda)
- Asamblea Nacional
- Consejo Nacional de Salud
- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)
- Unidades coordinadoras de los préstamos multilaterales (tanto en salud como en seguridad social)

→ Nivel intermedio de gobierno (gubernaciones de estado)

→ Consejo Federal de Gobierno

→ Gobiernos locales (alcaldías-municipios)

→ Universidades e institutos de educación superior públicos (Universidad Central de Venezuela, Universidad de Carabobo, Universidad del Zulia, Universidad Lisandro Alvarado de Barquisimeto, entre otras)

<sup>46</sup> Para la preparación de esta lista se trabajó con la clasificación preparada por Jaén y Paravisini (2000), la cual fue adaptada para la identificación de actores, específicamente para el caso venezolano.

2. Sector privado:

→ Aseguradoras nacionales e internacionales

→ Prestadores o proveedores de servicios:

- Con fines de lucro
- Sin fines de lucro

→ Proveedores de insumos

→ Empresas de tecnología en salud (equipos y medicamentos)

3. Sociedad civil organizada:

→ Sociedad civil organizada alrededor de la salud:

- Gremios y federaciones de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud
- Asociaciones de trabajadores —Sindicatos
- Asociaciones profesionales y academias
- Organizaciones no gubernamentales (ONG) en salud, comités o consejos de salud y cooperativas de salud
- Asociaciones de pacientes, grupos de autocuidado y otros grupos de base en salud

→ Sociedad civil organizada en general:

- Asociación o grupos de vecinos
- Partidos políticos
- Asociaciones comerciales
- Cámaras de empresarios (Fedecámaras)
- Universidades e institutos de educación superior privados
- Iglesia
- Público en general
- Medios de comunicación oral y escrita

4. Agencias y organismos de cooperación internacional bilateral y multinacional:

- Financieros: agencias de cooperación internacional financiera: banca multilateral (Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial); Corporación Andina de Fomento (CAF);
- Técnicos: agencias y organismos de cooperación internacional técnica (Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis), GTZ - Cooperación Alemana, entre otras).

### Normativa legal del Sector Salud: el marco general para el cambio

1. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (*Gaceta Oficial* No. 33.745 de fecha 23 de junio de 1987)
2. Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público (*Gaceta Oficial* No. 4.153 Extraordinario de fecha 28 de diciembre de 1989)
3. Ley Orgánica de Seguridad Social Integral (*Gaceta Oficial* No. 5.199 Extraordinario de fecha 30 de diciembre de 1997)
4. Decreto con Rango y Fuerza de Ley que Regula el Subsistema de Salud de la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral (No. 2.944) de fecha 14 de octubre de 1998, publicado en la *Gaceta Oficial* No. 36.568 de fecha 27 de octubre de 1998.
5. Ley Orgánica de Salud (*Gaceta Oficial* N° 36.579 de fecha miércoles 11 de noviembre de 1998).
6. Ley Orgánica de la Administración Central, reformada mediante Decreto 369 del 5 de octubre de 1999 y publicada en *Gaceta Oficial* N° 36.807 del 14 de octubre de 1999.

### El escenario para el próximo año y la urgencia por empezar

1. Se estima que continúe el deterioro de la economía debido a la incertidumbre asociada con los cambios políticos en proceso.
2. Las proyecciones indican que continúa la tendencia al aumento del desempleo, la informalidad y la pobreza.

3. Persiste el deterioro de los indicadores de salud, comprometiéndose especialmente a los grupos más vulnerables, entre ellos las mujeres embarazadas y los niños menores de 6 años, lo cual tiene serias implicaciones para la generación de capital humano en el país. Persiste el círculo vicioso entre pobreza, malas condiciones de vida y de salud, y subdesarrollo.
4. Dada la situación económica del país, se perfila que la brecha entre demandas de salud y capacidad financiera del Estado será aún mayor. La perspectiva económica del sector es desfavorable porque el gasto público per cápita en salud había caído en las dos últimas décadas (80' y 90') y no se espera que esta tendencia se revierta en el corto plazo.
5. En el marco del gobierno actual permanece el debate sobre el destino de la reforma en salud. Se ha definido un nuevo marco regulatorio para el sector en la Constitución de 1999, el cual deja sin efecto las reformas de la seguridad social y de salud aprobadas en 1997 y 1998 que debían implantarse a partir del año 2000. Si bien esta nueva Constitución establece los derechos de los venezolanos y las obligaciones del Estado, asuntos como la participación del sector privado en la administración de fondos de pensiones y de salud y en la provisión de servicios así como el destino del IVSS son todavía objeto de controversia. Además, no está claro si con los recursos disponibles es posible financiar el derecho a la salud, tal como se define en la Constitución como "derecho social fundamental, obligación del Estado". Y éstos son temas críticos que seguramente incidirán sobre la posibilidad de que la Asamblea Nacional, el MSDS y los distintos sectores de la sociedad lleguen a un acuerdo para construir una propuesta única de reforma sectorial. Es de esperarse que los gremios y sindicatos, Fedecámaras, las empresas privadas aseguradoras, las gobernaciones de estado y la población organizada extremen sus posiciones en relación con las propuestas de reforma financiera del Sector Salud. Los gremios, porque parecerían no estar dispuestos a aceptar la incorporación de administradoras como intermediarias entre ellos y los pacientes y se oponen a la eliminación del IVSS; el sector privado, porque tiene alto interés en ingresar al negocio de la administración y provisión de servicios de salud y está insatisfecho con el servicio que le ofrece el IVSS. Por su parte, las gobernaciones de estado siguen luchando porque se les transfieran

los servicios de salud, pero con el consiguiente paso de recursos financieros y autoridad para la administración y asignación de recursos en sus estados, pero en el gobierno actual no hay señales claras de que exista consenso y voluntad para seguir profundizando y fortaleciendo la descentralización del sistema de salud. La población organizada sigue demandando cobertura y acceso universal a un sistema de salud integral, que les asegure, bajo condiciones de equidad, acceso a educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como al tratamiento y rehabilitación con niveles de alta calidad. La mayor parte de los sectores solicitan que el Estado destine un porcentaje mayor del PIB a salud, en muchos casos sin tener claro el porqué de esta solicitud o sus implicaciones. Finalmente, es necesario considerar a los organismos de cooperación externa y específicamente a la banca multilateral (BID y BM), que están financiando varios proyectos de reforma del Sector Salud y el de la reforma de la seguridad social (este último hasta el año 1999). En este caso Venezuela negoció unas condiciones que debía cumplir para recibir los desembolsos, algunas de las cuales se tuvieron que suspender debido a los cambios impulsados desde la Asamblea Constituyente y por la decisión de construir un nuevo modelo de reforma de la seguridad social y salud desde la Asamblea Nacional.

## 2. Desafíos para construir una propuesta de política en salud

### La política de salud del Estado venezolano: soporte clave para preparar la propuesta<sup>47</sup>

#### La política de salud

El ministro convoca a una reunión con su grupo de expertos y con usted para discutir el documento anterior. Él entiende que es necesario analizar las opciones teóricas de reformas basadas en la evidencia de éxitos o al menos, de mejores resultados, en otros países,<sup>48</sup> pero quiere que se haga a la luz de la política de salud del Estado venezolano, la cual está definida en la “nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela” (diciembre de 1999), expresada en los artículos 83 al 86.

- **Artículo 83.** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa

47 Para la preparación de este aparte se trabajó con el texto de la nueva Constitución Bolivariana (diciembre de 1999) y con los documentos de los foros “La Salud en la Constituyente, un Debate Necesario”, realizados durante los meses de agosto y septiembre del año 2000 en Caracas y con el material de apoyo entregado en el taller “Salud en la Constituyente. La Propuesta” (23 y 24 de septiembre de 2000). Tanto los foros como el taller fueron organizados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social con el apoyo del Ildis, GTZ, PNUD y OPS. Otra fuente adicional fue Curcio y Magallanes (1999). Los “objetivos” y “mecanismos” identificados son una interpretación libre de la autora.

48 Un análisis de las “Reformas de los sistemas de financiamiento de la salud en América Latina y el Caribe”, se encuentra en Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Proyecto GTZ/Cepal. Serie Financiamiento del Desarrollo. En los números 47, 51 y 73 se discute la reforma de Colombia; en los números 49, 50, 54 y 56 se estudia el caso de Chile, y en los números 57 y 60 el de Argentina. Por su parte, la reforma de Brasil se analiza en Marques, R.M., *O financiamiento do sistema público de saúde brasileiro*. Naciones Unidas, Cepal: Serie Financiamiento del Desarrollo. Para mayor información, véase <http://www.cepal.org>. Además, en la bibliografía se presentan otras referencias específicas sobre procesos de reforma en salud a nivel internacional.

y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

- **Artículo 84.** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud da prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en instituciones públicas de salud.
- **Artículo 85.** El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.
- **Artículo 86.** Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su

protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

Además de estos principios fundamentales de la política de salud, como resultado de la reunión y de la revisión de documentos preparados por el equipo técnico del ministerio se identificaron los *objetivos específicos* que deben ser tomados en cuenta para el diseño de la propuesta:

1. El Estado deberá garantizarle el acceso universal y equitativo a los servicios y programas de salud y debe proteger especialmente a los grupos de población que se encuentren en situación de vulnerabilidad, es decir, los que están en riesgo biológico, económico y social (niños, ancianos, mujeres embarazadas, discapacitados y sectores de pocos recursos económicos).
2. La propuesta debe darle respuesta a los problemas de equidad, cobertura, calidad y eficiencia de los servicios de salud en el país. La meta que se plantea es construir un sistema de salud de calidad y equitativo que provea servicios adecuados y que cubra a toda la población venezolana.
3. La reforma debe estar orientada a mejorar, en primer lugar, la efectividad o eficacia del sistema y su equidad, y en segundo lugar la eficiencia en la gestión y utilización de los recursos en salud.<sup>49</sup>
4. La reforma debe partir y sustentarse en el complejo perfil epidemiológico del venezolano, en la situación de desigualdades en salud para distintos grupos de población por nivel socioeconómico, por zonas geográficas y por grupos étnicos, entre otros, y también debe

49 Un sistema de salud es efectivo cuando "cumple con los objetivos que debe cumplir... que haga lo que hay que hacer"; es equitativo cuando hace "llegar a la mayor parte de la población un servicio de calidad aceptable, para el mayor conjunto social", y es eficiente, cuando se obtiene lo máximo de recursos limitados o escasos (González, 1997b).

darle respuesta a las condiciones de transición demográfica que se están viviendo en el país.

5. La propuesta debe tomar en consideración que es necesario satisfacer el crecimiento de la demanda en salud por parte de la población venezolana que está hoy por encima del crecimiento de la economía del país.
6. La organización institucional que se diseñe para sustentar la reforma financiera debe tomar en consideración las relaciones de agencia (agente - principal) y los sistemas de incentivos que se han generado y consolidado en el sistema público de salud y los problemas de rendición de cuentas y transparencia que se confrontan en sus instituciones.

Luego que se definió la política de salud y los objetivos que deben guiar la propuesta, como resultado de la discusión y de la lectura de los documentos técnicos, surgieron algunos *mecanismos específicos al tema financiero* que se deben respetar cuando se elabore el proyecto de reforma. Estos mecanismos son:

1. Obligar a la solidaridad social e instrumentar la consolidación, integración y redistribución de los recursos para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, controlando las fallas del mercado en salud. Los ciudadanos tienen la obligación de aportar en función de sus ingresos para lograr un financiamiento solidario de la salud para todos los grupos de la sociedad.
2. Organizar las distintas fuentes de financiamiento para superar la segmentación de los fondos del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguridad Social y asegurar la solidaridad y cobertura universal. Evaluar la conveniencia de un fondo único de salud y un seguro obligatorio de salud.
3. Garantizar —por parte del Estado— un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de las políticas sanitarias, acorde con los estándares internacionales sobre la materia.
4. Diseñar un sistema de salud que controle las fallas del mercado en salud.
5. Separar las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios.

6. Fortalecer, profundizar y asegurar la descentralización de los servicios de salud, no sólo a los estados y municipios, sino a los establecimientos.
7. Promover la autonomía de gestión de los establecimientos de salud, especialmente de los hospitales.
8. Financiar la demanda y no la oferta (formular y asignar el presupuesto de los servicios en función de la demanda atendida en los centros de salud y no de acuerdo con el presupuesto histórico asignado), introduciendo la lógica del contrato (acuerdo negociado en función de metas) y de los incentivos en la negociación y transferencia financiera entre los distintos niveles del sistema de salud.
9. Controlar las fallas que generan los seguros, analizando la pertinencia de las administradoras de fondos públicas y privadas.
10. Asegurar la provisión de servicios mixta: pública y privada, con autonomía de los hospitales.

#### *Aspectos teóricos básicos*

Para este momento usted tiene una imagen clara del sistema sanitario y de las necesidades de salud del venezolano y conoce la política de salud: los principios, objetivos y mecanismos que deben respetarse en la propuesta. Sabe que cuenta con recursos limitados y que no es posible satisfacer todas las necesidades existentes, bajo el marco de los valores definidos. Es por ello que la preparación del proyecto de reforma pasa por la identificación de los distintos componentes del sector salud y por la comprensión del funcionamiento de los diferentes esquemas o modelos de financiamiento.

#### **Componentes de un sistema de salud**

En cuanto a la identificación de los distintos componentes y funciones de un sistema de salud (Londoño y Frenk, 1995) se llega a los siguientes acuerdos para preparar la propuesta:

1. El sistema de salud es un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes, la población y las instituciones. Por el lado de las instituciones, el mismo no sólo abarca la organización institucional para la provisión de servicios de salud individuales y públicos, sino que además comprende las organizaciones que producen los insu-

mos para los servicios de salud, tales como centros de investigación que generan conocimiento y desarrollan nuevas tecnologías, así como empresas farmacéuticas y compañías de equipos médicos. Las universidades, por su parte, cumplen un doble rol en el sistema: el desarrollo del recurso humano y la provisión de servicios de salud.

2. La propuesta que se pretende construir no abarca opciones para el cambio de las organizaciones que producen los recursos humanos y materiales que requiere el sistema sanitario. En este caso lo que está en discusión es el modelo de financiamiento y la organización que se requiere para cumplir con la función de proveer servicios individuales y públicos, es decir, el conjunto de servicios preventivos, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente al individuo y algunos servicios públicos de salud, tales como educación en salud y saneamiento ambiental. Sólo de algunos, porque la puesta en marcha de algunas de estas acciones va más allá del sistema restringido de salud e implica acciones intersectoriales.
3. Las funciones inherentes a la organización institucional para producir servicios personales y públicos de salud son: regulación, financiamiento, aseguramiento o articulación y provisión de servicios (Londoño y Frenk, 1995). La propuesta de reforma se centra entonces en la formulación de cómo se organizará la operación del sistema con base en la definición de la estructuración de estas funciones y la identificación de centros de responsabilidad por función, todo esto de acuerdo con las características particulares (demográficas, epidemiológicas, sociales, económicas y culturales) de la población que es necesario atender.

### Modelos y alternativas de financiamiento de la salud<sup>50</sup>

El análisis de los sistemas de salud a nivel mundial muestra que las sociedades seleccionan distintos modelos de financiamiento, organización financiera y mecanismos de pago a los prestadores. Generalmente se observa coexistencia de distintos esquemas y es claro que ninguno es perfecto desde el punto de vista de la efectividad o la eficiencia. Cada uno genera un diseño particular para movilizar los fondos en el sistema de salud, así como

50 Para la preparación de este aparte se utilizó Sabaté (1999), Maceira (1998) y LACHSR Health Sector Reform Initiative (1999).

distintos mecanismos financieros. A su vez, cada diseño afecta los diferentes incentivos económicos, el riesgo asumido, y el comportamiento de cada uno de los actores (Sabaté, 1999). En este orden de ideas, lo primero y fundamental es reconocer las características particulares que definen al mercado de la salud, especialmente la presencia de las siguientes fallas de mercado:

- Existencia de bienes públicos
- Asimetría de información (que conduce a selección adversa y riesgo moral)
- Externalidades
- Demanda inducida
- Incertidumbre
- Competencia imperfecta
- Separación de agentes (fallas de coordinación entre asegurados y pacientes)

Por otro lado, para entender los distintos modelos de financiamiento es necesario analizar el flujo de fondos de un sistema de salud en sus tres niveles: 1) el financiamiento sectorial —la forma como el sector es financiado como un todo—; 2) el financiamiento intrasectorial o de la provisión de servicios —la forma como se distribuyen o reparten los recursos al interior del sistema—; y 3) la remuneración o compensación que reciben los individuos que trabajan en el sector (LACHSR Health Sector Reform Initiative, 1999). Bajo este esquema general, el tema del financiamiento de la salud toca múltiples aspectos que deben ser considerados para la elaboración de una propuesta como ésta.

El primer asunto a considerar está relacionado con las fuentes del financiamiento, es decir, de dónde viene el dinero: pago directo, primas de seguros, contribuciones a la seguridad social, impuestos, créditos y donaciones (LACHSR Health Sector Reform Initiative, 1999).

El segundo, íntimamente relacionado con el anterior, es el esquema o el circuito financiero que una sociedad utiliza para financiar el sistema de salud, siendo las alternativas: 1) el pago directo o del bolsillo del paciente; 2) el financiamiento gubernamental; 3) los sistemas de seguros sociales con provisión directa o indirecta de servicios; 4) los seguros privados y los

sistemas gerenciados de salud (*managed care*); 5) el financiamiento comunitario; y 6) el ahorro obligatorio (Sabaté, 1999). Estos sistemas tienen distintos comportamientos en la distribución del riesgo financiero y, por ende, en la generación de incentivos, y presentan distintos patrones de sustentabilidad financiera. Además, tienen un impacto diferencial sobre el acceso, la calidad, el costo y la utilización de los servicios. Así mismo, el comportamiento de los actores varía dependiendo del modelo seleccionado: puede haber selección adversa o aversión al riesgo por parte de los pacientes, y selección de riesgo del lado de los agentes financiadores, y el lucro como principal incentivo en los profesionales de la salud y proveedores de servicios (anexo 4: esquema de los distintos modelos de financiamiento).

Finalmente, los mecanismos de pago se refieren a "la forma como los recursos financieros se distribuyen desde un agente (o comprador), como el gobierno o una compañía de seguro o el beneficiario de un servicio, a una institución de salud o un proveedor individual, tal como un médico o una enfermera (LACHSR Health Sector Reform Initiative, 1999). Existen mecanismos de pago a los médicos (salario fijo, cuota por servicio, pago por persona inscrita, bonos y retenciones) y a los hospitales (presupuesto histórico, cuota por servicios, pago por día de hospitalización, pago con base en el procedimiento, pago relacionado con el diagnóstico —Grupos Relacionados de Diagnóstico— y pago por persona inscrita).

A los fines de la elaboración de la propuesta y con el objetivo de tomar la decisión más apropiada para el país, los puntos más relevantes a considerar son el análisis de las fuentes de financiamiento en Venezuela, los mecanismos inherentes y los problemas asociados a los diferentes esquemas de financiamiento, aseguramiento y compra, y la discusión de los distintos modelos de acuerdo con el marco político, económico, social e institucional definido, en función de sus implicaciones desde el punto de vista de la efectividad, accesibilidad y eficiencia del sistema; en otras palabras, de su impacto en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

### Los retos

Luego de este análisis, el equipo técnico del MSDS y usted acuerdan que su tarea consiste en:

1. Definir una *propuesta de reforma del financiamiento del sistema de salud técnicamente sólida*, que le dé respuesta a los problemas de efectividad, eficacia, equidad y eficiencia de los servicios de salud en Venezuela,

entendiendo las fallas del mercado en salud, y las características del bien salud y del mercado en salud. En la misma es necesario considerar el papel del Estado y del mercado, el rol de la regulación, el avance de la descentralización de la salud en el país, así como los temas de igualdad de oportunidades y generación de capital humano.

2. Definir una propuesta de *reforma del financiamiento del sistema de salud que sea financieramente factible y sustentable* en el tiempo,<sup>51</sup> aplicando las herramientas de finanzas públicas.
3. Definir una propuesta de *reforma del financiamiento del sistema de salud que sea factible y sostenible en el tiempo desde el punto de vista institucional*, que tome en cuenta el desempeño institucional del sistema público de salud, los avances del proceso de descentralización y las relaciones de agencia y de responsabilidad (*accountability*) que existen actualmente en la organización sanitaria en el país.
4. Definir una *propuesta políticamente viable* en donde se haga un análisis estratégico de los actores que participan en la reforma, utilizando los conceptos de estructura de incentivos y análisis de función de utilidad, acción colectiva, y grupos de presión, entre otros.

### Interrogantes para la preparación de la propuesta<sup>52</sup>

A continuación se presentan unas preguntas que tienen como objetivo orientarlo para la preparación de la propuesta. Tomando en consideración la complejidad de la tarea a realizar, en este aparte se seleccionan sólo las más relevantes y en el anexo 5 se presenta una lista exhaustiva con preguntas específicas para la preparación de las propuestas técnica, institucional, política y financiera.

1. ¿Por qué y para qué se plantea una reforma del sistema de salud? ¿Por qué específicamente una reforma de su sistema de financiamiento?

51 En el anexo 3 se presenta un conjunto de cuadros donde se resume la información presupuestaria más relevante y abarca datos sobre gasto público (de las distintas instituciones del sector) y privado.

52 Para la preparación de este aparte y del anexo 5 se utilizó como documento básico: Jaén y Paravisini (2000).

2. ¿Cuáles son los principios centrales y los valores que guían la reforma del sistema de financiamiento del sector salud? ¿Qué modelo de sistema de salud se quiere construir?
3. ¿Cuál es la realidad de la operación del sistema de servicios de salud en la actualidad en el país? ¿Quién regula el sistema y cómo está organizado el financiamiento, el aseguramiento y la prestación en la práctica concreta?
4. ¿Cuál es la experiencia desarrollada y las expectativas del ciudadano alrededor de los servicios de salud? ¿Cuáles son las prácticas de la población y las modalidades de organización para el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios que existen en el país asociadas a la satisfacción de las demandas en salud?
5. ¿La reforma tiene como objetivo central aumentar la equidad del sistema de servicios? O más bien, ¿aumentar la efectividad o eficacia del sistema? O ¿aumentar la eficiencia?
6. ¿Cómo puedo mejorar la cobertura, calidad y equidad del sistema de servicios de salud siendo al mismo tiempo eficiente, dados los problemas de restricción financiera que confronta el sector?
7. ¿Qué sistema se quiere financiar y cómo se organizan en dicho sistema las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud para cumplir con los requisitos de equidad, efectividad y eficiencia? ¿Cuál es la participación del sector privado en el sistema y en las modalidades de financiamiento seleccionadas?
8. ¿Cuál es el horizonte temporal de implementación de la reforma? ¿Cuáles serían las propuestas de transición de manera tal de proteger a los ciudadanos?
9. ¿Cuál es el costo del derecho a la salud definido en la Constitución del 99? ¿Cuál es el costo actual y proyectado de la propuesta que se está diseñando? ¿Se cuenta con financiamiento para financiar ese derecho e impulsar y mantener la reforma financiera en salud que se está construyendo? ¿Cuál es la factibilidad y sostenibilidad financiera de dicha propuesta?

10. ¿Cuál es el contexto macroeconómico en el cual se está impulsando la reforma financiera del sistema de salud? ¿Qué muestran los indicadores macroeconómicos de la situación general del país?
11. ¿Cuánto es el gasto en salud (porcentaje del PIB, porcentaje del presupuesto) y cuáles las proyecciones? ¿Cuánto gasta el MSDS, IVSS, Ipasme, Ipsfa, gobernaciones de estados, alcaldías, en seguros públicos, en seguros privados? ¿Se ha incrementado o ha disminuido en los últimos años? ¿Es el gasto en salud, eficiente, efectivo y equitativo? ¿Qué nos dicen las comparaciones internacionales del gasto en salud en Venezuela?
12. ¿Cuál es el diseño institucional y organizativo que se quiere transformar y cuál es el que se requiere para manejar o gestionar la implementación de la reforma financiera diseñada?
13. ¿Cuál es la organización para el aseguramiento y la provisión de servicios de salud que mejor responde al esquema de regulación, financiamiento y aseguramiento diseñado?
14. El organismo que tiene el control del sistema de salud, ¿es el mismo que lidera el proceso de reforma?
15. Quienes están dirigiendo el proceso ¿tienen la capacidad para implementar los cambios propuestos?
16. ¿Cuáles son los actores que se ven afectados directa o indirectamente por la reforma financiera del sistema de salud que se está proponiendo?
17. ¿Cuáles actores ven afectados sus flujos de ingresos o egresos económicos como consecuencia de la reforma propuesta?
18. ¿Cuáles actores ven afectados su poder político o su capacidad para influir en la toma de decisiones como resultado de la reforma propuesta?
19. ¿Cuáles actores se ven afectados en su prestigio e imagen como resultado de la reforma?

## Siglas

AN: Asamblea Nacional

ANC: Asamblea Nacional Constituyente de Venezuela

BCV: Banco Central de Venezuela

BM: Banco Mundial

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

Cepal: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CHC: Consorcio Hospitalario de Catalunya

Copre: Comisión Presidencial para la Reforma del Estado

Cordiplan: Oficina Central de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República

Fedecámaras: Federación de Cámaras y Asociaciones de Comercio y Producción de Venezuela

IESA: Instituto de Estudios Superiores de Administración

Ildis: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales

Ipsame: Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación

Ipsfa: Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas

IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

MSAS: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

MSDS: Ministerio de Salud y Desarrollo Social

OCEI: Oficina Central de Estadística e Informática

Ocepre: Oficina Central de Presupuesto

OECD: Organization for Economic Cooperation and Development

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAHO: Panamerican Health Organization

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Unicef: United Nations Children Funds (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

WB: World Bank

WHO: World Health Organization

## Glosario de términos<sup>53</sup>

### Esperanza de vida al nacer (EVN)

Para una población y año determinado, es el número promedio de años que un nacido vivo en dicha población y año, puede esperar a vivir si se mantuvieran constantes durante su vida las tasas de mortalidad por edad de dicho año. Se calcula como el cociente entre el número total de años que una cohorte de niños recién nacidos llegaría a vivir si estuviera expuesta, a lo largo de su vida, a dichas tasas de mortalidad (numerador) y el tamaño de la cohorte (denominador).

→ *Años*

### Nivel de desempleo

El término desempleado se aplica a toda persona, por encima de una edad determinada, que durante el período de referencia estaba sin trabajo (empleo pagado o autoempleo), disponible para trabajar o habiendo tomado medidas concretas para encontrar empleo. La tasa de desempleo se calcula como el cociente del número de desempleados entre el volumen de la población económicamente activa (PEA), multiplicado por 100. A la PEA también se la conoce como fuerza de trabajo. Comprende a todas las personas que durante el período de referencia (una semana, día, etc.) están empleadas o desempleadas. Se considera que toda persona, por encima de una edad específica, está empleada, si está en una de las siguientes categorías: tiene un empleo pago (en dinero o en especies); es autoempleado; trabaja en una empresa familiar; no está trabajando en forma temporal por alguna razón especial pero sí lo hará una vez terminada la contingencia.

→ *Por ciento*

### Número de nacimientos registrados

Número total de nacidos vivos inscritos en el registro civil en un año determinado.

→ *Nacimientos*

### Peso al nacer

Peso del nacido (vivo o muerto) registrado al momento de nacer o en las primeras horas de vida antes de que la pérdida posnatal de peso haya ocurrido. El indicador de bajo peso más usado es el de menos de 2.500 gramos (bajo peso al nacer).

→ *Kilogramos*

53 Tomado textualmente con algunas ediciones menores de: PAHO, Análisis de salud, datos de salud de países, Glosario. En: <http://www.paho.org/spanish/ehomeibs.htm>

**Porcentaje de menores de 1 año vacunados contra la difteria, la tos ferina y el tétano (DPT3)**

Proporción de niños que al cumplir un año de vida han recibido tres dosis de vacuna triple (difteria, tos ferina, tétano).

→ *Por ciento*

**Porcentaje de menores de 1 año vacunados contra el sarampión**

Proporción de niños que al cumplir un año de vida han recibido una dosis de vacuna contra el sarampión.

→ *Por ciento*

**Porcentaje de niños menores de 1 año vacunados contra la poliomielitis (OPV3)**

Proporción de niños que al cumplir un año de vida han recibido tres dosis de vacuna contra la poliomielitis.

→ *Por ciento*

**Porcentaje de niños menores de 1 año vacunados contra la tuberculosis (BCG)**

Proporción de niños que al cumplir un año de vida han recibido la vacuna contra la tuberculosis.

→ *Por ciento*

**Porcentaje de población en extrema pobreza**

La definición de pobreza usada en América Latina por la Cepal se hace mediante el método del ingreso, basado en el cálculo de las líneas de pobreza. Éstas representan el monto del ingreso que permite que cada hogar satisfaga las necesidades básicas de todos sus miembros. La línea de extrema pobreza se basa en la estimación del costo de una canasta básica de alimentos que cubre las necesidades nutricionales de la población y que considera sus hábitos de consumo, así como la disponibilidad efectiva de alimentos en el país y sus precios relativos. La línea de indigencia (extrema pobreza) se define teniendo en cuenta solamente el costo de la canasta básica de alimentos. A partir de la cantidad de hogares en extrema pobreza y la cantidad total de hogares se realiza la estimación de la población en extrema pobreza. En muchos casos lo que se presenta en realidad es el porcentaje de hogares en extrema pobreza y no de la población en extrema pobreza.

→ *Por ciento*

**Porcentaje de población en pobreza**

La definición de pobreza usada en América Latina por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) se hace mediante el método del ingreso, basado en el cálculo de las líneas de pobreza. Éstas representan el monto del ingreso que permite que cada hogar satisfaga las necesidades básicas de todos sus miembros. La línea de pobreza se basa en la estimación del costo de una canasta básica de alimentos que cubre las necesidades nutricionales de la población y que considera sus hábitos de consumo, así como la disponibilidad efectiva de alimentos en el país y sus precios relativos. Al valor de esta canasta se suma una estimación de los recursos requeridos por los hogares para satisfacer el conjunto de necesidades básicas no alimenticias. A partir de la cantidad de hogares en pobreza y la cantidad total de

hogares se realiza la estimación de la población en pobreza. En muchos casos lo que se presenta en realidad es el porcentaje de hogares en pobreza y no de la población en pobreza.

→ *Por ciento*

**Porcentaje de suficiencia alimentaria**

Es la proporción en la cual el abastecimiento de alimentos satisface los requerimientos energéticos y nutricionales de la población en un período determinado. Se clasifica en suficiencia plena: adecuación nutricional mayor al 110 por ciento; suficiencia precaria; adecuación nutricional mayor que el 100 por ciento y menor que 110 por ciento; suficiencia crítica: adecuación nutricional mayor que el 95 por ciento y menor que el 100 por ciento; e insuficiencia: adecuación nutricional menor que el 95 por ciento (Fundación Cavendes, 1999).

→ *Por ciento*

**Producto interno bruto (PIB) por habitante (PIB per cápita)**

El PIB mide el valor total de la producción de bienes y servicios para uso final de un país, correspondiente a residentes y no residentes, independiente de su distribución entre origen interno y externo.

→ *Dólares por habitante*

**Tasa bruta de natalidad**

Es la razón, en un determinado año, entre el número de nacidos vivos en una población y la cantidad de habitantes de dicha población. El numerador es el número de nacimientos que ocurren durante el año y el denominador es el total de la población (estimada, por lo general, a mitad del año) donde han ocurrido esos nacimientos. Es costumbre multiplicar este cociente por 1.000.

→ *Por 1.000 habitantes*

**Tasa de mortalidad en menores de 5 años (Unicef)**

Es la razón, para un año determinado, entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad y el número de nacidos vivos, en dicho período de tiempo. Se calcula como el cociente entre el número de defunciones de niños que mueren antes de cumplir 5 años de edad (numerador) y el número total de nacidos vivos en el período dado de un año (denominador), multiplicado por mil. Es una aproximación a la probabilidad de morir antes de cumplir 5 años de vida.

→ *Por mil nacidos vivos*

**Tasa de mortalidad infantil**

Es la razón, en un determinado año, entre el número de muertes de niños menores de un año y el número de nacidos vivos, en dicho período de tiempo. Se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad (numerador), en el período dado de un año, y el número total de nacidos vivos (denominador), durante el mismo período de tiempo, multiplicado por mil.

→ *Por mil nacidos vivos registrados (n.v.r.)*

**Tasa de mortalidad infantil neonatal**

La parte de la mortalidad infantil que corresponde a la razón, para un año determinado, entre el número de muertes de niños entre 0 y 27 días de vida y el número de nacidos vivos, en dicho período de tiempo. Se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad (numerador), y el número total de nacidos vivos en el período dado de un año (denominador), multiplicado por mil. Se puede dividir en dos: la mortalidad neonatal precoz (0 a 6 días) y la mortalidad neonatal tardía (7 a 27 días).

→ *Por mil nacidos vivos*

**Tasa de mortalidad infantil posneonatal**

La parte de la mortalidad infantil que corresponde a la razón, para un año determinado, entre el número de muertes de niños entre 28 y 364 días de edad y el número de nacidos vivos, en dicho período de tiempo. Se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más (numerador), y el número total de nacidos vivos en el período dado de un año (denominador), multiplicado por mil.

→ *Por mil nacidos vivos*

**Tasa de mortalidad materna**

Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, sea cual sea la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (complicaciones del embarazo, parto y puerperio), pero no por causas accidentales o incidentales. La tasa de mortalidad materna (TMM) es la razón, para un año determinado, entre el número de muertes maternas y el número de nacidos vivos, en dicho período de tiempo. Se calcula como el cociente entre el número de defunciones debidas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y el número total de nacidos vivos (denominador), en el período dado de un año, multiplicado por 1.000. Algunos organismos internacionales —por ejemplo, Unicef— la multiplican por 100.000.

→ *Por 1.000 nacidos vivos registrados*

**Tasa global de fecundidad (TGF)**

Para un determinado año o período, es el número promedio de hijos que habría tenido una mujer (o grupo de mujeres) durante su vida, si sus años de reproducción transcurrieran conforme las tasas de fecundidad por edad de dicho año. Por lo general se trabaja con mujeres de 15 a 44 años o de 15 a 49 años. Se calcula sumando las tasas de fecundidad por edad para todas las edades consideradas y multiplicando el resultado por el tamaño del intervalo en el cual las edades fueron agrupadas, que por lo general es 5.

→ *Hijos por mujer por año*

**Tasa media de reducción anual (TMRA)**

Tasa utilizada por Unicef (1999) para la medición del desarrollo humano. Hace referencia a la velocidad del ritmo de reducción de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años y, a diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, esta tasa refleja el hecho de que la reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años es cada vez más difícil de conseguir a partir de ciertos límites. Se calcula con base en la fórmula:

$$TMRA = \left( 1 - \sqrt[t]{\frac{Q_i}{Q_0}} \right) 100$$

$Q_0$  = nivel inicial  
 $Q_i$  = nuevo nivel  
 $t$  = tiempo en años que se ha tardado en pasar de  $Q_0$  a  $Q_i$

→ *Por ciento*

**Tasa neta de escolarización en la enseñanza primaria ("Net primary school enrollment/attendance")**

Es el total de niños escolarizados en la enseñanza primaria, que pertenecen al grupo de edad que corresponde oficialmente a la enseñanza primaria, dividido por la población del grupo de edad o porcentaje de niños que pertenece al grupo de edad que corresponde oficialmente a la enseñanza primaria que asiste a la escuela primaria (Unicef, 2001).

→ *Por ciento*

**Anexo 1**  
**¿Cómo llegamos a donde estamos?**

En el capítulo 1 (véase p. 15) donde se describe la situación del sistema de salud en Venezuela para el último quinquenio de la década del 90, se muestran evidencias de la difícil situación por la que atraviesa el sector público, pero ¿cómo se comportaba este sistema en los inicios de la creación del MSDS y hasta la década de los ochenta?

La gestión en salud en Venezuela puede ser abordada bajo el análisis de cinco periodos históricos.<sup>54</sup> El primero, que abarca aproximadamente los 30 primeros años de este siglo, se caracterizó por la lucha contra las endemias rurales y el énfasis en el saneamiento ambiental. En el año 1936, como resultado de un proceso de gradual centralización de la autoridad sanitaria en el ámbito nacional, se crea el MSDS, cuya función primordial era la lucha antimalárica; la gestión del Estado fue exitosa y se lograron importantes progresos contra la malaria con el apoyo de la Fundación Rockefeller. Pero a pesar de los avances para lograr una autoridad nacional en salud, no se logró la unificación del sistema ni la centralización financiera. En efecto, en el año 1936 el doctor Santos Domínicí (Ministro de Sanidad de la época) hizo grandes esfuerzos por centralizar el financiamiento del Sector Salud en el MSDS, pero no lo consiguió, porque a pesar de que se preparó la ley, antes de ser discutida en ese mismo año el gabinete fue reestructurado y Domínicí fue sustituido. En el año 1944 se crea el IVSS —adscrito al Ministerio de Trabajo— y como apunta González (1999a), con ello “se inicia la fragmentación del financiamiento” del sistema de salud. Éste es el principio de un sistema de salud segmentado, donde por una parte opera el IVSS que cumple las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios exclusivamente a la población incorporada al sector formal de la economía, y por la otra, el MSDS, con funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios para la mayor parte de la población.

Durante el período desde 1936 hasta 1960, las gestiones del Estado estuvieron orientadas a organizar una red hospitalaria nacional y un conjunto de programas de carácter preventivo. Se observó un incremento del gasto en el sector y se consolidó una importante oferta en salud desde el sector público, tanto de servicios curativos como preventivos. Castellanos (1982) se refiere a este período como la época de oro de la medicina preventiva, y los logros se vieron reflejados en los indicadores de salud. Pero, el modelo económico de industrialización sustitutiva entra en crisis a

comienzos de los años 60 y el sector salud recibe los impactos de esta crisis.

Entre 1970 y 1979 se frena el gasto en salud, se fortalece al sector privado con la creación de grandes hospitales para que asumiesen una porción de la demanda de atención médica y se expande la cobertura del IVSS, esperando de esta manera una menor presión sobre el presupuesto nacional, dado el carácter tripartito de su financiamiento. En segundo lugar, comienzan los intentos por consolidar un Servicio Nacional de Salud que agrupara bajo una sola organización las diversas instituciones oficiales. Finalmente, empieza un proceso para simplificar y abaratar los servicios de atención primaria, con la finalidad de atender a un alto porcentaje de la demanda pero a un bajo costo. Según Castellanos (1982), durante esta etapa se dio inicio al proceso de delegación de la responsabilidad del Estado por la salud de los ciudadanos hacia el sector privado y las familias.

Durante el cuarto período, comprendido aproximadamente entre 1979 y 1989, continúa el descenso de la proporción del presupuesto destinado a salud e inclusive la reducción sistemática del gasto per cápita en salud a precios constantes (anexo 3) (Salvato, 1998; García, 1991; Avedis, 1989; y Jaén e Irureta, 1988). Como hecho importante, cabe resaltar que el 23 de junio de 1987 se promulga la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cuyo período de ejecución fue muy corto, dado que prevaleció la reforma impulsada por la Copre de la cual surge la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público y la elección directa de gobernadores y alcaldes. De esta manera el intento por consolidar un sistema único de salud fracasó; no se logró la integración de los servicios del MSDS y los del IVSS bajo la rectoría del primero y, en la práctica, imperó la descentralización de los servicios pero sólo del MSDS porque el IVSS seguía operando como lo venía haciendo tradicionalmente.<sup>55</sup>

55 Como ya se explicó en el aparte relativo a “actores”, se sugiere la hipótesis de que la Ley del Sistema Nacional de Salud no se aplicó, entre otras razones, por factores de índole política. Otros autores han sugerido como interpretación alternativa que esta ley estaba dirigida a organizar e integrar la red de servicios pero no modificaba el sistema financiero del sector. Se pretendía unificar la red de servicios sin tocar la organización de las fuentes de financiamiento. Si estas hipótesis son ciertas, esta experiencia dejó una lección: el peso político y financiero fue determinante para definir el rumbo del sistema de salud.

54 Para mayor información, véase Castellanos (1982).

Frente a este escenario ¿cuál era la tendencia de los indicadores de salud? Venezuela no escapó a la situación de deterioro en las condiciones de vida y de salud de la población de América Latina, al punto que el período de los ochenta fue calificado como la década perdida. Un estudio de los indicadores de salud, comparando los años setenta con los ochenta (Jaén, 1991), muestra que durante los ochenta hay un estancamiento del ritmo de reducción (TMRA) de las tasas de mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años; inclusive en este estudio se comprueba, como se señaló al comienzo de este libro, que la velocidad de reducción de las tasas de mortalidad materna y de menores de 5 años fue significativamente superior en la década de los setenta en comparación con la del ochenta.

El quinto período (decenio de los noventa) se caracteriza principalmente por los avances de la descentralización de los servicios de salud, especialmente hasta 1998. Este proceso cuenta con un importante apoyo financiero porque bajo la ejecución de préstamos del BM y del BID se ejecutan proyectos orientados a profundizar y fortalecer la transferencia de servicios a los gobiernos intermedios. En este caso se consideró la necesidad de organizar las fuentes de financiamiento y de regular las transferencias financieras, pero la reforma estaba dirigida fundamentalmente al MSDS y no se consideró en su justa dimensión el papel del IVSS. Paralelamente se agudizaba la crisis de ese instituto y en 1997, en el marco de un acuerdo tripartito, se formula la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral que, de aplicarse, tendría importantes repercusiones institucionales y financieras para el sistema sanitario venezolano.

Bajo el paraguas de la reforma de 1997 y desde el punto de vista institucional, se reduce el papel rector del MSDS, dado que la dirección del subsistema de salud y del Fondo Solidario recae en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y la Superintendencia de Fondos de Salud dependen del Ministerio de Hacienda, quedando un fondo separado, el Fondo de Asistencia Social, bajo la coordinación del MSDS. En esta propuesta se elimina el IVSS y los establecimientos de salud pasan a las entidades federales o municipales.

Además, se crean las Administradoras de Fondos de Salud privadas y públicas reguladas por el Estado venezolano, las cuales recibirían y administrarían los recursos financieros. No está explícitamente definido cuál es el papel —en el esquema de financiamiento diseñado— de las gobernaciones de estado que han recibido la transferencia de los servicios de salud. Con

la misma se consolida y profundiza la separación de las fuentes de financiamiento público, es decir, del MSDS y del IVSS. De hecho, el nuevo sistema funcionaría sólo para quienes cotizan, lo que ratificaría la dualidad en el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud —entre los que cotizan y los que no cotizan.

Desde el punto de vista financiero, la Oficina de Asesoría Económica del Congreso estimó que esta ley habría generado una alta presión sobre el fisco, en el marco de un escenario financiero muy negativo para la red asistencial pública. Un análisis del impacto financiero de esa ley, señala: “La cotización estimada con base en la población con capacidad de cotizar y la tasa de cotización propuesta de 6,25 por ciento, no permitirá cubrir los requerimientos financieros del Subsistema de Salud de la Seguridad Social. El monto de dicha recaudación apenas permitirá cubrir un monto per cápita inferior en 50 por ciento al que actualmente se financia a través del Gasto Público en Salud” (Oficina de Asesoría Económica y Financiera del Congreso de la República, 1998a;b). Además, partiendo del hecho de que el salario promedio de los trabajadores es muy bajo y que la estructura de ingresos hace que la mayor parte de los beneficiarios del sistema sea la población más pobre, aun cuando se aumente de manera significativa la tasa de cotización del fondo, no sería posible cubrir los costos del subsistema.

La oficina concluye: “En consecuencia la sostenibilidad financiera del Subsistema de Salud de la Seguridad Social, en los términos expresados en la ley (...), dependerá de la capacidad del Fisco Nacional de hacer aportes fiscales substanciales al Fondo Solidario, los cuales se estiman en el orden del 5 por ciento del PIB” (Oficina de Asesoría Económica y Financiera del Congreso de la República, 1998a). ¿Cómo se podría financiar este déficit, si el aporte público del PIB a salud es cercano al 2 por ciento? Además, el monto del PIB calculado no incluye el aporte del fisco nacional para la “red asistencial pública”. Esta red probablemente no sólo deberá cubrir a más del 55 por ciento de la población venezolana que no está incorporada al mercado laboral (trabajadores y familiares dependientes) sino a un porcentaje importante de la fuerza de trabajo que, al no tener suficientes ingresos, deben solicitar servicios del sistema público. Esa misma oficina señala en su “Informe sobre la Sostenibilidad Financiera del Subsistema de Salud” (1998a), como elemento adicional a favor de la tesis de la insostenibilidad financiera del sistema, que en 1997 el 58,3 por ciento de los hogares venezolanos recibe un ingreso mensual igual o menor a 200.000 bolívares, siendo el ingreso mensual promedio por trabajador activo de

120.000 bolívares. Añade que la tasa de desempleo abierto es de 10,6 por ciento y la de informalidad llega, en 1997, a 49 por ciento de la población. Pero con el cambio de gobierno (1999), inicialmente se incluyó la reforma de esta ley con sus subsistemas en la Ley Habilitante del 26 de abril de 1999. Finalmente se decidió que sería la Asamblea Nacional la que definiría el nuevo marco jurídico para la seguridad social y la salud.

Los derechos sociales y de las familias, y específicamente los asociados a la salud de la población, están claramente definidos en la Constitución Nacional (diciembre de 1999). La Asamblea Nacional tiene como mandato promulgar la nueva versión de las leyes marco de Seguridad Social y de Salud para el primer semestre del año 2001.

En conclusión, este resumen de los antecedentes pone en evidencia que:

1. El Estado venezolano se ha ido desprendiendo progresivamente de una función pública esencial, como es la salud de la población.
2. Como concomitante a esta política, la inversión (gasto) pública en salud ha caído de manera significativa, llegando en este momento aproximadamente a 2 por ciento del PIB, de los más bajos de América Latina.
3. El sistema público de salud confronta serios problemas de desempeño institucional y de efectividad, eficiencia, eficacia y calidad.
4. El análisis de tendencias y del ritmo de progreso social (TMRA) muestra un estancamiento en el mejoramiento de las condiciones de salud del venezolano en las dos últimas décadas.
5. A pesar de que existe consenso en los puntos anteriores, la sociedad venezolana no ha logrado una propuesta de reforma del sector salud que reúna los requisitos de solidez técnica, factibilidad y sostenibilidad financiera y viabilidad política e institucional.
6. Los grandes retos con los que se enfrenta el actual Gobierno de Chávez son: lograr un acuerdo mínimo entre los distintos actores (ganadores y perdedores) de cara al nuevo marco jurídico del sector y encontrar la fórmula que haga factible y sustentable el financiamiento del derecho a la salud como obligación del Estado venezolano.

## Anexo 2

### Información estadística básica de salud e indicadores asociados

**Cuadro 1**  
Indicadores de salud, educación y desarrollo económico de países seleccionados de la región de las Américas  
Año 1997

Países seleccionados de la región de las Américas	Población total (millones) 1997	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1,000 n.v.r.) 1997	Posición en función de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1,000 n.v.r.) 1997	Tasa media de reducción anual (%) de la mortalidad de menores de 5 años 1980-1990	Tasa media de reducción anual (%) de la mortalidad de menores de 5 años 1990-1997	Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) (por 1,000 n.v.r.) 1997	PIB per cápita (\$) 1996	Porcentaje de niños con bajo peso al nacer 1990-1997	Tasa neta de escolarización enseñanza primaria (%) 1987-1997	Tasa global de fecundidad (No. hijos/mujer) 1997	Tasa de mortalidad materna reportada y ajustada* (por 100,000 n.v.r.)	Expectativa de vida (años) 1997
Argentina	35.7	24	118	3.1	2.2	21	8,570	7	95	2.6	44 y 85	73
Canadá	30.3	7	163	4.3	3.6	6	19,290	6	95	1.6		79
Chile	14.6	13	146	6.4	6.2	11	5,020	5	88	2.5	23 y -	75
Costa Rica	3.7	14	144	6.5	1.9	12	2,640	7	94	2.8	29 y 35	77
Cuba	11.1	8	159	4.7	6.9	7	1,170	7	100	1.6	24 y 24	76
Estados Unidos	271.8	8	159	3.7	3.2	7	28,740	7	94	2.0	8 y 12	77
Perú	24.4	56	72	3.8	4.2	44	2,460	11	87	3.0	270 y -	68
Venezuela	22.8	26	115	3.4	1.1	21	3,450	9	84	3.0	65 y -	73
Promedio países de América Latina y el Caribe	486.7	41	No aplica	3.5	3.8	33	3,681	9	89 varones 90 hembras (1993-1997)	2.7		70

\* Se presentan ambas tasas porque las "reportadas" muestran las cifras presentadas por los países y las "ajustadas" indican los datos derivados de estudios especiales que tienen en cuenta las clasificaciones erróneas y las cifras que han quedado sin registrar.

Para la definición de los indicadores, véase "Glosario".

Fuente: Unicef (1999).

**Cuadro 2**  
Distribución de la población por clase de ingreso  
Venezuela 1975-1997

% de personas	1975	1982	1988	1990	1992	1995	1997
En pobreza crítica	13,1	11	22	30,4	27,8	36,9	36,3
En pobreza no crítica	20	22,5	31,5	33,8	33,7	33,6	31
De la clase media	56,9	60,1	44	34,4	37,1	28,3	31,3
De ingresos altos*	10,1	6,4	2,5	1,4	1,5	1,2	1,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

\* Personas con ingresos iguales o superiores a 5 canastas normativas de consumo

Fuente: Riutort (1999).

**Cuadro 3**  
Indicadores nutricionales. Venezuela 1991-1997

Variable	Indicador	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Bajo peso al nacer (datos Maternidad Concepción Palacios) <sup>1</sup>	Peso al nacer menor 2.500 g (%)	11,20	11,60	12,10	12,00	13,00	13,20	13,4
Desnutrición grave	Formas clínicas de desnutrición (%)	1,10	1,66	1,86	2,09	1,86	NI	1,47
Desnutrición menores de 2 años	Peso/edad (%)	15,20	13,60	12,70	12,60	13,80	14,90	14,10
Desnutrición preescolar (2-6 años)	Talla/edad varones (%)	26,10	25,80	23,80	23,30	23,70	24,30	24,50
	Peso/talla varones (%)	10,80	10,50	9,90	9,60	9,60	10,60	9,80
	Talla/edad hembras (%)	26,00	24,80	23,60	23,00	23,80	23,80	24,10
	Peso/talla hembras (%)	11,90	11,50	11,10	10,50	10,70	10,20	11,00
Desnutrición escolar (7-14 años)	Talla/edad varones (%)	37,40	33,50	29,30	28,70	28,50	28,60	27,70
	Combinación de indicadores hembras (%)	12,30	10,80	9,10	9,30	9,90	10,30	10,00
	Combinación indicadores varones (%)	10,2	9,2	8,1	7,8	8,3	8,8	7,9
	Talla/edad hembras (%)	35,80	33,20	28,90	27,50	27,90	27,50	26,60
Mortalidad por desnutrición	Mortalidad por desnutrición en menores de 1 año por 100.000 nacidos vivos registrados	38,2	37,5	54,2	69,2	79	117	NI
	Mortalidad por desnutrición de 1 a 4 años por 100.000 habitantes de 1 a 4 años	5,4	5,4	6,6	9,8	9,3	15,2	NI

NI: No hay información disponible.

<sup>1</sup> Como no existen datos para el país, se toma la tendencia en el porcentaje de bajo peso al nacer de la Maternidad Concepción Palacios, el cual se considera un buen indicador de las tendencias para el país

Fuente: INN/Sisvan. Varios años.

**Cuadro 4**  
Recursos de personal y servicios especificados  
Venezuela 1995

Personal y servicios	Total	Dtto. Federal	Anzoátegui	Apure	Aragua	Barinas	Bolívar	Carabobo	Cojedes	Falcón	Guárico	Lara
<b>Ambulatorios</b>	<b>4.027</b>	<b>72</b>	<b>294</b>	<b>101</b>	<b>109</b>	<b>183</b>	<b>227</b>	<b>106</b>	<b>114</b>	<b>263</b>	<b>183</b>	<b>280</b>
Ambulatorios urbanos tipo I	561	64	29	10	35	13	38	32	12	24	27	35
Ambulatorios urbanos tipo II	74	5	3	0	4	2	6	5	2	1	2	13
Ambulatorios urbanos tipo III	27	1	0	0	4	0	1	1	0	0	0	3
Ambulatorios rurales tipo I	2.651	2	216	73	38	118	151	54	85	164	126	195
Ambulatorios rurales tipo II	714	0	46	18	28	50	31	14	15	74	28	34
Servicios de planificación familiar	1.275	95	90	34	62	69	60	48	30	84	66	75
Comedores	2.789	110	88	116	124	129	73	112	89	185	104	172
Lab. clínicos adscritos al MSAS	325	20	14	7	12	11	12	18	7	17	12	19
<b>Hospitales</b>	<b>563</b>	<b>136</b>	<b>33</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>30</b>
Oficiales	239	33	11	6	10	7	9	12	4	8	7	11
Nacionales	224	19	11	6	10	7	9	12	4	8	7	11
Ministerio de Sanidad	184	9	9	6	6	7	5	9	4	4	7	9
Seguro Social Obligatorio	31	6	2	0	2	0	4	2	0	4	0	2
Ministerio de la Defensa	9	4	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Municipales	15	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Privados</b>	<b>344</b>	<b>103</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>19</b>
Fund. benéficas y emp. privadas	29	5	3	0	0	1	5	1	0	1	0	2
Instituciones lucrativas	315	98	19	6	16	0	11	16	1	7	16	17

**Cuadro 4 (cont.)**  
Recursos de personal y servicios especificados  
Venezuela 1995

Personal y servicios	Total	Dtto. Federal	Anzoátegui	Apure	Aragua	Barinas	Bolívar	Carabobo	Cojedes	Falcón	Guárico	Lara
<b>Camas</b>	<b>52.394</b>	<b>13.873</b>	<b>2.138</b>	<b>414</b>	<b>2.072</b>	<b>619</b>	<b>1.952</b>	<b>3.730</b>	<b>390</b>	<b>1.192</b>	<b>1.689</b>	<b>2.756</b>
Obstétricas	6.181	1.613	276	88	213	128	145	381	84	98	192	387
Cirugía	6.083	1.900	218	81	169	79	220	328	98	80	159	388
Medicina	9.562	2.420	245	118	161	115	280	132	52	88	207	678
Pediatría	7.533	1.872	327	85	216	133	208	354	86	208	231	434
Otras y las no especificadas	23.035	6.068	1.072	42	1.313	164	718	1.535	130	718	900	869
<b>Personal</b>												
Médicos	44.535	11.743	1.864	600	2.071	742	1.588	3.248	675	1.467	1.023	2.196
Enfermeras graduadas	18.371	5.661	858	174	1.793	210	1.261	691	226	465	363	786
Auxiliares de enfermería	42.226	11.706	4.995	566	1.750	518	5.176	1.889	512	1.897	836	1.892
Odontólogos	12.182	4.805	327	46	524	115	256	1.358	50	255	121	427
Farmacéuticos	7.737	3.249	293	63	456	134	307	503	47	132	134	399
Veterinarios del MSAS	210	45	6	7	28	5	11	13	2	5	5	8
Ingenieros y afines	285	24	8	4	116	6	5	9	3	5	6	7
Inspectores sanitarios	285	124	11	28	12	45	9	10	21	10	39	24
Nutricionistas-Dietistas	908	275	29	10	27	13	34	30	12	21	19	44
Aux. de Dietética	2.035	580	85	56	71	48	128	106	18	64	39	78
Bibliotecarios de historias médicas	466	87	21	11	19	10	22	26	5	7	17	27
Aux. de bibliotecarios	2.669	277	146	51	101	54	149	146	30	58	112	173
Bioanalistas	1.721	166	62	45	83	50	84	88	28	43	55	99

**Cuadro 4 (cont.)**  
Recursos de personal y servicios especificados  
Venezuela 1995

Personal y servicios	Mérida	Miranda	Monagas	Nva. Esparta	Portuguesa	Sucre	Táchira	Amacuro	Delta	Trujillo	Yaracuy	Zulia
<b>Ambulatorios</b>	<b>222</b>	<b>183</b>	<b>231</b>	<b>78</b>	<b>179</b>	<b>221</b>	<b>198</b>	<b>85</b>	<b>69</b>	<b>516</b>	<b>95</b>	<b>222</b>
Ambulatorios urbanos tipo I	18	33	14	8	23	20	16	4	7	23	7	69
Ambulatorios urbanos tipo II	0	10	2	0	1	1	5	1	1	3	5	2
Ambulatorios urbanos tipo III	5	5	0	2	1	3	1	0	0	0	0	4
Ambulatorios rurales tipo I	124	106	179	46	132	168	153	70	51	434	63	103
Ambulatorios rurales tipo II	75	29	36	22	22	29	23	10	10	56	20	44
Servicios de planificación familiar	29	36	59	31	41	57	57	12	10	71	36	54
Comedores	194	167	101	102	95	121	161	54	26	178	109	179
Lab. clínicos adscritos al MSAS	21	25	11	6	1	19	15	2	2	20	6	41
<b>Hospitales</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>68</b>
Oficiales	14	16	9	2	8	11	14	1	1	11	5	29
Nacionales	14	15	9	2	8	11	14	1	1	11	5	29
Ministerio de Sanidad	14	12	9	2	7	10	12	1	1	9	5	27
Seguro Social Obligatorio	0	3	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2
Ministerio de la Defensa	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Municipales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Privados</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>39</b>
Fund. benéficas y emp. privadas	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	7
Instituciones lucrativas	14	15	4	1	6	6	14	2	0	7	3	32

**Cuadro 4 (cont.)**  
**Recursos de personal y servicios especificados**  
**Venezuela 1995**

Personal y servicios	Mérida	Miranda	Monagas	Nva. Esparta	Portuguesa	Sucre	Táchira	Amacuro	Delta	Amazonas	Trujillo	Yaracuy	Zulia
Camas	1.670	3.387	982	238	881	1.564	2.187	159		80	1.727	1.111	7.583
Obstétricas	166	288	148	12	171	227	201	24		16	219	170	934
Cirugía	176	186	121	6	194	181	322	27		14	210	93	993
Medicina	522	252	395	11	128	468	432	35		25	526	133	1.149
Pediatría	245	294	186	11	198	289	410	34		25	210	192	1.285
Otras y las no especificadas	561	2.367	142	198	290	399	822	39		0	562	523	3.222
<b>Personal</b>													
Médicos	1.978	1.852	992	713	990	1.189	1.595	177		278	1.207	711	5.636
Enfermeras graduadas	518	463	456	267	676	483	872	79		27	577	217	1.308
Auxiliares de enfermería	1.004	1.219	999	680	1.317	1.087	1.621	291		108	1.035	617	3.511
Odontólogos	778	302	154	149	155	142	294	13		33	196	94	1.588
Farmacéuticos	316	0	123	140	161	142	252	22		0	113	117	634
Veterinarios del MSAS	6	12	3	3	3	3	6	1		1	5	4	28
Ingenieros y afines	9	10	3	4	5	3	8	4		9	18	5	14
Inspectores sanitarios	43	39	31	13	38	47	55	14		17	30	34	65
Nutricionistas-Dietistas	22	39	20	12	23	15	32	5		4	39	10	173
Aux. de dietética	37	67	39	27	59	60	67	6		3	80	17	300
Bibliotecarios de historias médicas	20	17	14	8	13	27	23	3		2	17	10	60
Aux. de bibliotecarios	116	90	108	45	97	182	125	17		8	118	57	382
Bioanalistas	79	113	58	27	52	84	68	9		5	73	34	336

Fuente: MSDS. *Anuario de epidemiología y estadística vital 1995.*

## Anexo 3

### Información de gasto en salud

**Cuadro 1**  
Indicadores del gasto público en salud y gasto nacional en salud. Composición por sectores.  
Año 1990

País	Gasto público Participación % en el PIB	Gasto per-cápita en US\$	Gasto público %	Gasto privado %
Argentina	5,9	418,0	59,0	41,0
Brasil	2,8	296,0	37,0	63,0
Chile	3,3	433,0	58,0	42,0
Colombia	2,9	250,0	49,0	51,0
México	3,1	335,0	38,0	62,0
Uruguay	6,3	484,0	52,0	48,0
<b>Promedio</b>	<b>4,0</b>	<b>369,3</b>	<b>48,8</b>	<b>51,2</b>
Venezuela	2,0	274,0	26,0	74,0
<b>Promedio incluyendo Venezuela</b>	<b>3,7</b>	<b>355,7</b>	<b>45,6</b>	<b>54,4</b>

Fuente: BID, *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996 y OPS (1994). En Salvato (1998).*

**Cuadro 2**  
Indicadores del gasto público en salud  
Venezuela 1970-1997

Años	Gasto salud* MM de Bs. corrientes	Gasto salud MM de Bs. de 1984	Gasto salud Partic. % en el PIB	Gasto salud per-cápita Bs. de 1984	Gasto salud per-cápita en US\$
1970	1.933,2	6.535,5	3,07	616,3	42,4
1971	2.252,1	7.350,2	3,26	669,2	47,7
1972	2.595,5	8.265,9	3,49	726,1	53,0
1973	2.619,0	8.009,2	2,96	678,8	51,6
1974	3.666,4	10.602,7	2,70	867,1	69,7
1975	5.302,5	13.582,2	3,71	1.072,4	97,4
1976	6.395,2	15.223,0	3,92	1.160,4	113,4
1977	9.787,2	21.614,8	5,20	1.590,4	167,5
1978	10.572,4	21.794,3	5,17	1.548,9	174,7
1979	5.980,1	10.972,7	2,38	754,1	95,6
1980	7.025,2	10.605,7	2,29	705,9	108,7
1981	8.859,2	11.524,9	2,57	744,3	133,1
1982	8.623,5	10.230,8	2,45	641,8	125,8
1983	8.309,2	9.269,5	2,37	565,4	117,9
1984	8.885,1	8.885,1	2,12	527,3	102,4
1985	11.397,7	10.231,3	2,45	590,8	111,0
1986	14.181,8	11.409,3	2,90	641,3	91,0
1987	18.140,4	11.394,7	2,60	623,6	90,3
1988	22.238,3	10.790,1	2,55	575,2	107,8
1989	33.460,1	8.800,7	2,22	457,3	54,4
1990	55.657,0	10.407,1	2,44	533,6	60,5
1991	77.903,5	10.854,6	2,56	543,5	68,7
1992	114.152,2	12.101,6	2,76	592,0	77,8
1993	125.944,7	9.666,3	2,31	462,3	54,0
1994	199.674,7	9.530,0	2,31	445,8	54,7
1995	370.641,2	11.061,3	2,71	506,4	64,9
1996	570.808,8	8.523,5	1,95	374,7	59,9
1997	962.562,1	9.560,3	2,25	410,7	84,4

\* Incluye gobierno central, IVSS, entidades federales, Ipasme.

Nota: Entre 1978 y 1979 se observa una elevada reducción del gasto. Esta variación se debe a la creación del Ministerio de la Familia, lo cual implicó que parte de las responsabilidades y, por ende, del presupuesto del MSDS, pasaron a este otro ministerio.

Fuente: Ocepre. En Salvato (1998).

**Cuadro 3**  
**Gasto de consumo final de los hogares en salud**  
**Asistencia médica y hospitalización**  
**Venezuela 1984-1997**  
**(participación en el PIB)**

Concepto	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ponderación consumo % (1)														
Consumo de los hogares en el mercado interno	243.086	279.576	328.464	439.284	578.402	947.392	1.362.512	1.945.399	2.756.891	3.759.744	5.877.851	9.130.162	17.607.567	27.317.401
Estimación consumo en asistencia médica y hospitalización	16.431	18.897	22.202	29.692	39.095	64.036	92.085	131.493	186.344	254.129	397.296	617.126	1.190.131	1.846.438
Asistencia médica y hospitalización (participación porcentual en el PIB)	3,9	4,1	4,5	4,3	4,5	4,2	4,0	4,3	4,5	4,7	4,6	4,5	4,1	4,3

(1) BCV *Encuesta de Hogares 1988*

Fuente: BCV. *Anuarios de Cuentas Nacionales*. En Salvato (1998).

**Cuadro 4**  
**Gasto de consumo final de los hogares en salud**  
**Asistencia médica y hospitalización (por cuartiles)**  
**Venezuela 1984-1997**  
**(participación porcentual en el PIB)**

Concepto	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ponderación consumo % (1)														
Consumo de los hogares en el mercado interno	243.086	279.576	328.464	439.284	578.402	947.392	1.362.512	1.945.399	2.756.891	3.759.744	5.877.851	9.130.162	17.607.567	27.317.401
Estimación consumo en asistencia médica y hospitalización	16.431	18.897	22.202	29.692	39.095	64.036	92.085	131.493	186.344	254.129	397.296	617.126	1.190.131	1.846.438
Cuartil I	1.820	2.083	2.459	3.289	4.330	7.083	10.201	14.566	20.641	28.149	44.007	68.357	131.826	204.523
Cuartil II	1.531	1.761	2.068	2.766	3.642	5.966	8.580	12.251	17.361	23.677	37.015	57.496	110.882	172.028
Cuartil III	2.398	2.768	3.241	4.384	5.706	9.347	13.442	18.183	27.199	37.093	57.990	90.077	173.715	269.511
Cuartil IV	10.692	12.285	14.433	19.303	25.416	41.630	59.871	85.484	121.143	165.210	258.283	401.196	773.708	1.200.376
Consumo en asistencia médica y hospitalización (participación % en el PIB)	3,9	4,1	4,5	4,3	4,5	4,2	4,0	4,3	4,5	4,7	4,6	4,5	4,1	4,3
Cuartil I	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5
Cuartil II	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Cuartil III	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
Cuartil IV	2,5	2,6	3,0	2,8	2,9	2,7	2,6	2,8	2,9	3,0	3,0	2,9	2,6	2,8

1 BCV. *Encuesta de consumo de los hogares 1988*

Fuente: BCV. *Anuarios de Cuentas Nacionales*. En Salvato (1998).

**Cuadro 5**  
Gasto público en salud  
Venezuela 1970-1997  
(en millones de bolívares a precios corrientes)

Años	Gobierno central	Entidades federales	IVSS(1)	Ipsasme(2)	Total
1970	1.365,2	207,9	323,8	36,3	1.933,2
1971	1.492,3	302,9	422,3	34,6	2.252,1
1972	1.643,6	341,3	573,5	37,1	2.595,5
1973	1.682,6	347,8	547,9	40,7	2.619,0
1974	2.612,9	379,3	617,2	57,0	3.666,4
1975	2.822,8	1.652,0	746,9	80,8	5.302,5
1976	3.648,3	1.775,3	846,5	125,1	6.395,2
1977	6.434,3	2.370,5	875,1	107,3	9.787,2
1978	7.946,7	1.557,0	955,8	112,9	10.572,4
1979	3.179,9	1.637,9	1.038,2	124,1	5.980,1
1980	4.151,3	1.057,0	1.632,1	184,8	7.025,2
1981	4.927,1	1.918,3	1.839,4	174,4	8.859,2
1982	4.575,4	2.041,3	1.823,1	183,7	8.623,5
1983	4.381,4	1.816,6	1.908,0	203,2	8.309,2
1984	5.118,4	1.680,3	1.881,3	205,1	8.885,1
1985	6.926,4	1.940,9	2.303,7	226,7	11.397,7
1986	8.438,5	2.101,6	3.339,4	302,3	14.181,8
1987	11.555,1	2.604,0	3.743,2	238,1	18.140,4
1988	14.060,2	2.644,0	5.130,0	404,1	22.238,3
1989	19.595,7	5.005,5	8.307,6	551,3	33.460,1
1990	33.593,8	9.388,4	11.769,3	905,5	55.657,0
1991	47.137,2	13.303,9	16.300,4	1.162,0	77.903,5
1992	83.207,3	13.085,7	16.298,0	1.561,2	114.152,2
1993	79.863,3	16.902,1	27.217,6	1.961,7	125.944,7
1994	114.566,6	39.222,2	43.230,2	2.655,7	199.674,7
1995	178.490,7	71.668,8	117.042,7	3.439,0	370.641,2
1996	307.088,7	67.365,1	191.950,0	4.405,0	570.808,8
1997	569.409,3	117.890,8	258.046,8	17.215,2	962.562,1

(1) Información correspondiente al Fondo de Asistencia Médica

(2) Información correspondiente al Programa Asistencial

Fuente: Ocepre. En Salvato (1998).

**Cuadro 6**  
Gasto público en salud  
Venezuela 1970-1997  
(en millones de bolívares a precios constantes de 1984)

Años	Gobierno central	Entidades federales	IVSS(1)	Ipsasme(2)	Total
1970	4.615,3	702,8	1.094,7	122,7	6.535,5
1971	4.870,4	988,6	1.378,3	112,9	7.350,2
1972	5.234,4	1.086,9	1.826,4	118,2	8.265,9
1973	5.145,6	1.063,6	1.675,5	124,5	8.009,2
1974	7.556,1	1.096,9	1.784,8	164,8	10.602,7
1975	7.230,5	4.231,6	1.913,2	207,0	13.582,2
1976	8.684,4	4.225,9	2.015,0	297,8	15.223,0
1977	14.210,0	5.235,2	1.932,6	237,0	21.614,8
1978	16.381,6	3.209,6	1.970,3	232,7	21.794,3
1979	5.834,7	3.005,3	1.905,0	227,7	10.972,7
1980	6.267,1	1.595,7	2.463,9	279,0	10.605,7
1981	6.409,7	2.495,5	2.392,9	226,9	11.524,9
1982	5.428,2	2.421,8	2.162,9	217,9	10.230,8
1983	4.887,8	2.026,6	2.128,5	226,7	9.269,5
1984	5.118,4	1.680,3	1.881,3	205,1	8.885,1
1985	6.217,6	1.742,3	2.068,0	203,5	10.231,3
1986	6.788,8	1.690,7	2.686,6	243,2	11.409,3
1987	7.258,2	1.635,7	2.351,3	149,6	11.394,7
1988	6.822,0	1.282,9	2.489,1	196,1	10.790,1
1989	5.154,1	1.316,5	2.185,1	145,0	8.800,7
1990	6.281,6	1.755,5	2.200,7	169,3	10.407,1
1991	6.567,8	1.853,7	2.271,2	161,9	10.854,6
1992	8.821,1	1.387,3	1.727,8	165,5	12.101,6
1993	6.129,5	1.297,2	2.089,0	150,6	9.666,3
1994	5.468,0	1.872,0	2.063,3	126,7	9.530,0
1995	5.326,8	2.138,9	3.493,0	102,6	11.061,3
1996	4.585,6	1.005,9	2.866,3	65,8	8.523,5
1997	5.655,5	1.170,9	2.563,0	171,0	9.560,3

(1) Información correspondiente al Fondo de Asistencia Médica

(2) Información correspondiente al Programa Asistencial

Fuente: Ocepre. En Salvato (1998).

**Cuadro 7**  
Gasto público en salud per-cápita  
Venezuela 1970-1997  
(en bolívares a precios constantes de 1984)

Años	Gobierno central	Entidades federales	IVSS(1)	Ipsasme(2)	Total
1970	435,2	66,3	103,2	11,6	616,3
1971	443,4	90,0	125,5	10,3	669,2
1972	459,8	95,5	160,4	10,4	726,1
1973	436,1	90,1	142,0	10,5	678,8
1974	618,0	89,7	146,0	13,5	867,1
1975	570,9	334,1	151,1	16,3	1.072,4
1976	662,0	322,1	153,6	22,7	1.160,4
1977	1.045,6	385,2	142,2	17,4	1.590,4
1978	1.164,2	228,1	140,0	16,5	1.548,9
1979	401,0	206,5	130,9	15,6	754,1
1980	417,1	106,2	164,0	18,6	705,9
1981	413,9	161,2	154,5	14,7	744,3
1982	340,5	151,9	135,7	13,7	641,8
1983	298,1	123,6	129,8	13,8	565,4
1984	303,7	99,7	111,6	12,2	527,3
1985	359,1	100,6	119,4	11,8	590,8
1986	381,6	95,0	151,0	13,7	641,3
1987	397,2	89,5	128,7	8,2	623,6
1988	363,7	68,4	132,7	10,5	575,2
1989	267,8	68,4	113,5	7,5	457,3
1990	322,1	90,0	112,8	8,7	533,6
1991	328,9	92,8	113,7	8,1	543,5
1992	431,5	67,9	84,5	8,1	592,0
1993	293,1	62,0	99,9	7,2	462,3
1994	255,8	87,6	96,5	5,9	445,8
1995	243,9	97,9	159,9	4,7	506,4
1996	201,6	44,2	126,0	2,9	374,7
1997	242,9	50,3	110,1	7,3	410,7

(1) Información correspondiente al Fondo de Asistencia Médica

(2) Información correspondiente al Programa Asistencial

Fuente: Ocepre. En Salvato (1998).

**Cuadro 8**  
Gasto público en salud  
Venezuela 1970-1997  
(participación % en el PIB)

Años	Gobierno central	Entidades federales	IVSS(1)	Ipsasme(2)	Total
1970	2,17	0,33	0,51	0,06	3,07
1971	2,16	0,44	0,61	0,05	3,26
1972	2,21	0,46	0,77	0,05	3,49
1973	1,90	0,39	0,62	0,05	2,96
1974	1,93	0,28	0,45	0,04	2,70
1975	1,98	1,16	0,52	0,06	3,71
1976	2,23	1,09	0,52	0,08	3,92
1977	3,42	1,26	0,46	0,06	5,20
1978	3,89	0,76	0,47	0,06	5,17
1979	1,27	0,65	0,41	0,05	2,38
1980	1,35	0,34	0,53	0,06	2,29
1981	1,43	0,56	0,53	0,05	2,57
1982	1,30	0,58	0,52	0,05	2,45
1983	1,25	0,52	0,54	0,06	2,37
1984	1,22	0,40	0,45	0,05	2,12
1985	1,49	0,42	0,50	0,05	2,45
1986	1,73	0,43	0,68	0,06	2,90
1987	1,66	0,37	0,54	0,03	2,60
1988	1,61	0,30	0,59	0,05	2,55
1989	1,30	0,33	0,55	0,04	2,22
1990	1,47	0,41	0,52	0,04	2,44
1991	1,55	0,44	0,54	0,04	2,56
1992	2,01	0,32	0,39	0,04	2,76
1993	1,46	0,31	0,50	0,04	2,31
1994	1,32	0,45	0,50	0,03	2,31
1995	1,31	0,52	0,86	0,03	2,71
1996	1,05	0,23	0,65	0,02	1,95
1997	1,33	0,28	0,60	0,04	2,25

(1) Información correspondiente al Fondo de Asistencia Médica

(2) Información correspondiente al Programa Asistencial

Fuente: Ocepre. En Salvato (1998).

**Cuadro 9**  
Gasto público en salud  
Venezuela 1970-1997  
(composición porcentual)

Años	Gobierno central	Entidades federales	IVSS(1)	Ipasme(2)	Total
1970	70,62	10,75	16,75	1,88	100,00
1971	66,26	13,45	18,75	1,54	100,00
1972	63,32	13,15	22,10	1,43	100,00
1973	64,25	13,28	20,92	1,55	100,00
1974	71,27	10,35	16,83	1,55	100,00
1975	53,24	31,16	14,09	1,52	100,00
1976	57,05	27,76	13,24	1,96	100,00
1977	65,74	24,22	8,94	1,10	100,00
1978	75,16	14,73	9,04	1,07	100,00
1979	53,17	27,39	17,36	2,08	100,00
1980	59,09	15,05	23,23	2,63	100,00
1981	55,62	21,65	20,76	1,97	100,00
1982	53,06	23,67	21,14	2,13	100,00
1983	52,73	21,86	22,96	2,45	100,00
1984	57,61	18,91	21,17	2,31	100,00
1985	60,77	17,03	20,21	1,99	100,00
1986	59,50	14,82	23,55	2,13	100,00
1987	63,70	14,35	20,63	1,31	100,00
1988	63,23	11,89	23,07	1,82	100,00
1989	58,56	14,96	24,83	1,65	100,00
1990	60,36	16,87	21,15	1,63	100,00
1991	60,51	17,08	20,92	1,49	100,00
1992	72,89	11,46	14,28	1,37	100,00
1993	63,41	13,42	21,61	1,56	100,00
1994	57,38	19,64	21,65	1,33	100,00
1995	48,16	19,34	31,58	0,93	100,00
1996	53,80	11,80	33,63	0,77	100,00
1997	59,16	12,25	26,81	1,79	100,00

(1) Información correspondiente al Fondo de Asistencia Médica

(2) Información correspondiente al Programa Asistencial

Fuente: Ocepre. En Salvato (1998).

**Cuadro 10**  
Gastos acordados a las entidades federales  
Venezuela 1990-1995  
Sector Salud

Estados	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Distrito Federal	1.538.209,2	2.745.487,3	3.462.558,4	4.687.200,0	7.695.930,0	10.206.696,0
Amazonas	92.090,6	128.803,7	154.350,9	0,0	221.457,0	379.504,0
Anzoátegui	364.121,5	0,0	154.351,0	499.700,0	1.429.174,0	1.281.366,0
Apure	56.330,1	107.320,6	253.207,2	203.939,0	330.290,0	359.576,0
Aragua	97.600,4	372.635,7	291.351,0	311.352,0	2.449.556,0	1.948.685,0
Barinas	132.948,0	214.272,6	248.422,7	219.397,0	441.232,0	343.293,0
Bolívar	198.121,0	570.317,6	589.641,0	732.792,0	1.689.972,0	4.878.776,0
Carabobo	259.532,7	618.634,5	518.023,8	807.119,0	3.427.921,0	6.956.300,0
Cojedes	149.202,7	202.957,3	203.607,3	311.449,0	469.483,0	517.313,0
Delta Amacuro	116.954,0	207.092,6	0,0	345.492,0	231.204,0	476.900,0
Falcón	212.637,6	354.062,6	386.919,0	388.088,0	1.524.470,0	981.071,0
Guárico	341.617,4	214.699,1	281.782,5	277.056,0	424.914,0	560.898,0
Lara	376.725,8	541.865,8	960.220,0	825.123,0	1.295.814,0	1.882.412,0
Mérida	167.207,3	280.223,2	313.343,2	485.354,0	786.499,0	1.180.000,0
Miranda	508.284,6	1.085.441,3	1.183.465,5	1.599.554,0	2.308.416,0	2.523.054,0
Monagas	135.808,4	213.973,1	0,0	465.716,0	854.750,0	1.262.211,0
Nueva Esparta	124.874,4	122.908,9	149.949,8	225.598,0	339.377,0	446.677,0
Portuguesa	152.839,2	213.592,7	234.398,0	398.957,0	658.882,0	995.194,0
Sucre	109.884,4	211.703,2	257.950,3	224.156,0	374.823,0	705.040,0
Táchira	250.276,0	338.006,2	436.847,6	640.351,0	893.650,0	1.473.978,0
Trujillo	294.338,8	362.632,8	398.232,3	417.402,0	525.094,0	631.492,0
Yaracuy	72.696,6	106.170,0	115.635,0	127.669,0	182.600,0	180.000,0
Zulia	663.028,7	1.328.438,9	1.774.451,0	1.807.590,0	5.147.494,0	6.789.779,0
<b>Total</b>	<b>6.415.329,4</b>	<b>10.541.239,7</b>	<b>12.368.707,5</b>	<b>16.001.054,0</b>	<b>33.703.002,0</b>	<b>46.960.215,0</b>

Fuente: Ocepre. *Leyes de Presupuesto Nacional y Estatal*. En Salvato (1998).

**Cuadro 11**  
**Gasto total en salud por fuentes financieras**  
**Venezuela 1995-1999**  
**(millones de bolívares)**

Años	Gobierno central*	Aporte IVSS y HCM**	Estados	Municipios	IVSS	Ipsasme	FFAA	Privado	Total
1995	193.969,00	826.199,10	71.668,80		57.956,0	2.677,1	8.063,4	192.025,5	537.764,67
1996	326.540,00	15.942,90	67.365,10	4.546,60	191.950,0	5.415,8	10.525,0	353.504,2	975.789,53
1997	596.897,30	24.557,60	124.444,95	7.761,00	258.046,8	7.299,5	14.332,0	660.773,8	1.684.112,93
1998	772.679,80	32.006,60	174.509,90	16.819,80	385.508,0				1.381.524,10
1999	826.199,10	48.733,80		14.443,90	475.710,1				1.365.066,85

\* Incluye todos los ministerios que gastan en salud

\*\* Correspondientes a los aportes del gobierno central: incluye los aportes patronales al IVSS de empleados, obreros; aportes patronales para pólizas de HCM de empleados, obreros, pensionados y jubilados; otros gastos patronales de servicios médicos, hospitalización, odontología

Fuentes: Ocepre, *Leyes del Presupuesto*.

Ocepre, *Presupuesto de las entidades federales*.

*Memoria y Cuenta del Ministerio del Trabajo*.

*Memoria y Cuenta del Ministerio de Educación*.

BCV, *Anuario de Cuentas Nacionales*. BCV, *Serios estadísticas de Venezuela de los últimos cincuenta años*.

BCV, *Encuesta Nacional sobre Presupuestos Familiares (1988-1989)*.

En Curcio (1999a).

**Cuadro 12**  
**Gasto total en salud por fuentes financieras**  
**Venezuela 1995-1999**  
**(porcentaje con respecto al total)**

Años	Gobierno central*	Aporte IVSS y HCM**	Estados	Municipios	IVSS	Ipsasme	FFAA	Privado	Total
1995	35,89	2,44	13,26	0,49	10,72	0,50	1,49	35,53	100,00
1996	33,46	1,63	6,90	0,47	19,67	0,56	1,08	36,23	100,00
1997	35,44	1,46	7,39	0,46	15,32	0,43	0,85	38,64	100,00
1998	34,46	1,43	7,78	0,75	17,19	0,47	0,70	37,21	100,00
1999	31,18	1,84	8,12	0,55	17,95	0,49	0,74	39,14	100,00

\* Incluye todos los ministerios que gastan en salud

\*\* Correspondientes a los aportes del gobierno central: incluye los aportes patronales al IVSS de empleados, obreros; aportes patronales para pólizas de HCM de empleados, obreros, pensionados y jubilados; otros gastos patronales de servicios médicos, hospitalización, odontología

Fuentes: Ocepre, *Leyes del Presupuesto*.

Ocepre, *Presupuesto de las entidades federales*.

*Memoria y Cuenta del Ministerio del Trabajo*.

*Memoria y Cuenta del Ministerio de Educación*.

BCV, *Anuario de Cuentas Nacionales*. BCV, *Serios estadísticas de Venezuela de los últimos cincuenta años*.

BCV, *Encuesta Nacional sobre Presupuestos Familiares (1988-1989)*.

En Curcio (1999a).

**Cuadro 13**  
Gasto total en salud por fuentes financieras  
Venezuela 1995-1999  
(porcentaje del PIB)

Años	Gobierno central*	Aporte IVSS y HCM**	Estados	Municipios	IVSS	Ipasme	FFAA	Privado	Total
1995	1,46	0,09	0,54	0,02	0,44	0,02	0,06	1,45	4,07
1996	1,16	0,06	0,24	0,02	0,88	0,02	0,04	1,26	3,47
1997	1,45	0,06	0,30	0,02	0,63	0,02	0,03	1,59	4,10
1998	1,47	0,06	0,33	0,03	0,73	0,02	0,03	1,59	4,27
1999	1,27	0,07	0,33	0,02	0,73	0,02	0,03	1,59	4,06

\* Incluye todos los ministerios que gastan en salud

\*\* Correspondientes a los aportes del gobierno central: incluye los aportes patronales al IVSS de empleados, obreros; aportes patronales para pólizas de HCM de empleados, obreros, pensionados y jubilados; otros gastos patronales de servicios médicos, hospitalización, odontología

Fuentes: Ocepre, *Leyes del Presupuesto*.

Ocepre, *Presupuesto de las entidades federales*.

*Memoria y Cuenta del Ministerio del Trabajo*.

*Memoria y Cuenta del Ministerio de Educación*.

BCV, *Anuario de Cuentas Nacionales*. BCV, *Serie estadísticas de Venezuela de los últimos cincuenta años*.

BCV, *Encuesta Nacional sobre Presupuestos Familiares (1988-1989)*.

En Curcio (1999a).

**Cuadro 14**  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Clasificación por objeto del gasto (composición porcentual)  
Venezuela 1999-2000

Denominación	1999		2000	
	MSAS	Familia	Total	Salud y Desarrollo Social
Gastos de personal	55,7	68,3	56,5	45,4
Materiales y suministros	30,2	6	28,7	39,7
Servicios no personales	5,6	17,4	6,3	4,3
Activos reales	0,9	1,5	1	6,8
Servicios de la deuda pública	7,6	6,8	7,6	3,8
Total gastos propios	24,2	5,7	20,2	21,4
Transferencias	75,8	94,3	79,8	78,6
Total gastos	100	100	100	100

Fuente: Salvato (2000a).

**Anexo 4**  
**Evaluación de los esquemas**  
**de financiamiento en salud**

Evaluación de los esquemas de financiamiento en salud

Esquemas de financiamiento	Criterios de evaluación				Sustentabilidad financiera	
	Distribución del riesgo financiero	Comportamiento de los actores	Equidad y acceso	Impacto en la salud		Costos y utilización de servicios
<b>Pago directo</b>	El riesgo financiero lo cubre directamente el afectado (el paciente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* El paciente es su propio agente financiero (cuida su salud y utiliza los recursos al pago).</li> <li>* El profesional de la salud y los proveedores utilizan recursos con eficiencia los recursos pero discriminan por capacidad de pago.</li> </ul>	Equidad y acceso restringidos (inequidad)	La calidad depende de la capacidad de pago (directamente proporcional al precio)	Poca utilización de los servicios	Directamente proporcional al progreso del ingreso. Dependiente de la prevalencia de enfermedades y accidentes catastróficos e ingresos por catástrofe a lo largo de la vida
<b>Financiamiento público</b>	El riesgo lo asume el Estado e indirectamente los contribuyentes al fisco	<ul style="list-style-type: none"> <li>* El agente financiero es el gobierno con fondos provenientes de los impuestos.</li> <li>* El profesional de la salud y los proveedores utilizan con eficiencia los recursos pero tienen menos porque tienen un sueldo y presupuesto fijo.</li> <li>* Los proveedores de servicios indirectos públicos (industria farmacéutica y de tecnología médica) se caracterizan por ineficiencia y baja innovación y los proveedores con grandes descuentos con el Estado de ambigüedad de responsabilidades.</li> <li>* El paciente no paga, no cuida su salud, forma riesgos innecesarios y abusa de los servicios.</li> </ul>	La equidad y el acceso están en función de la capacidad presupuestaria del país. Dificilmente es universal y equitativa.	Mediana a baja	Buena cobertura. Alta utilización de los servicios. Hace que colapsen	Depende de la cantidad y distribución de la riqueza del país. El riesgo es compartido por todos. Colapso por exceso de utilización de los servicios

Evaluación de los esquemas de financiamiento en salud (cont.)

Esquemas de financiamiento	Criterios de evaluación				Sustentabilidad financiera	
	Distribución del riesgo financiero	Comportamiento de los actores	Equidad y acceso	Impacto en la salud		Costos y utilización de servicios
<b>Seguros sociales de provisión directa (Los fondos y la provisión de servicios están integrados)</b>	El riesgo lo asume el "usuario de riesgo" (clase trabajadora y patronos). El riesgo es asumido por los trabajadores en forma directa y por los patronos en forma indirecta. En situaciones de quiebra el riesgo lo asume el Estado. Prima (contribución) y paquete de servicios es homogéneo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* El agente financiero es el fisco público encargado de la administración de los fondos y de la provisión de servicios (conflicto con Ministerio de Salud).</li> <li>* El comportamiento de los proveedores es igual al del financiamiento gubernamental.</li> <li>* El paciente contribuye con una fracción del gasto; exige y abusa de los servicios, descuida su salud y toma riesgos innecesarios.</li> </ul>	Se compromete la equidad. El acceso está limitado a los trabajadores y sus familiares.	La calidad es mediana.	Buena contención de costos y alta utilización de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Depende de la situación político-económica del país, de la situación estructural de la clase no trabajadora.</li> <li>* Riesgo de colapso por exceso de utilización de los servicios.</li> </ul>
<b>Seguro social de provisión indirecta (Los fondos son independientes de la provisión de servicios)</b>	Los trabajadores en forma directa contribuyen al administrador del fondo, el grupo de riesgo es nacional y la prima y el paquete son estándar. Si son varias administradoras de fondos la prima depende del grupo de riesgo que cada una haya captado y del paquete de beneficios que ofrezcan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Los fondos son independientes de la provisión de los servicios.</li> <li>* Los proveedores de servicios públicos y privados pueden tener una administración única o múltiples administradoras públicas o privadas.</li> <li>* Los diferentes prestadores de servicios públicos y privados compiten por igual pudiendo generar eficiencia en el uso de los recursos.</li> <li>* El profesional de la salud trabaja por honorarios, los cuales serán directamente proporcionales a su productividad.</li> <li>* El paciente es un pagador pasivo que elige su proveedor de servicios, con un comportamiento similar a los seguros sociales de provisión directa.</li> </ul>	La cobertura depende del porcentaje de población con trabajo formal. La equidad en el acceso es generalmente buena.	Mediana	Los costos dependen del volumen de asegurados. Como los profesionales reciben honorarios hay incentivos para atender mayor cantidad de pacientes, aumentando el costo y la utilización de los recursos.	Depende de la situación política y económica del país y de la estructura del mercado de trabajo.

## Evaluación de los esquemas de financiamiento en salud (cont.)

Esquemas de financiamiento	Criterios de evaluación			
	Distribución del riesgo financiero	Comportamiento de los actores	Impacto en la salud	Sustentabilidad financiera
<b>Seguros privados*</b>	El riesgo lo asume la administradora de seguros. En situaciones de quiebra no regulada pierden los asegurados y acreedores. Prima y paquete de servicios son variables.	El agente financiero es una entidad privada con o sin fines de lucro. Los proveedores promueven el uso de los recursos y aumentan los costos. El paciente es una voluntaria-mente al grupo de riesgo por lo que hay selección adversa. El paciente paga pasivamente así que exige y abusa de los servicios, descuida salud y toma riesgos innecesarios.	<b>Equidad y acceso</b> Se compromete la equidad. El acceso está limitado a quienes pagan la prima natural de grupos de riesgo sanos. Ancianos, pobres y enfermos crónicos son los más afectados.	<b>Costos y utilización</b> Extrema escalada de costos y gran morbilidad. Alta utilización de los servicios.  El exceso de utilización de los servicios y la escalada de costos hacen que éstos colapsen.
<b>Financiamiento comunitario**</b>	El riesgo lo asume el grupo de riesgo (genia con lazos fuertes entre sí). Prima y paquete de servicios son homogéneos.	El agente financiero es una entidad comunitaria sin fines de lucro. Los proveedores usan eficientemente los recursos y se esmeran para ser ratificados en el cargo. El paciente es una voluntaria-mente al grupo de riesgo por lo que hay selección adversa. El paciente paga pasivamente así que exige y abusa de los servicios, descuida su salud y toma riesgos innecesarios.	La calidad es adecuada. La equidad y el acceso están limitados a quienes pagan la prima. Selección natural de grupos de riesgo sanos. No cubren servicios terciarios de salud, ni enfermedades o accidentes catastróficos.	Alta utilización de los servicios, con tendencias a alzas en los costos.  El exceso de utilización de los servicios y la falta de apoyo gerencial, actuarial y de inversión hacen que colapsen.

\* Como respuesta a la escalada de costos asociada a los seguros privados surgen los "sistemas gerenciados de salud" (*managed care*). Bajo esta modalidad se mejora y comparte el riesgo financiero con los proveedores y profesionales de la salud, se logra el control de los costos médicos pero aumentan los costos administrativos y se deteriora la calidad del servicio con pérdida de independencia del acto médico (Sabaté, 1999).

\*\* En Singapur existe una modalidad de "ahorro obligatorio". Las personas están obligadas por ley a tener cuentas de ahorro sólo para cubrir los gastos de salud. Este esquema no cubre los riesgos catastróficos por lo que el gobierno implementa un seguro obligatorio para enfermedades y accidentes graves.

**Fuente:** Tomado de Sabaté (1999) y Salvato (2006a) con ediciones de la autora.

## Anexo 5

### Guía de apoyo para la preparación de la propuesta

### Interrogantes para preparar la propuesta técnica

1. ¿Qué papel se le ha asignado históricamente y en el actual gobierno al Estado en la regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
2. ¿Cuál es el rol que se le ha dado y que tiene actualmente el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en la regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
3. ¿Cuál es el rol que se le ha dado y que tiene actualmente el Ministerio del Trabajo y el IVSS en la regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
4. ¿Cuál es el rol de las gobernaciones de estado en la regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
5. ¿Cuál es el rol de las alcaldías en la regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
6. ¿Cuál ha sido y es el rol del sector privado con y sin fines de lucro en el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
7. ¿Qué papel se le ha asignado históricamente y en el actual gobierno al mercado en la regulación, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
8. ¿Existe consonancia entre los principios y valores que guían la reforma financiera que se está diseñando con los valores de la sociedad en su conjunto?
9. ¿Cuáles son los sistemas de salud a nivel internacional que mejor le dan respuesta a las exigencias de cobertura universal, efectividad, equidad, eficiencia y calidad?
10. ¿Cómo puede el Estado, con los recursos financieros existentes y previsibles, asegurarle el derecho a la protección a la salud, el mantenimiento de la salud pública, y las condiciones necesarias para que todos los habitantes del país cuenten con una salud integral y alcancen un estado pleno de bienestar sin distinción de ningún tipo?
11. ¿Cuáles son las necesidades de salud de la población —perfil epidemiológico y demográfico, iniquidades o desigualdades para diferentes grupos de población— a las cuales hay que darle respuesta con la propuesta de financiamiento del sistema que se construya?
12. ¿Cuáles son los niveles de pobreza y de informalidad en el país? ¿Cuáles son las tendencias de estos indicadores? ¿Cuáles son los escenarios y las proyecciones? ¿Qué condiciones imponen estos datos a la propuesta de reforma financiera que se está diseñando?
13. ¿Cuáles son los mecanismos organizativos y financieros a través de los cuales el Estado le garantizará a la población la salud integral como derecho social?
14. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cada mecanismo de financiamiento, y de recaudación y movilización de fondos del sistema (financiamiento directo —pago directo por el usuario—, financiamiento gubernamental, seguros sociales, seguros privados, pago comunitario y de ahorro obligatorio)? ¿Qué incentivos se generan con cada esquema? ¿Cuáles son los riesgos que se asumen y cuáles se controlan? ¿Cuáles actores se ven beneficiados y cuáles perjudicados? ¿Qué implicaciones tienen en la salud?
15. ¿Qué esquema de financiamiento se diseñará a fin de que el Estado le garantice el acceso universal y equitativo a los servicios y programas de salud y la protección especialmente a los grupos de población que se encuentren en situación de vulnerabilidad, es decir, los que están en riesgo biológico, económico y social (niños, ancianos, mujeres embarazadas, discapacitados y sectores de pocos recursos económicos)?
16. ¿Qué esquema de financiamiento sienta las bases para el desarrollo de un sistema sanitario universal, descentralizado y participativo, que permita el acceso a todos los habitantes de la República sin distinción de ningún tipo?
17. ¿Qué esquema de financiamiento obliga a la solidaridad social y a la instrumentación de la consolidación, integración y redistribución de los recursos para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud?
18. ¿Hasta dónde llegan las obligaciones en salud de los ciudadanos en el esquema de financiamiento que se está proponiendo?

19. ¿Cómo se logra la meta de un financiamiento solidario de la salud para todos los grupos de la sociedad?
20. ¿Qué esquema de financiamiento controla las fallas del mercado en salud y garantiza los principios de universalidad, integridad y solidaridad?
21. ¿Qué mecanismos se deben diseñar para que se financie la demanda y no la oferta?
22. ¿En el esquema de organización y transferencia de los recursos financieros se incluirá a las administradoras de fondos públicas y privadas? ¿Cuáles son las implicaciones de introducir administradoras privadas? ¿Sólo se incorpora administradoras públicas? ¿Cómo se hace compatible la intermediación financiera a través de administradoras con la descentralización de los servicios de salud? ¿Qué mecanismos se deben diseñar para regular a las administradoras de fondos privadas y públicas?

### Interrogantes para preparar la propuesta financiera

1. En el esquema diseñado: ¿Quién y cómo financia? ¿Quién y cómo asegura? ¿Cuánto cuesta implementar la reforma financiera diseñada? ¿Cuál debe ser el presupuesto en salud? ¿Cuánto debe representar del PIB? ¿Cuál el proyectado?
2. ¿Cuáles son las proyecciones macroeconómicas del país?
3. Si el financiamiento del sistema proviene fundamentalmente de aportes fiscales, ¿Cuál es el monto total de los recursos? ¿Cuál es el monto proyectado? ¿Cuánto representan los aportes contributivos? ¿Qué estrategia se puede utilizar para incorporar y aprovechar los recursos privados?
4. ¿Cómo deben distribuirse los recursos en el sistema? ¿Qué criterios deben regir la asignación a las entidades federales? ¿Cómo debe asignarse los recursos al interior del presupuesto en salud? ¿Cómo se organiza el presupuesto para responder al principio de integridad del sistema de servicios?
5. ¿Cuál es la conveniencia de organizar las distintas fuentes de financiamiento en un fondo único de salud? ¿La organización y

unificación de ese fondo debe hacerse en el ámbito central del Estado o en los gobiernos subnacionales? ¿Cómo se organizaría el fondo?

6. ¿Cómo se administran los recursos? ¿Quiénes proveen los servicios? ¿Cómo se organizan los proveedores? ¿Cómo se da la relación entre administradores y proveedores?
7. ¿Qué implicaciones tendría crear un Seguro Obligatorio de Salud?
8. ¿Cuáles son las implicaciones de una propuesta de pagador único *versus* pagadores múltiples?
9. ¿Cuál es el papel de las gobernaciones de estado en el sistema financiero que se está diseñando?

### Interrogantes para preparar la propuesta institucional

1. ¿Cuál es el modelo de organización del sistema de salud y de funcionamiento de sus instituciones que existe en la sociedad venezolana? ¿Cuáles son los principios o valores que lo han regulado y que lo regulan actualmente? ¿Cómo se relaciona este modelo con el diseño institucional que se requiere para implantar la reforma diseñada?
2. ¿Cuál es el desempeño de las instituciones de salud (MSDS, IVSS, gobernaciones de estado, alcaldías, sector privado con y sin fines de lucro, entre otros)? ¿La inercia institucional está operando y podría continuar funcionando como barrera para el cambio?
3. ¿Cuál esquema de organización, diseño institucional y financiamiento asegura el papel de regulación y de rectoría del sistema por parte del Estado y específicamente del Ministerio de Salud?
4. ¿Cuál es el diseño institucional del sistema de salud que se requiere para separar las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios, introducir la lógica del contrato e incentivos en el sistema y resolver los problemas de agencia y de rendición de cuentas que existen en la organización del sistema de salud?
5. ¿Cómo se hace compatible la propuesta de organización de la regulación, financiamiento, aseguramiento y prestación con el desarrollo y avances de la descentralización en el país?

6. ¿Cómo se incorpora el tema de la autonomía de gestión de los hospitales en esta propuesta de organización, aseguramiento y transferencia del financiamiento?

### Interrogantes para preparar la propuesta política

1. ¿Existe un proceso general de reforma del Estado venezolano?
2. ¿Se inscribe la reforma del Sector Salud que se está diseñando en ese proceso más general de reforma y modernización del Estado?
3. ¿La propuesta de reforma en salud se concibe como parte de la reforma del Estado o como un proceso sectorial independiente?
4. ¿Cómo se define en la propuesta de reforma la participación de los organismos de planificación y modernización del Estado que funcionan de manera independiente y fuera del Sector Salud?
5. ¿Hay consonancia entre la agenda de la reforma en salud que maneja el ministro de Salud con la agenda social, económica y política del Estado?
6. ¿Existe consistencia entre los grandes objetivos de la reforma en salud que planteó el ministro de Salud con los principios de la reforma política, económica y social que se está impulsando desde el Estado?
7. ¿Hasta qué punto los grandes objetivos de la reforma que sugirió el ministro están en consonancia o chocan con el modelo de organización, financiamiento y aseguramiento históricamente predominante del sistema de servicios de salud en el país?
8. ¿Quién conduce y regula el sistema de salud? ¿Quiénes son los encargados del proceso de reforma? ¿Cuál es el papel de las autoridades sanitarias y del Ministerio de Salud?
9. ¿Cuál es el contexto político en el que se está dando la reforma? ¿Se está dando en el marco de un gobierno mayoritario? O más bien, ¿la reforma se está dando en el marco de un gobierno de coaliciones?
10. ¿Qué condiciones le impone a la reforma que la misma se da en el marco de un gobierno federal? ¿Cuáles son los avances del proceso de descentralización política? ¿Cuál es la posición del gobierno sobre

la descentralización del sistema de salud? ¿La reforma que se está diseñando es compartida por los distintos niveles del sistema sanitario (nacional, subnacional y local)?

11. ¿Cómo se piensa poner en marcha la reforma? ¿Como una estrategia definida desde la autoridad del gobierno central? O más bien ¿como una propuesta de abajo hacia arriba?
12. ¿Cómo se piensa considerar la opinión y demandas de la población para el diseño de la reforma?
13. Para poner en marcha la reforma: ¿se hará a través de un proceso de choque? O más bien, ¿se partirá de unas pruebas piloto que se van introduciendo progresivamente?
14. La propuesta que se está diseñando y, por ende, los actores que participan en la misma, ¿es la única propuesta de reforma del Sector Salud y son éstos los actores que participan?
15. ¿Esta reforma es compartida por todos los actores del sector, por ejemplo, por el Ministerio del Trabajo, el IVSS, Fedecámaras, gremios y sindicatos?
16. ¿Quién está financiando la reforma? ¿Cuál es su forma de participación? ¿Qué determinantes genera?
17. ¿Cuál es el papel de los organismos de cooperación técnica multilaterales y bilaterales?

### Interrogantes para preparar el análisis estratégico de los actores como parte de la propuesta política

1. ¿Cuáles son los actores que tienen una alta capacidad de acción y que están muy a favor del objetivo de la reforma?
2. ¿Cuáles son los actores que tienen una alta capacidad de acción y que están muy en contra del objetivo de la reforma?
3. ¿Cuál es la capacidad de cada uno de los actores que participan en la reforma para afectar los resultados de cada objetivo del proceso de reforma, a favor o en contra?

4. ¿Los beneficios individuales de los miembros de un grupo superan los costos individuales en los que tienen que incurrir para llevar a cabo la acción de apoyo u oposición?
5. ¿Cuáles beneficios dejan de percibir los actores por dedicarle recursos a apoyar u oponer el objetivo de la reforma?
6. ¿Cuál es el poder que le confieren las leyes a los actores que participan en la reforma?
7. ¿Qué cargo desempeña o tiene el actor?
8. ¿A qué nivel de toma de decisión se sitúa el cargo del actor?
9. ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones?
10. ¿Qué actores tienen la potestad para determinar la agenda de los procesos de decisión?
11. ¿Qué rol tiene el actor en la reforma en salud?
12. ¿Cuál es el tamaño del grupo que ejerce influencia o incide a favor o en contra de los objetivos de la reforma financiera?
13. ¿Cuál es el monto de los recursos económicos con los que cuenta el grupo que actúa sobre los objetivos de la reforma?
14. ¿Cuál es el nivel de organización del grupo que tiene injerencia sobre los objetivos de la reforma?
15. ¿Cuáles son las características y el tamaño de los beneficios o de los costos individuales para cada integrante del grupo una vez aprobados los objetivos de la reforma?
16. ¿El beneficio o costo total para un actor de que se cumplan los objetivos de la reforma tiene un tamaño fijo?
17. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor en la sociedad?
18. ¿Tiene el actor control de información y de los medios de comunicación?
19. ¿Los actores poseen la información relevante para tomar una decisión, es decir, conocen con certeza los costos y beneficios que la reforma les acarrea?
20. ¿Los beneficios para un actor de las distintas estrategias o procesos para el logro del objetivo de la reforma superan los costos?

21. ¿Los costos para un actor de las distintas estrategias o procesos para el logro del objetivo de la reforma superan los beneficios?
22. ¿Es posible determinar el balance neto de los costos y beneficios del logro del objetivo de la reforma para los distintos actores afectados?
23. ¿Los efectos del logro del objetivo de la reforma son iguales para los distintos sectores de los actores colectivos o son diferentes?
24. ¿Hay algunos de los actores que han sido identificados con alta o media capacidad de acción que no se ven afectados por el logro del objetivo de la reforma?
25. ¿Cómo afecta su decisión el hecho de que algunos beneficios o costos son inciertos, mientras que otros son seguros o ineludibles?
26. ¿Cómo se puede aminorar la capacidad de acción de quienes se oponen a la reforma?
27. ¿Cómo se puede movilizar a los grupos a favor de la reforma pero que tienen poca capacidad de acción?
28. ¿Cómo se puede hacer para que más grupos apoyen la reforma?
29. ¿Cuáles son las acciones que se deben poner en marcha para fortalecer la capacidad de acción o el poder de los que apoyan y disminuir la capacidad de acción o debilitar a los que se oponen?
30. ¿Qué acciones se deben emprender para fortalecer la posición de quienes están a favor del objetivo y cambiar la posición de los actores que están en contra o que tienen una posición indeterminada?
31. Entre los actores de la reforma, ¿quién es el líder con mayor poder que además tiene una posición muy a favor del objetivo de la reforma?
32. A nivel político general, ¿cuál es un líder clave que puede impulsar la reforma?
33. ¿Cuáles actores deben recibir entrenamiento en manejo político y del conflicto y logro de consenso?
34. ¿Cuáles son los beneficios potenciales de la reforma que no han sido considerados por los actores no movilizados o que se oponen, que podrían cambiar su posición frente a la misma?

35. ¿Qué acciones se deben poner en marcha para disminuir o postergar los costos de la reforma para los detractores y para aumentar los beneficios para esos actores?
36. ¿Qué acuerdos explícitos se pueden formular para que los actores que ven los beneficios de la reforma como muy lejanos en el tiempo o muy inciertos los perciban como seguros y posibles?

## Bibliografía

- Aedo, C.**  
1997 *La competencia manejada y reformas para el Sector Salud de Chile*, Serie financiamiento del desarrollo, No. 50, Santiago de Chile: Cepal.
- Arce, H.**  
1997 *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina*, Serie financiamiento del desarrollo, No. 59, Santiago de Chile: Cepal.
- Asociación Venezolana para el Desarrollo de la Investigación en Salud/ Avedis**  
1989 *El presupuesto de 1990 y la estrategia para el enfrentamiento de la pobreza*, Caracas: MSAS.
- Bale, M. y Dale, T.**  
1998 "Public sector reform in New Zealand and its relevance to developing countries", *The World Bank Research Observer*, Vol. 13, No. 1 (February), 103-121.
- Banco Interamericano de Desarrollo**  
1997 *Progreso Económico y Social en América Latina, Informe 1997: América Latina tras una década de reformas*, Washington: BID.
- Barnum, H. y Kutzin, J.**  
1993 *Public hospitals in developing countries: Resource use, cost, financing*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Bisang, R.**  
1997 *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*, Serie Reformas de Política Pública, No. 47, Santiago de Chile: Cepal.
- Campos, E. y Pradham, S.**  
1997 "Evaluating public expenditure management systems: An experimental methodology with an application to the Australia and New Zealand reforms", *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 16, No. 3, 423-445.
- Capriles, Edgar**  
1999 "La reforma del Subsector Salud de la seguridad social: análisis de sus paradigmas, su impacto social, sanitario y viabilidad económica. Una propuesta alternativa". Caracas: mimeo.
- Capriles, Edgar (comp.)**  
1997 *Comentarios para la discusión de la Ley del Subsistema de Salud de la Seguridad Social*. Aragua: Corposalud.
- Cartaya, V. y Jaén, M.H.**  
1991 "El personal de salud en Venezuela. Evolución y perspectivas". Gobierno de Venezuela. Banco Mundial. Caracas: mimeo.

**Castellanos, P.L.**

1982 "Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela". *Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación*, Nos. 156-158 (abril), pp. 69-121.

**Cepal**

2001 <http://www.cepal.org>

**Cifra Gerencia, C.A.**

1997 "Instrumentación, productividad y rendimiento de hospitales del estado Sucre: H-IV Antonio Patricio Alcalá de Cumaná, H-III Dr. Santos Aníbal Domínguez de Carúpano y H-I Dr. Luis Daniel Beauperthuy de Cumanacoa. Diseño del sistema de información para planificación y control de gestión", Caracas: mimeo.

**Consortio Hospitalario de Catalunya (CHC). Consultoría i Gestió, S.A**

1997 Focalización de la inversión pública a nivel nacional e implementación del "Programa de Atención Integral a la Salud". Resumen ejecutivo y primer informe. Informes preparados para el Proyecto Salud-MSAS. Caracas, agosto de 1997.

**Cravioto, J. y Cravioto P.**

1991 *Perspectivas en salud pública: nutrición y salud al inicio de la vida, y aprendizaje en edades posteriores*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 47 pp.

**Curcio, P.**

1999a "Análisis del financiamiento de la salud en Venezuela", Caracas: MSDS, Unidad Coordinadora del Proyecto Salud. Mimeo.

1999b "Análisis del gasto en salud y su impacto sobre los indicadores de salud", Caracas, MSDS, Unidad Coordinadora del Proyecto Salud. Mimeo.

1999c "La salud ¿espacio público o privado?", Caracas: MSDS, Unidad Coordinadora del Proyecto Salud. Mimeo.

**Curcio, P. y Magallanes, R.**

1999 "La salud en la Constituyente: propuesta", Caracas: mimeo.

**De Flood, V. y Cristina, M.**

1997 *Gasto y financiamiento en salud en Argentina*, Serie financiamiento del desarrollo, No. 57, Santiago de Chile: Cepal.

**De la Cruz, R. (coord.)**

1998 *Descentralización en perspectiva: federación y finanzas públicas*, Caracas: Ediciones IESA, Fundación Escuela de Gerencia Social y Ministerio de la Familia.

**De la Cruz, R. (comp.)**

1995 *Ruta a la eficiencia. Descentralización de los servicios sociales*, Caracas: Ediciones IESA, Fundación Escuela de Gerencia Social y Ministerio de la Familia.

**Feo, O.**

1999 "Propuesta para el capítulo de salud de la nueva Constitución Nacional. La salud como derecho social". Tercer borrador, septiembre 1999. Venezuela: Asamblea Nacional Constituyente. Caracas: mimeo.

**Fundación Cavendes**

1999 "Pasado y presente en salud y nutrición", *Encarte de la Fundación Cavendes 1999*. Caracas: Fundación Cavendes.

**Galli, A. y García, H.**

1995 "El Sector Salud: radiografía de sus males y sus remedios", en Naím, M. y Piñango, R. (comps.), *El caso Venezuela: una ilusión de armonía*, Caracas: Ediciones IESA.

**García, H.**

1991 "Comportamiento financiero del sector público en salud", Caracas: Avedis.

**González, M.**

1999a "La agenda prioritaria en salud", en *Pobreza: un mal posible de superar*. Vol. 1. Resúmenes de los documentos del Proyecto Pobreza, Universidad Católica Andrés Bello, Asociación Civil para la Promoción de los Estudios Sociales.

1999b "Quizás sea la Constituyente". Caracas: mimeo.

1998 "A policy-oriented framework to evaluate determinants of child health conditions: Conceptual foundations and empirical analysis". Dissertation proposal. University of Pittsburgh: Graduate School of Public and International Affairs (Gspia).

1997a "Evaluation of intergovernmental health systems in Latin American and Caribbean countries: Foundations of a Research Program". Pittsburgh, Estados Unidos.

1997b "Evaluación del "Sistema Intergubernamental de Salud" de Venezuela (1990-1996): una aproximación inicial". Caracas: MSAS-BID-BM.

**González, G. y Tobar, F.**

1997 *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Argentina: Ediciones Isalud, Nuevohacer, Grupo Editor Latinoamericano.

**Hogarth J.**

1978 "Glossary of health care terminology", *Public Health in Europe*, No. 4, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

**Iglehart, J.K.**

1999 "The American health care system, expenditures", Health Policy Report, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 340, No. 1, January 7, 1999.

**Instituto Nacional de Nutrición/Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (INN/Sisvan)**

- 1990-1996 *Componente Estadísticas de Salud. Venezuela. Caracas: INN.*
- 1990-1993 *Boletines informativos. Venezuela. Caracas: INN.*
- 1994-1997 *Boletines informativos. Venezuela. Caracas: INN.*

**Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)**

- 1998 *Avance del récord de estadísticas médico-asistenciales año 1997, Versión preliminar, Ministerio del Trabajo, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Dirección General de Planificación, Programación y Presupuesto. Mayo 1998. Venezuela: IVSS.*

**Jaén, M.H. (coord.)**

- 1994 "Nutrición y pobreza", en *Nutrición. Base del desarrollo*. Fundación Cavendes, fascículo VII, Caracas: Fundación Cavendes.
- 1991 *Impacto de la crisis socioeconómica sobre la población: señales de alerta*, Caracas: Fundación Cavendes.

**Jaén, M.H. e Irureta, F.**

- 1988 "Los establecimientos ambulatorios de salud en Venezuela: organización, funcionamiento y situación actual", Avedis y OPS/OMS. Mimeo.

**Jaén, M.H. y Paravisini, D.**

- 2000 "Lineamientos para la realización de un análisis estratégico de los actores de la reforma en salud". Fascículo de la Organización Panamericana de la Salud. Enero.
- 1999 "Diseño institucional, estructura de incentivos y corrupción en hospitales públicos en Venezuela". Instituto de Estudios Superiores en Administración (IESA) y Banco Interamericano de Desarrollo, Red de Centros de Investigación. Oficina del Economista Jefe. Publicado como *Working Paper* del Banco Interamericano de Desarrollo. Octubre de 1999. Serie de documentos de trabajo R-380.

**Jaén, M.H.; Salvato, S. y otros**

- 1997 "La reforma de salud en Venezuela", *Cuadernos para la Reforma del Sector Salud*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Vol. 1, No. 1, Caracas: Proyecto Salud.

**LACHSR Health Sector Reform Initiative**

- 1999 "Informe de relatoría-foro regional sobre mecanismos de pago a proveedores", No. 5, Lima, Perú, 16-17 de noviembre de 1998.

**Larrañaga, O.**

- 1997 *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*, Serie financiamiento del desarrollo, No. 49, Santiago de Chile: Cepal.

**Londoño, J. L. y Frenk, J.**

- 1995 "Structured pluralism: Towards a new model for health system reform in Latin America". World Bank: Technical Department for the Latin American and Caribbean Region. Washington, D.C: mimeo.

**Maceira, D.**

- 1998 "Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo". LACHSR Iniciativa Reforma Sector Salud.

**Milgrom, P. y Roberts, J.**

- 1993 *Economía, organización y gestión de la empresa*, capítulo 7. Barcelona: Editorial Ariel.

**Ministerio de Sanidad y Asistencia Social**

- 2000 "Anuarios de epidemiología y estadística vital". Versión digital. Años 1997, 1998, 1999 y 2000. Venezuela: MSAS.
- 1998 *Estadísticas hospitalarias año 1997*. Dirección General Sectorial de Salud, Dirección Técnica de Servicios. Venezuela: MSAS.
- 1997 *Anuario de epidemiología y estadística vital. Año 1995*. División de Sistemas de Salud. Caracas, Venezuela. Octubre de 1997. Venezuela: MSAS.
- Varios años *Anuario de epidemiología y estadística vital*. División de Sistemas de Salud. Caracas, Venezuela. Venezuela: MSAS.
- 1997 *Estadísticas hospitalarias año 1996*. Dirección General Sectorial de Salud, Dirección Técnica de Servicios. Venezuela: MSAS.
- 1996 *Principales indicadores de salud. Venezuela 1989-1995*. República de Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Dirección General Sectorial de Epidemiología, Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Venezuela: MSAS.
- 1995 *Morbilidad: situación de la morbilidad en Venezuela*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Dirección General Sectorial de Epidemiología, Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Venezuela: MSAS/Unicef.

**Miranda, E. y Paredes, R.**

- 1997 "La organización industrial de los servicios de salud en Chile", Documentos de Trabajo de la Red de Centros, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

**Mirrlees, J.**

- 1996 "Information and incentives: The economics of carrots and sticks", *The Economic Journal*, No. 107 (September), 1311-1329.

**Montoya, S.**

- 1997 *Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina*, Serie financiamiento del desarrollo, No. 60, Santiago de Chile: Cepal.

**Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI)**

- 1999a *Encuesta de hogares por muestreo. Indicadores de la fuerza de trabajo*. Venezuela: OCEI.

- 1999b *Metodología, líneas de pobreza. 1995-1997*. Venezuela: OCEI.  
2001 <http://www.ocei.gov.ve>

#### Oficina de Asesoría Económica y Financiera del Congreso de la República

- 1998a "Comunicación del 26 de mayo de 1998 dirigida al Diputado Arístides Hospedales, Presidente de la Comisión Especial para la Reforma Laboral y la Seguridad Social del Congreso de la República", Caracas: mimeo.  
1998b "Informe sobre la sostenibilidad financiera del Subsistema de Salud". Caracas: mimeo.

#### Ogliastri, E.

- 1993 *Casos sobre casos*. Monografías, Serie Casos 35. Bogotá: Universidad de Los Andes.

#### Organización Panamericana de la Salud (OPS)

- 2001 "Documentos varios consultados en la Sala de Situación de Salud de la Representación de la OPS-OMS en Venezuela". Abril.  
1998 *La salud en las Américas*. Publicación científica No. 569. Vols. I y II.  
1994 *Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la década de los noventa*. Serie de Informes Técnicos N° 30 (marzo). Suárez, R.; Henderson, P.; Barrillas, E. y Viera, C. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (PAHO) y Organización Mundial de la Salud.

#### Organization for Economic Cooperation and Development

- 1994a *Health: Quality and choice*, Health Policy Studies, No. 4, Paris: OECD.  
1994b *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*, Health Policy Studies, No. 5, Paris: OECD.

#### Padrón, G.

- 1996 *Mortalidad por accidentes, suicidios y homicidios en Venezuela en el período 1986-1995*. Caracas: MSAS-BM-BID. Proyecto Salud.

#### Panamerican Health Organization/Organización Panamericana de la Salud (PAHO)

- 1999a <http://www.paho.org/spanish/sha/perfiles.htm>  
1999b Iniciativa para la reforma del Sector Salud para Latinoamérica y el Caribe, <http://www.americas.health-sector-reform.org>  
1992 Desarrollo de recursos humanos. Recursos de información: profesionales de salud por categoría. Razón por 10.000 habitantes. <http://www.paho.org/spanish/hsp/hsp/htm>

#### Pérez Itriago, A. y Jaén, M.H.

- 1993 "Descentralización de la salud: por una atención de calidad. Propuestas y escenarios", en Casanova, R.; Navarro, J.C. y Jaén M. H. (coords.), *La distribución del poder I: descentralización de la educación, la salud y las fronteras*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

#### Presidencia del Congreso de la República, Comisión Permanente de Salud

- 1997 "La Salud y la Seguridad Social", Informe Final del Seminario Internacional. Caracas, 6 de noviembre de 1997, Banco Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

#### Quezada, T.

- 1990 "Recursos humanos de salud en Venezuela 1972-1985: diagnóstico, indicadores y perspectivas hacia salud para todos", Tesis de grado. Universidad Central de Venezuela. Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes). Programa de Doctorado.

#### República de Venezuela

- 1999 "Proyecto de Constitución de la República Bolivariana de Venezuela", Asamblea Nacional Constituyente, Caracas, diciembre.  
1998 "Ley Orgánica de Salud", *Gaceta Oficial* No. 5.263 Extraordinario de fecha 17 de septiembre de 1998.  
1998 "Decreto con Rango y Fuerza de Ley que Regula el Subsistema de Salud", *Gaceta Oficial* No. 36.568, 27 de octubre de 1998.  
1997 "Ley Orgánica de Seguridad Social Integral", *Gaceta Oficial* No. 5.199 Extraordinario de fecha 30 de diciembre de 1997.  
1989 "Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público", *Gaceta Oficial* No. 4.153 Extraordinario de 28 de diciembre de 1989.  
1987 "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud", *Gaceta Oficial* No. 33.745 de fecha 23 de junio de 1987.  
1983 Decreto No. 1.798 del 21 de enero de 1983. *Gaceta Oficial* No. 32.650.

#### Riutort, M.

- 1999 "El costo de erradicar la pobreza", en *Pobreza, un mal posible de superar*. Vol. 1. Resúmenes de los documentos del Proyecto Pobreza, Universidad Católica Andrés Bello, Asociación Civil para la Promoción de los Estudios Sociales.

#### Ruiz-Mier, F.

- 1997 *El proceso de descentralización y financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia*, Serie Reformas de Política Pública, No. 48, Santiago de Chile: Cepal.

#### Sabaté, E.

- 1999 "Alternativas de financiamiento de la salud", Harvard University, mayo de 1999. Mimeo.

#### Salvato, S.

- 2000a "El financiamiento del Sector Salud en Venezuela". Módulo del Programa de Gerencia de Centros de Salud. IESA, noviembre-diciembre 2000. Mimeo.  
2000b "¿Cómo se debe financiar la salud en Venezuela?" Ponencia presentada en *Foro Permanente para la Seguridad Social*. Julio. Mimeo.  
1998 "Financiamiento del gasto en salud en Venezuela". Mimeo.

**Stocker, K., Waitzkin, H. e Iriart, C.**

1999 "The exportation of managed care to Latin America". Health Policy Report. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 340, No. 14, April 8, 1999.

**Tafari, R.**

1997 *Reforma al Sector Salud en Argentina*, Serie financiamiento del desarrollo, No. 53, Santiago de Chile: Naciones Unidas.

**The Economist**

1998 "Social insurance survey", October 24th, 1998, pp. 3-21.

1999 "The Americas shift toward private health care", May 8, 1999, pp. 27-29.

**The New England Journal of Medicine**

1999 "Editorial: Managed care arrives in Latin America", Vol. 340, No. 14, April 8, 1999.

**Titelman, D. y Uthoff, A.**

s/f "El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistema de salud". Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cepal. Mimeo.

**United Nations Children's Fund/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)**

2001 *The State of the World's Children 2000*.

<http://www.unicef.org>

1999 *Estado mundial de la infancia 1999*.

<http://www.unicef.org/spanish>

1994 *Estado mundial de la infancia 1994*. Barcelona (España): Unicef.

**Valera, Y.**

1999 *El perfil nutricional de Venezuela*. Caracas: Instituto Nacional de Nutrición, Fundación Cavendes, Proyecto: Información para la Acción en Alimentación y Nutrición. Venezuela: Fundación Cavendes.

**Vargas González, J. E.**

1997 *La descentralización de los servicios de salud en Colombia*, Serie Reformas de Política Pública, No. 51, Santiago de Chile: Cepal.

**World Bank/Banco Mundial**

1993 *World Development Report 1993 - Investing in Health*. Oxford University Press.

1992 *Venezuela Health Sector Review*, Vols. I y II. Washington.

**World Health Organization**

1978 "Reporte del Director-General", document A31/10, Geneva.