

financiamiento del desarrollo

R reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas

Marino J. González R.



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios Especiales
Secretaría Ejecutiva

Santiago de Chile, junio de 2001

Este documento fue preparado por el señor Marino González, consultor del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ “Reformas a los sistemas de salud en América Latina”. El autor agradece las observaciones y sugerencias de Daniel Titelman, que resultaron de gran utilidad para la elaboración de la versión final de este trabajo.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de el autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1553-P

ISBN: 92-1-321855-9

Copyright © Naciones Unidas, junio de 2001. Todos los derechos reservados

Nº de venta: S.01.II.G.95

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. El sistema de salud: organización, recursos y desempeño	9
A. Organización del sector salud	9
II. Características de los servicios y del financiamiento del sector	13
A. Coberturas de beneficiarios	14
B. Recursos humanos e institucionales	14
C. Recursos financieros	16
III. Desempeño del sector salud en Venezuela	19
A. Condiciones de salud y coberturas	19
B. Condiciones de salud y crecimiento económico	20
C. Condiciones de salud y factores externos al sistema de salud	21
D. Desempeño del sistema de salud público y recursos asignados	22
IV. Las reformas en perspectiva	23
A. Sistema nacional de Salud (1987)	23
B. Descentralización de los servicios de salud a partir de 1989	24
C. Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (1992)	25

D. La reforma de la Seguridad Social (1998)	27
V. Opciones de reforma en el sistema de salud de Venezuela	31
A. Reformas en el financiamiento general del sistema	32
B. Reformas de la organización del sistema de salud	32
C. Reformas en la prestación de servicios	33
VI. La reforma en el nuevo marco constitucional y político	35
A. La salud en la Constitución de 1999	35
B. Prioridades de política en el corto plazo	37
Conclusión	39
Referencias	41
Serie Financiamiento del desarrollo: Números publicados	43

Índice de tablas

Tabla 1 Recursos humanos e institucionales en el sector salud de Venezuela (1985-1996)	15
Tabla 2 Gasto público de salud de Venezuela (1995-2000)	17
Tabla 3 Clasificación de la mortalidad por grado de prevención y grupos de edades	20

Índice de gráficos

Gráfico 1 Mortalidad infantil y PIB en América Latina y el Caribe, 1994	20
Gráfico 2 Mortalidad infantil y evolución económica en Venezuela, 1960-1995	21
Gráfico 3 Mortalidad infantil y educación en América Latina y el Caribe, 1990s.....	22
Gráfico 4 Mortalidad infantil y servicios de salud en América Latina y el Caribe, 1990s	22

Índice de siglas

BCV	Banco Central de Venezuela
FAM	Fondo de Atención Médica del IVSS
HUC	Hospital Universitario de Caracas
INH	Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”
IPASME	Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
IPSFA	Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas
IVSS	Instituto Venezolano de Seguros Sociales
MF	Ministerio de la Familia
MSDS	Ministerio de Salud y Desarrollo Social
MSAS	Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
OCEI	Oficina Central de Estadística e Informática
OCEPRE	Oficina Central de Presupuesto, dependiente del Ministerio de Finanzas
SNS	Sistema Nacional de Salud

Resumen

El trabajo analiza la coyuntura actual del sistema de salud de Venezuela enfatizando los efectos de las reformas implementadas entre 1987 y 1999. Tales reformas incluyen las siguientes: (1) Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987, (2) descentralización de servicios de salud (a partir de 1990), (3) reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1992, y (4) aprobación de la propuesta de reforma del Subsistema de Salud de la Seguridad Social en 1998.

La revisión de estas reformas resulta de utilidad para adaptar los lineamientos de la Constitución de 1999 en las áreas de seguridad social y salud a través de la legislación respectiva que discutirá la Asamblea Nacional en el segundo semestre de 2001.

El trabajo incluye la caracterización del desempeño del sistema de salud de Venezuela, así como la organización del sector y las particularidades de los subsectores públicos y privados. Además, se describen y analizan las principales instituciones del sector público. De manera complementaria se presentan los rasgos más importantes tanto de los servicios prestados como del financiamiento del sector, especialmente en la esfera pública.

La segunda sección analiza las reformas implementadas en el período 1987-1999. Se hace especial hincapié en los condicionantes institucionales involucrados en dichas reformas. La tercera sección desarrolla las opciones de reforma en el sistema de salud de Venezuela y señala los requerimientos de reformas en las áreas de financiamiento, organización y prestación de servicios.

La cuarta sección presenta las condiciones del nuevo marco constitucional y político de Venezuela, especialmente a partir de la Constitución aprobada en diciembre de 1999. Se analizan los lineamientos constitucionales en el sector salud y sus implicaciones para la nueva legislación. En esta sección se plantea la necesidad de profundizar en la consecución de consensos para-constitucionales con el objeto de adelantar reformas viables y adaptadas a las características del país. También se incluyen las prioridades de política de corto plazo.

La experiencia histórica de las reformas del sector salud en Venezuela enseña que la extrema complejidad técnica y la introducción de innovaciones sin mayor relación con las condiciones particulares del país, no favorecen la sostenibilidad institucional ni garantizan el éxito. La actual coyuntura deberá aprovecharse, en consecuencia, para impulsar cambios sistemáticos que tomen en cuenta las particularidades y limitaciones del sistema de salud venezolano.

Introducción

Entre 1987 y 1999 Venezuela ha ensayado diferentes tipos de reformas en el sistema de salud. En dicho período se sucedieron las siguientes reformas: (1) Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987, (2) descentralización de servicios de salud (a partir de 1990), (3) reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1992, y (4) aprobación de la propuesta de reforma del Subsistema de Salud de la Seguridad Social en 1998. A pesar de que todas estas reformas se han concretado en instrumentos legislativos o reglamentarios, el proceso de implementación ha sido difícil e infructuoso en todos los casos, excepto en la descentralización de los servicios de salud. En los casos de la Ley del Sistema de Salud de 1987 y la reforma del Subsistema de Salud de la Seguridad Social de 1998, la dinámica administrativa y política conllevó a la sustitución de los instrumentos legales o a la suspensión de su aplicación.

La aprobación de un nuevo marco constitucional en diciembre de 1999 ha promovido la redefinición de nuevas competencias en el sector público venezolano. También se han abierto posibilidades para adecuar muchas áreas de las políticas públicas a los nuevos énfasis, tanto en el interior del sistema político como en el contexto internacional. El sector salud ha recibido especial atención por parte de los niveles ejecutivos y legislativos nacionales. La Asamblea Nacional deberá legislar en el año 2001 en las áreas de seguridad social y salud. Las características y consecuencias de la nueva legislación afectarán, sin lugar a dudas, el sistema de salud de las próximas décadas. Desde esta perspectiva es fundamental revisar la experiencia del país en las reformas sucedidas en la década anterior. Las enseñanzas de estas reformas pueden ser de gran utilidad para

entender las restricciones del sistema de salud de Venezuela, y lo que es más importante, favorecer un nuevo marco legislativo que sea realista y viable.

El propósito de este trabajo es triple. En primer lugar se revisan las principales lecciones de los procesos de reforma implementados en el período comprendido entre 1987 y 1999. En segundo lugar se proponen los lineamientos de reforma del sistema de salud en Venezuela y se analizan las repercusiones del marco constitucional en su viabilidad. Finalmente, el trabajo plantea las opciones de políticas en la coyuntura de corto plazo caracterizada por la necesidad de enfrentar la reconversión del IVSS así como la legislación que resulte de los debates de la Asamblea Nacional en el año 2001.

En líneas generales, el trabajo pretende iniciar un camino, más que establecer pautas de análisis definitivas. Dos aspectos condicionan el planteamiento anterior. El primero de ellos está relacionado con la ausencia de tradición en el análisis institucional en el sector salud de Venezuela. La mayoría de la bibliografía sobre el sector contiene aspectos descriptivos, sea sobre las características generales del sistema, sea sobre su funcionamiento y prestación de servicios. El segundo aspecto se fundamenta en las debilidades de la información general sobre el sector, especialmente en lo referente a la cuantificación de los recursos humanos, financieros, y en la cobertura poblacional y de servicios. Ambos condicionantes plantean una mayor exigencia por mejorar tanto la evaluación de políticas en el sector como la rigurosidad de sus estadísticas globales y sectoriales.

El trabajo está dividido en cuatro secciones. La primera sección presenta una caracterización del desempeño del sistema de salud de Venezuela. La segunda sección analiza las reformas del sistema de salud implementadas en el período señalado. La tercera sección presenta los lineamientos que podrían guiar la reforma del sistema de salud en el mediano plazo. En la cuarta y última sección se desarrollan algunas consideraciones sobre la reciente propuesta de reforma del IVSS y su relación con las próximas etapas de la discusión de la reforma general del sistema.

I. El sistema de salud: organización, recursos y desempeño

Esta sección tiene por objetivo señalar las características generales del sistema de salud, con especial énfasis en su desempeño general. La primera parte de la sección presenta la organización del sector salud en Venezuela. La segunda parte enfatiza el análisis del desempeño.

A. Organización del sector salud

A los efectos de la descripción del sector salud en Venezuela, distinguiremos dos subsectores: público y privado. El primer subsector está compuesto por todas aquellas instituciones que reciben financiamiento mayoritario de fuentes de origen fiscal o contributivo y cuya capacidad de decisión, en lo que respecta a la prestación de servicios, se encuentra en la esfera pública. El sector privado abarca todas aquellas instituciones que reciben financiamiento proveniente de fuentes privadas (seguros de hospitalización, cirugía y maternidad, medicina prepagada, pagos directos, entre otros) y cuya capacidad de decisión, especialmente en lo referente a servicios prestados e inversión, está bajo la responsabilidad de organizaciones independientes (hospitales, clínicas, ambulatorios, o centros profesionales). Esta distinción, por supuesto, no es adecuada para representar aquellas instituciones privadas que reciben financiamiento público (a través de contratos especiales para la prestación de servicios), o aquellas instituciones pública que reciben

contraprestación financiera por la atención de pacientes con seguros privados. Una caracterización más detallada del sector exige un esfuerzo de recopilación de información que está fuera de los objetivos de este trabajo.

1. Subsector público

El subsector público está constituido por instituciones de la administración central y descentralizada. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) es la institución de la administración central responsable del financiamiento y prestación de servicios de salud. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) son órganos de la administración descentralizada financiados a través de aportes contributivos. Existen innumerables regímenes de servicios de salud para los empleados de la administración central y descentralizada, tanto aquellos que son dependientes de los respectivos ministerios, como los que pertenecen a empresas del estado, universidades públicas e institutos autónomos. Lamentablemente no fue posible contar para este análisis con el registro completo de estas instituciones. Por tal razón describiremos a continuación las características de las instituciones más significativas en el sector público desde la perspectiva de su magnitud y recursos.

a) Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social fue creado en 1999 al fusionar el anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y el Ministerio de la Familia (MF). El MSAS fue creado en 1936 con funciones netamente preventivas y de promoción de salud. A mediados de los años cincuenta del siglo pasado, el MSAS inició un proceso de nacionalización de servicios hospitalarios con lo cual se convirtió en la mayor institución de salud del país, en términos de servicios y recursos administrados.

En la reforma de la administración central de 1999, el MSAS fue fusionado con el Ministerio de la Familia, institución a cargo de planificación y evaluación de políticas sociales, así como de la implementación de programas sociales prioritarios. De acuerdo con la Ley de Orgánica de la Administración Central, (Gaceta Oficial No. 36.850 del 14 de diciembre de 1999), el nuevo ente resultante tiene a su cargo las siguientes funciones (art. 46):

- Regulación, formulación y seguimiento de políticas;
- Planificación y realización de las actividades del Ejecutivo Nacional en materia de salud pública;
- Regulación, coordinación, seguimiento y fiscalización de los servicios estatales, municipales y privados; los programas de saneamiento y contaminación ambiental referidos a la salud pública, en coordinación con entidades estatales y municipales;
- Regulación y fiscalización sanitaria sobre los alimentos destinados al consumo humano, el suministro de agua potable y la producción y venta de productos farmacéuticos, cosméticos, y sustancias similares;
- Inspección y vigilancia del ejercicio de toda profesión actividad que tenga relación con la atención a la salud; la formulación de normas técnicas sanitarias en materia de edificaciones e instalaciones para uso humano, sobre higiene ocupacional y sobre higiene pública en general;
- La organización y dirección de los servicios de veterinaria que tengan relación con la salud pública;

- Regulación, formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, y planes vinculados con el desarrollo social de la Nación;
- Contribuir con la mayor eficiencia y eficacia a la solución de los problemas que afectan a los grupos menos favorecidos; coordinar los mecanismos y acciones que, articuladas con la política económica, permitan el logro de un desarrollo socio-económico equilibrado; desarrollar la atención de todos los sectores de la población, en especial con la de bajos recursos, y promover la participación ciudadana.

A los efectos de su organización, el MSDS está dividido en 2 Vice-Ministerios: Salud y Desarrollo Social, respectivamente. El Vice-Ministerio de Salud, a su vez, está compuesto de dos Direcciones Generales que abarcan las áreas de Salud Poblacional y Salud Ambiental.

En el nivel subnacional el MSDS tiene Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social. En diecisiete estados del país las Direcciones Estadales corresponden a las instancias descentralizadas para la planificación y gestión de los servicios de salud. La asignación presupuestaria a los estados tiene dos componentes: (1) las transferencias del MSDS a las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social, y (2) los recursos asignados a través del situado constitucional a las gobernaciones de estados. El porcentaje de recursos derivados del situado constitucional asignado al sector salud depende de la potestad de cada estado pero debe ser utilizado en gastos de inversión en todos los casos.

El MSDS tiene adscritos importantes centros de prestación de servicios en el área de salud. Entre ellos destacan: el Hospital Universitario de Caracas, HUC (el más grande hospital docente del país), el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (INH), el Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina, entre otros. Todas estas instituciones tienen autonomía funcional y operativa, pero bajo el área de influencia directa del MSDS.

b) Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) es un organismo autónomo adscrito al Ministerio del Trabajo a cargo de la administración de las prestaciones de seguridad social: pensiones (invalidez, vejez, entre otras), salud (a través del Fondo de Atención Médica), y seguro de paro forzoso. En IVSS recibe un financiamiento tripartito: patronos, trabajadores y estado (a través del aporte directo al Fondo de Administración). El IVSS cubre a todos aquellos trabajadores en situación de dependencia y a aquellos trabajadores que laboran en el sector informal de la economía que tengan un contrato o relación definida. También existe la posibilidad de que los trabajadores independientes o por cuenta propia se inscriban en el IVSS a través del régimen denominado facultativo.

El Fondo de Atención Médica (FAM) es el encargado de la administración de las prestaciones de salud y maternidad. El Fondo es financiado a través de un aporte mensual sobre la nómina equivalente al 6,25%. Las prestaciones de salud están disponibles para aquellos trabajadores que vivan en regiones o ciudades donde existan servicios ambulatorios u hospitalarios del IVSS.

c) Otras instituciones con régimen contributivo

Bajo la dependencia del sector público también se encuentran otras instituciones que prestan servicios de salud bajo el régimen de contribuciones. Las más importantes (en términos de los beneficiarios y recursos utilizados) son el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA). Ambas instituciones son financiadas a través de aportes de los beneficiarios y de las instituciones donde laboran con lo cual se establece un régimen de financiamiento bipartito.

Tanto el IPASME como el IPSFA dependen de sus respectivos ministerios de adscripción (Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, y Ministerio de la Defensa).

d) El subsector público en el nivel subnacional y municipal

Tal como se señaló anteriormente, la transferencia de responsabilidades al ámbito subnacional establece una nueva pauta de relación con el MSDS. Las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social constituyen la instancia descentralizada del MSDS y ejercen funciones de planificación, presupuesto, y prestación de servicios. Cada año se transfieren a través del presupuesto nacional las correspondientes asignaciones. El otro componente de las asignaciones nacionales corresponde a la utilización del situado constitucional (transferencia intergubernamental).

Los Municipios constituyen el nivel local de organización política. En 1998 existían en el país 330 Municipios. La Constitución de 1999 ratifica las facultades de los Municipios en el área de salud. A los Municipios se le asignan funciones en salubridad, atención primaria de salud, así como en las áreas ambientales y de servicios (art. 178). Sin embargo, para la realización de este trabajo no se pudieron identificar análisis de la participación de los Municipios venezolanos en el financiamiento y gestión de servicios de salud.

2. Subsector privado

La presencia del sector privado en el sistema de salud es amplia, pero lamentablemente ha sido poco analizada. Desde el punto de vista financiero existen diversas modalidades (incluyendo medicina prepagada en los últimos años). En cuanto a la prestación, el sector privado ha desarrollado distintas opciones, desde consultorios con un número reducido de especialistas hasta grandes hospitales con el mayor nivel tecnológico, especialmente en las grandes ciudades. Así mismo, la participación privada abarca tanto la producción de fármacos y tecnologías, como el desarrollo de nuevas estrategias gerenciales y de prestación. Lamentablemente toda esta riqueza de actividades se encuentra poco sistematizada y no existen fuentes periódicas que permitan su análisis más detallado.

II. Características de los servicios y del financiamiento del sector

Esta sección tiene por objetivo presentar los rasgos más importantes del sistema de salud, desde la perspectiva de las dimensiones institucionales, la prestación de servicios y el financiamiento general del sector. La metodología utilizada enfatizó el análisis de fuentes primarias de información por cada uno de los componentes del sistema (público y privado). Como ya se advirtió anteriormente, la información del sector privado se encuentra poco sistematizada. Un mayor esfuerzo de recopilación y ordenación de la información del sector privado escapa a los objetivos de este trabajo. Sin embargo, debe destacarse que, en la práctica, el subsector privado de la salud continúa siendo un gran desconocido. La coherencia y diversidad de opciones de reforma requerirá un mejor conocimiento de su composición y características.

La información del sector público también se encuentra dispersa en cada una de las instituciones que lo componen. Por tal razón la agregación de información se puede realizar de distintas maneras, con lo cual se favorece la existencia de múltiples fuentes secundarias y métodos de análisis. A los efectos de este análisis se ha dado especial importancia a tres aspectos: (1) organización de series históricas, (2) utilización de datos primarios provenientes de fuentes oficiales de información agregada, como es el caso del MSDS y la Oficina Central de Presupuesto (OCEPRE), y (3) desarrollo de criterios o estándares que permitan la comparación y replicación de los análisis en el futuro.

El análisis consistirá en la revisión de los siguientes aspectos: (1) coberturas de beneficiarios, (2) recursos humanos e institucionales, y (3) fuentes de financiamiento.

A. Coberturas de beneficiarios

El cálculo de las coberturas para los respectivos sistemas de prestaciones públicos es afectado por las dificultades de los sistemas de registros. Cada institución cuenta con su respectivo sistema de registro. Sin embargo, tales registros no están integrados, por lo cual las posibilidades de duplicación y omisión no son despreciables. Desde el punto de vista práctico se asume que el MSDS brinda servicios a toda la población, especialmente aquella que no cuenta con ningún otro sistema de previsión de servicios de salud. La cobertura de los servicios de salud del IVSS, especialmente del FAM, se ha estimado en 35% de la población total (incluyendo los trabajadores asegurados y sus familiares) en 1998 (D'Elia 2000). La cobertura de otras instituciones contributivas no se publica de manera regular. La cobertura de servicios del sector privado (pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad, así como los registros de las empresas de medicina prepagada) requiere un procesamiento detallado por cuanto no existe integración de tal información.

La Encuesta Social de 1998 (elaborada por la Oficina Central de Estadística e Informática, OCEI) incluyó en una de sus preguntas la cobertura de seguro social, más no la de otras coberturas de sistemas de salud. Lamentablemente no se pudo contar con la base de datos que permitiera identificar la cobertura al menos de la seguridad social.

Sin embargo, otras áreas de dicha encuesta permiten aportar algunos elementos indirectos (González y Molina 2000). Por ejemplo, el 8% de las personas que presentaron tanto trastornos agudos reportan que acudieron a los servicios del seguro social. El 33% de los entrevistados manifestó la asistencia a consultorios o clínicas privadas. El resto de los entrevistados (poco más del 60%) reportó su asistencia a instituciones públicas. En el caso de aquellos que reportaron la realización de exámenes de laboratorio, casi el 60% señaló que acudió a centros privados o no religiosos. Este hallazgo es coincidente con las reiteradas quejas de los usuarios sobre la dotación de los centros de salud del sector público. Pareciera que las instituciones públicas sólo atienden las demandas de servicios de laboratorio a una fracción (posiblemente 50%) de los usuarios que consultan por problemas de salud.

En el caso de los problemas de salud crónicos, el 10% de los pacientes acudió a servicios del IVSS, más del 40% de los pacientes acudió a instituciones privadas o no religiosas. El 40% de los pacientes fue atendido en instituciones públicas no dependientes del IVSS.

El 50% de los pacientes que reportó la imposibilidad de realizarse exámenes complementarios señaló que la causa era la carencia de medios económicos. El 80% de los pacientes que reportó la imposibilidad de adquirir medicamentos indicó que se debía a la carencia de medios económicos.

En líneas generales se puede inferir que la cobertura real de los servicios públicos, especialmente aquellos del MSDS, es menor en los casos de trastornos crónicos. Más del 50% de los pacientes por esta causa es atendido en instituciones del seguro social o en el sector privado. En el caso de los pacientes que consultan por dolencias agudas, este porcentaje es ligeramente menor. Pareciera, en consecuencia, que la demanda de servicios en instituciones privadas es superior a lo tradicionalmente aceptado.

B. Recursos humanos e institucionales

En el subsector público la institución más grande (en términos de servicios y recursos financieros) es el MSDS. Para el año 2000 esta institución recibía el 62% de todos los recursos públicos asignados al sector (sin incluir los aportes de los estados por vía del situado constitucional

y los municipios). Para ese mismo año el MSDS contaba con 245 hospitales y más de 4000 ambulatorios (tanto en las zonas rurales como urbanas).

El Fondo de Atención Médica (FAM) del IVSS es la segunda institución pública del sistema. Para el año 2000 el FAM recibía el 25% de los recursos públicos del sector salud (sin incluir los aportes de los estados por vía del situado constitucional y los municipios). De manera que entre el MSDS y el IVSS contaron con el 87% de los recursos públicos del sector. El FAM contaba con 33 hospitales y 83 ambulatorios (D'Elia 2000).

El restante 13% de los recursos públicos corresponde al IPASME, IPSFA, las asignaciones a los servicios de salud de algunos ministerios (Finanzas, Energía y Minas, Relaciones Interiores y Justicia, Ambiente e Infraestructura) y los aportes patronales (del sector público) a los programas de salud de las instituciones de la administración central y descentralizada.

La evolución de los recursos humanos e institucionales del sistema en el período 1985-1996 se muestra en la Tabla 1. El número total de médicos aumentó de 21.666 a 44.316 en el período. Debe señalarse, sin embargo, que los sistemas de información del MSDS no permite discriminar plenamente aquellos médicos que poseen dos o más contrataciones, especialmente en el sector público. A pesar de las limitaciones de esta información, se puede señalar que el número de médicos por 10.000 habitantes era 19.9 en 1996.

Tabla 1
RECURSOS HUMANOS E INSTITUCIONES EN EL SECTOR SALUD DE VENEZUELA (1985-1996)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Población (habitantes)	17,137,604	17,590,455	18,061,453	18,542,449	19,025,296	19,501,849
Número de médicos	21,666	24,626	28,400	nd	32,500	nd
Número de enfermeras	53,765	51,782	54,190	nd	55,260	nd
Hospitales públicos	514	541	541	nd	544	611
Hospitales privados	305	311	311	nd	311	345
Total de hospitales	819	852	852	nd	855	956
Número de camas	47,361	47,535	47,535	nd	47,550	52,110
Médicos/10.000 hab.	1.26	1.40	1.57	nd	1.71	nd
Enfermeras/10.000 hab.	3.14	2.94	3.00	nd	2.90	nd
Camas/1000 hab.	2.76	2.70	2.63	nd	2.50	2.67
	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Población (habitantes)	19,972,039	20,441,298	20,909,727	21,377,426	21,844,496	22,311,094
Número de médicos	36,081	32,500	40,492	42,725	44,535	44,316
Número de enfermeras	58,581	58,581	62,770	54,829	60,597	50,629
Hospitales públicos	nd	579	583	582	583	583
Hospitales privados	nd	344	344	344	344	344
Total de hospitales	nd	923	927	926	927	927
Número de camas	nd	52,456	52,394	52,394	52,394	52,394
Médicos/10.000 hab.	1.81	1.59	1.94	2.00	2.04	1.99
Enfermeras/10.000 hab.	2.93	2.87	3.00	2.56	2.77	2.27
Camas/1000 hab.	nd	2.57	2.51	2.45	2.40	2.35

Fuentes: 1. Población de acuerdo a las proyecciones de la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI).

2. Número de médicos, enfermeras, hospitales y camas de acuerdo a MSDS (Informes anuales disponibles).

3. Cálculos propios para las tasas.

4. nd: no disponible.

El número total de enfermeras disminuyó 7% en el período analizado. La tasa de enfermeras por 10.000 habitantes descendió de 31,4 a 22,7. Al igual que en el caso de los médicos, no es posible discriminar con exactitud el número de enfermeras que tiene más de una contratación en el sector público. Sin embargo, la magnitud de la reducción es reveladora de una recomposición importante en el mercado laboral del sector, especialmente por el hecho de que muchas de las actividades de prevención y promoción pueden ser realizadas por personal profesional y auxiliar de enfermería.

El número total de instituciones hospitalarias del sector para 1996 era 927. Sin embargo, especialmente en el sector privado, no es posible discriminar el grado de complejidad de estas instituciones. En líneas generales, el número de hospitales públicos corresponde al 63% del total de hospitales del país. Sin embargo, con relación al número de camas es posible que el porcentaje sea mayor en el sector público por cuanto sus hospitales tienen más camas en promedio que los hospitales privados. El número de camas por cada 1000 habitantes se redujo de 2,76 camas en 1985 a 2,35 camas en 1996. Debe destacarse, sin embargo, que el número refleja el número total de camas en el sector sin discriminar las que se encuentran en el sector público o privado.

C. Recursos financieros

La estimación de los recursos financieros del sector salud plantea importantes dificultades metodológicas. En primer lugar no existen fuentes periódicas y actualizadas sobre el gasto privado de salud. La estimación del gasto privado supone la ordenación de la información proveniente de las cuentas nacionales y el análisis de encuestas de hogares para el cálculo del gasto familiar. Por tal razón en este trabajo nos concentraremos en el gasto público, excepto en lo correspondiente a las pólizas de salud contratadas que se mencionará más adelante.

Para el cálculo del financiamiento público del sector salud, se analizaron las últimas cifras oficiales elaboradas por la Oficina Central de Presupuesto (OCEPRE) en marzo de 2001. La información disponible corresponde al período 1995-2000. La OCEPRE presenta el gasto efectivamente ejecutado para cada uno de los años tanto para administración central como la descentralizada. La serie de la OCEPRE no incluye el gasto en salud de las gobernaciones ni de los municipios. De manera que el gasto público obtenido representa un mínimo más que una cifra exacta. La OCEPRE también discrimina el gasto del MSDS por cuanto el componente de “Desarrollo Social” es excluido en la agregación.

Por cada uno de los años del período la OCEPRE presenta el total de gasto público (con las acotaciones mencionadas). Para el análisis se calculó el gasto per cápita correspondiente al MSDS y el gasto público total per cápita. La población de referencia fue la estimada por la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) para cada uno de esos años. También se calculó el gasto público del MSDS y el gasto público total con relación al PIB de cada año. Las cifras del PIB se tomaron de las publicaciones del Banco Central de Venezuela (BCV), así como de su website. También se calculó el gasto del MSDS en términos de dólares per cápita así como el gasto público total. Las cifras de referencia del dólar se refieren a los promedios para cada año (tomando en cuenta el precio de venta para todos los días del año respectivo, excepto en los años 1995 y 1996). La comparación del gasto per cápita real en bolívares se realizó ajustando la serie a través del deflactor del PIB para cada año. El año de referencia para esta comparación fue 1995.

La Tabla 2 presenta los resultados del análisis señalado en el párrafo anterior. El gasto total mínimo del sector salud en Venezuela aumentó de 1.305 millones de dólares en 1995 a 3.093 millones de dólares en 2000. El gasto per cápita en términos reales (a precios de 1995) del MSDS ascendió de 7.831 Bs. a 9.386 Bs., representando un incremento de 19%. El gasto per cápita mínimo público fue 14.964 Bs. en 2000 (a precios de 1995) con un incremento de 35% con

respecto a su valor en 1995. Sin embargo, ambas cifras son menores a la de 1997. El gasto per cápita del MSDS aumentó de 43,6 dólares americanos en 1995 a 80,28 dólares en 2000. El gasto total público per cápita (mínimo) aumentó de 61,69 dólares a 127,98 dólares.

Tabla 2
GASTO PÚBLICO DE SALUD DE VENEZUELA (1995-2000)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Población (habitantes)	21,844,496	22,311,094	22,777,152	23,242,435	23,706,711	24,169,744
PIB total (millones de Bs)	13,685,686	29,437,682	43,343,669	52,482,466	62,577,039	81,924,193
PIB real (millones de Bs. de 1984)	566,627	565,506	601,534	602,558	565,888	584,074
Tasa de cambio (Bs. por \$)	179.54	426.46	488.81	548.45	606.50	679.00
Gasto del MSDS (millones de Bs.)	171,073	249,463	667,676	734,914	802,632	1,317,512
Gasto público total (millones de Bs.)	241,946	368,652	1,058,247	1,248,628	1,424,979	2,100,384
Gasto del MSDS sobre el total público (%)	70.71	67.67	63.09	58.86	56.33	62.73
Gasto total público (millones de \$)	1,348	864	2,165	2,277	2,350	3,093
Gasto del MSDS per cápita (Bs)	7,831	11,181	29,313	31,619	33,857	54,511
Gasto público per cápita (Bs)	11,076	16,523	46,461	53,722	60,109	86,901
Gasto del MSDS per cápita (en \$)	43.62	26.22	59.97	57.65	55.82	80.28
Gasto público per cápita (en \$)	61.69	38.75	95.05	97.95	99.11	127.98
Gasto del MSDS sobre el PIB total (%)	1.25	0.85	1.54	1.40	1.28	1.61
Gasto público sobre el PIB total (%)	1.77	1.25	2.44	2.38	2.28	2.56
Deflactor del PIB	24.15	52.06	72.06	87.10	110.58	140.26
Razón del deflactor del PIB (año base:1995)	1	2.16	2.98	3.61	4.58	5.81
Gasto per cápita del MSDS (año base: 1995)	7,831	5,188	9,826	8,768	7,395	9,387
Gasto público per cápita (año base:1995)	11,076	7,667	15,574	14,897	13,129	14,964
Gasto per cápita del MSDS (base 100=1995)	100	66	125	112	94	120
Gasto público per cápita (base 100=1995)	100	69	141	135	119	135

Fuentes: 1. Las cifras de población corresponden a las proyecciones de la Oficina de Central de Estadística e Informática (OCEI)

2. Las cifras de gasto del MSDS (MSAS hasta 1999) y del gasto público total corresponden a los cálculos de la Oficina Central de Presupuesto (OCEPRE). No se incluyen los gastos de los estados (provenientes del situado constitucional) ni de los municipios.

3. El gasto público total incluye las asignaciones de la administración descentralizada.

4. Las cifras del PIB a precios corrientes y a precios constantes provienen del Banco Central de Venezuela

5. La tasa de cambio de 1995 fue tomada de Baptista (1997). La tasa de cambio de 1996 proviene de OCEPRE (s/f). Para 1997-2000 corresponde a la tasa promedio diaria.

El gasto del MSDS representó 1,25% del PIB en 1995. Para el año 2000 este porcentaje había ascendido a 1,61. El gasto total público mínimo (de salud) representó en 2000 el 2,56% del PIB total. Estos cálculos difieren sustancialmente de las estimaciones internacionales que asignan a Venezuela un gasto total per cápita de 68 dólares para 1997 (WHO 2000). Tan sólo el gasto per cápita mínimo proveniente de fuentes públicas para ese año alcanzó los 95,05 dólares. Dado que el porcentaje de gasto público mínimo es 2,56%, es poco probable que el gasto total alcance la cifra estimada por la OPS para Venezuela en 1996 equivalente a 9,6% con respecto al PIB total (PAHO 2000).

A pesar de que no existen estimaciones del total de gasto privado para el país en el período señalado, es posible inferir que el gasto total no debe alcanzar la cifra señalada por PAHO. Evidencias relacionadas con la cobertura de seguros privados indican que el porcentaje de estos gastos ascendió a 0.56% del PIB total en 1998. Dado que una parte de estas primas son financiadas por recursos públicos, a través de modalidades de seguros que involucran a institutos autónomos o universidades públicas, es poco probable que el gasto total del país corresponda a la estimación de PAHO.

La comparación internacional de las cifras de gasto per cápita de Venezuela es limitada por las siguientes razones. En primer lugar, no se cuenta con cálculos del componente privado del gasto en salud. En segundo lugar, el componente público no incluye lo relacionado con el gasto proveniente de los estados y municipios. A pesar de estas limitaciones se pueden realizar algunas inferencias utilizando las últimas estimaciones de la OMS (WHO 2000) para 1997.¹

De acuerdo a lo presentado en la Tabla 2, el gasto público per cápita de Venezuela en 1997 era al menos 95,05 dólares. De acuerdo a las estimaciones de la OMS para el mismo año, el componente público de dicho gasto representaba el 67.4% (ver Anexo 8 de WHO 2000). Si asumimos esta distribución, es posible señalar que el gasto total era al menos 141 dólares per cápita. La estimación de la OMS para ese año coloca el gasto per cápita total en 150 dólares. Es posible inferir que el componente de gasto de los estados y municipios no es mayor al 10% del gasto público total con lo cual se puede asumir que el estimado de la OMS es bastante cercano a la realidad, siempre y cuando el gasto privado no sea superior al 32.6% del gasto total.

De acuerdo al método utilizado por la OMS, el gasto total de Venezuela es equivalente a 298 dólares internacionales. Comparando esta cifra con el gasto per cápita en el contexto de América Latina se encuentra lo siguiente. El gasto per cápita de Venezuela es menor que el de los siguientes países (para 1997): Uruguay (849 dólares), Argentina (823 dólares), Chile (581 dólares), Colombia (507 dólares), Costa Rica (489 dólares), Panamá (449 dólares), y Brasil (428 dólares). Todos los restantes países tienen un menor gasto per cápita que Venezuela.

¹ La comparación se realizó tomando en cuenta la Tabla 8 del informe de OMS (WHO 2000), por cuanto los cálculos presentados en el Anexo 1 no son compatibles con los resultados de nuestra estimación.

III. Desempeño del sector salud de Venezuela

En el contexto de América Latina y el Caribe, el desempeño del sistema de salud de Venezuela se puede caracterizar de acuerdo a las siguientes comparaciones:

A. Condiciones de salud y coberturas

Las condiciones de salud de Venezuela, expresadas específicamente en términos de la mortalidad materno-infantil, son compatibles con las de otros países de menor desarrollo relativo. Las causas de muertes en menores de 1 año y en el grupo de 1-4 años fueron altamente prevenibles (85% y 73% respectivamente) en 1996 (González 1998a), tal como se señala en la Tabla 3.

Los altos porcentajes de mortalidad prevenible, especialmente en los grupos de edad menores de cuatro años, indican las limitaciones para la implementación de programas costo-efectivos en el área materno-infantil. Por otra parte, Venezuela ilustra con claridad que el desempeño del sector salud no es necesariamente función de la riqueza económica. A pesar de contar con el ingreso per cápita más alto de América Latina y el Caribe en buena parte de las décadas de los sesenta y setenta, las condiciones de salud, expresadas en este caso por la tasa de mortalidad infantil, eran superadas por países de menor ingreso relativo. Para 1994 el país había sufrido las consecuencias de los desequilibrios macroeconómicos de la década de los ochenta y comienzos de los noventa. Sin embargo, tal como lo demuestra el gráfico 1, otros países de menor grado de desarrollo económico

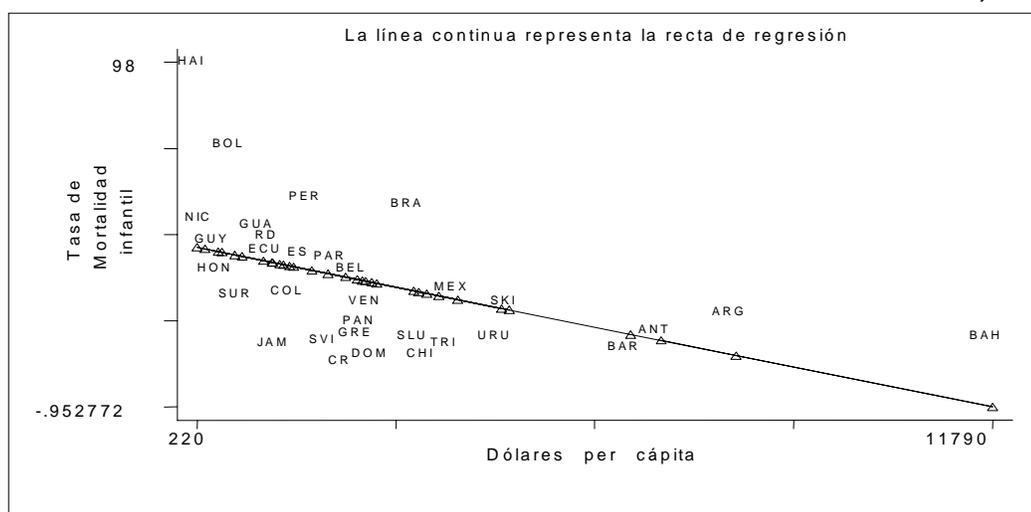
presentaban mejores condiciones de salud expresadas en términos de la tasa de mortalidad infantil. Es posible que en la comparación con otros indicadores de salud esta situación sea diferente. Sin embargo, este tipo de comparación no está disponible en las fuentes consultadas.

Tabla 3
CLASIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD POR GRADO DE PREVENCIÓN Y GRUPOS DE EDADES.
VENEZUELA, 1996
(Porcentajes)

	Población general	Menores de 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65-74 años
Altamente prevenible	23,30	85,23	73,73	30,96	20,95	9,95	7,91
Moderadamente prevenible	49,06	1,57	8,89	22,49	50,34	51,86	57,61
Poco prevenible	27,64	13,21	17,38	46,54	28,71	38,19	34,48
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: González, 1998.

Gráfico 1
MORTALIDAD INFANTIL Y PIB EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1994



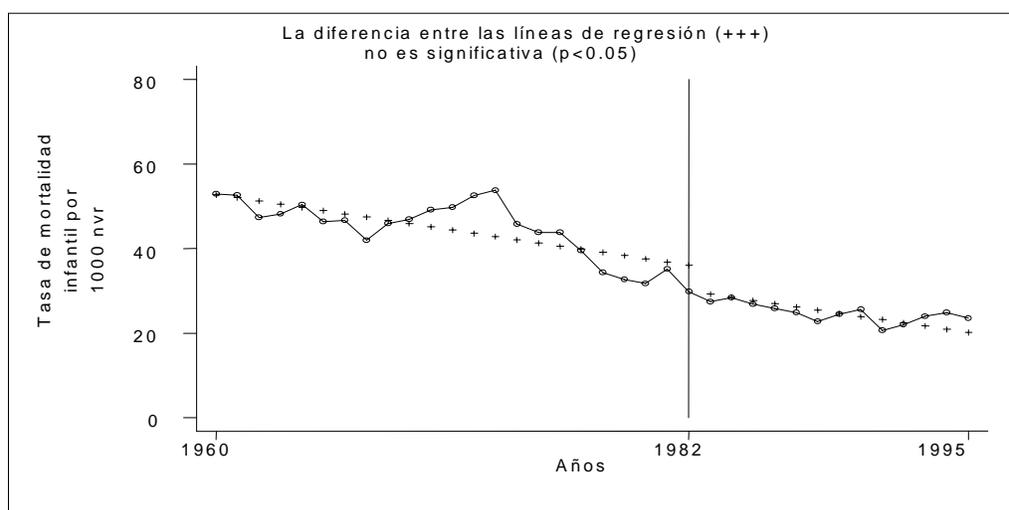
De manera similar a las condiciones de salud, las coberturas del sistema, al menos en las relacionadas con actividades prioritarias y altamente costo-efectivas, expresan déficits sustanciales. Alrededor de 1990 la cobertura de servicios materno-infantiles de Venezuela era superada por todos los países de la Región excepto por la cobertura de los siguientes países: Haití, Ecuador, Paraguay, Bolivia, Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Perú (González 1999). Todos estos países presentan un desarrollo relativo inferior al de Venezuela.

B. Condiciones de salud y crecimiento económico

A pesar de que el desempeño del país con relación a las condiciones de salud ha sido incompatible con su nivel desarrollo económico, el mejoramiento de las condiciones de salud se ha sostenido, al menos en lo que se refiere a la salud materno-infantil. El gráfico 2 expresa que la tendencia de disminución de la tasa de mortalidad infantil se ha mantenido inalterable en el período

1960-1995, independientemente de la gran disminución del ingreso per cápita del país experimentada desde principios de los ochenta. Sin embargo, es conveniente alertar que lo experimentado por la tasa de mortalidad infantil en modo alguno debe considerarse como representativo de otras condiciones de salud a pesar de que las tasas de mortalidad neonatal, postneonatal y materna se comportan de la misma manera. Por otra parte, debe destacarse que la última cifra de mortalidad infantil reportada correspondiente al año 1999 tiene un valor de 19,1 muertes por cada 1000 nvr, la cual representa una disminución de más de 4 puntos con respecto al valor de 1996. Sin embargo, debe señalarse que varios estados del país ya presentan la estabilización de algunas de las tasas de mortalidad materno-infantil. Otras evidencias señalan que tasas específicas de mortalidad, como por ejemplo las relacionadas con la nutrición, han experimentado aumentos significativos en las dos últimas décadas (García 2000).

Gráfico 2
MORTALIDAD INFANTIL Y EVOLUCIÓN ECONÓMICA EN VENEZUELA, 1960-1995



C. Condiciones de salud y factores externos al sistema de salud

Las deficiencias del desempeño del sistema de salud han sido probablemente suplidas por la influencia de otros sectores, especialmente lo relacionado con la educación de las mujeres, el saneamiento básico y la disminución de la tasa de fertilidad. El gráfico 3 presenta la relación entre la escolaridad femenina y la tasa de mortalidad infantil en países de América Latina y el Caribe. Venezuela se encuentra sobre la línea de regresión. Igual sucede en el caso de la cobertura de servicios de agua. Sin embargo, existen evidencias que señalan que el factor más determinante en el mejoramiento de los indicadores de mortalidad materna e infantil (que representan la mayor proporción de mortalidad prevenible en el país) no es el ingreso per cápita. El gráfico 4 señala que la tasa de mortalidad infantil es más baja que el valor esperado para la cobertura de servicios materno-infantiles en el sector salud.

Gráfico 3

MORTALIDAD INFANTIL Y EDUCACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990s

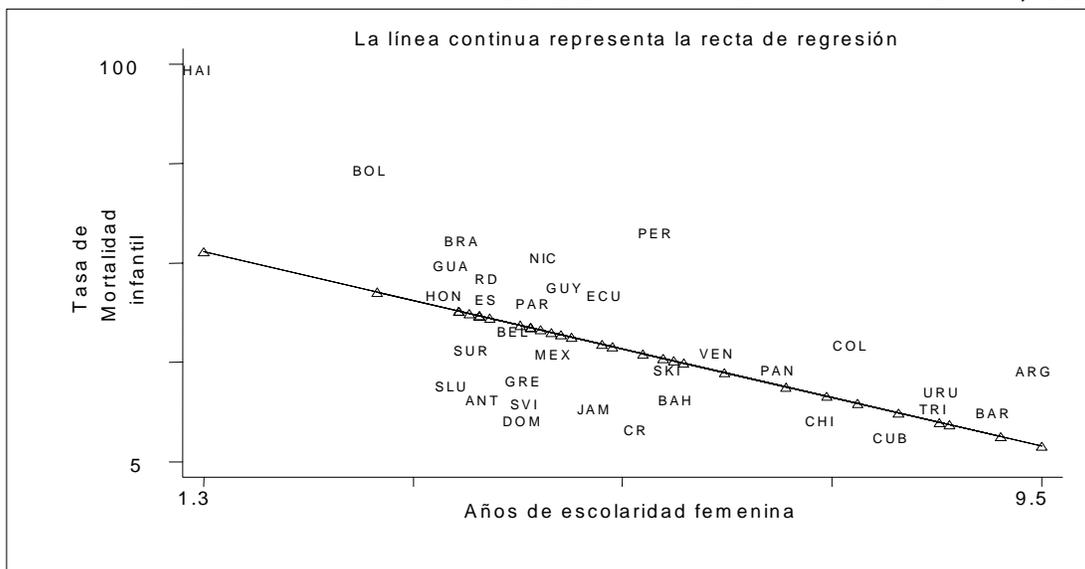
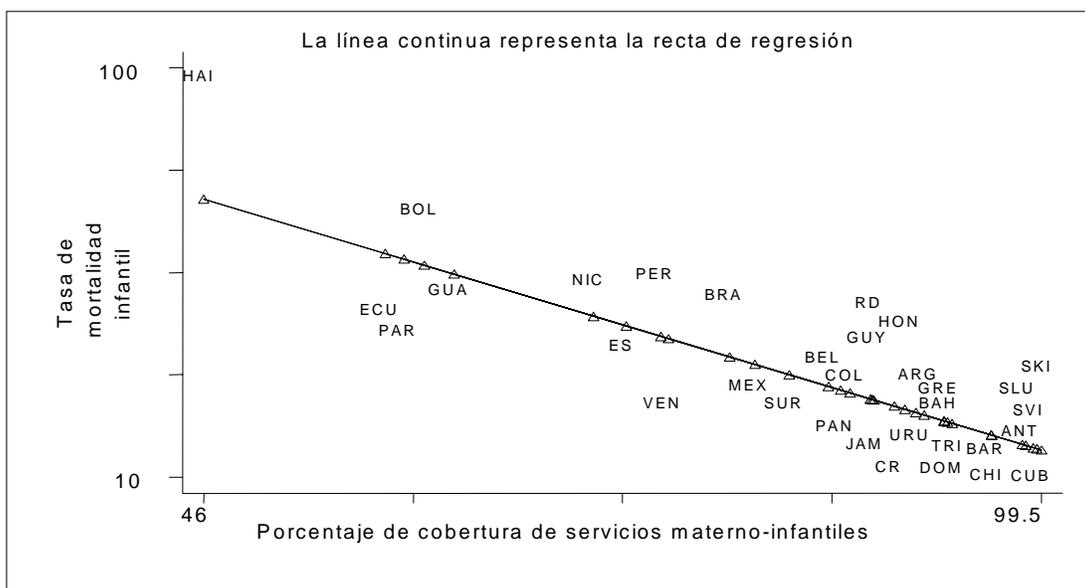


Gráfico 4

MORTALIDAD INFANTIL Y SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990s



D. Desempeño del sistema de salud público y recursos asignados

Dadas la proporción de recursos del sector salud con respecto al PIB total y el monto de gasto total per cápita, el desempeño del sistema de salud en Venezuela es inadecuado (González 1997). Tal condición también se manifiesta cuando se comparan los recursos disponibles en términos de recursos humanos. Las limitaciones del sector público para una asignación más efectiva de recursos y la ausencia de complementariedad de los servicios públicos y privados pueden ser algunos de los factores que pueden explicar esta situación.

IV. Las reformas en perspectiva

Desde 1987 Venezuela ha ensayado diferentes tipos de reformas para encarar las dificultades de su sistema de salud. Escapa a la intención de este trabajo analizar en detalle las implicaciones y características de esas reformas. Esta sección presentará los aspectos fundamentales de tales reformas y señalará las principales lecciones de su diseño e implementación.

A. Sistema Nacional de Salud (1987)

Luego de un intenso debate de varios lustros, el Congreso Nacional de 1987 aprueba la Ley del Sistema Nacional de Salud según la cual se establecía un período de 10 años para la integración de las principales instituciones de salud del país: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), entre otras. A pesar de que la Ley fue aprobada por unanimidad, varias razones influyeron para que su implementación fuera muy limitada.

En primer lugar la Ley fue aprobada en un contexto político caracterizado por un debilitada capacidad para imponer visiones centralizadoras de la gestión pública. Al año siguiente de la aprobación de la Ley, Venezuela inició un proceso de descentralización abierto y plural en cual no había mayor cabida para la centralización de grandes entes públicos. De manera que la Ley del Sistema Nacional de Salud se encontró con un contexto político

mucho más complejo y con participación de distintos niveles de gobierno. Más aún, la Ley fue utilizada como contra-argumento a las exigencias de descentralización que fueron iniciadas especialmente en el sector salud.

En segundo lugar la Ley se concentró en la reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) con la creación de sub-sistemas en distintas áreas de competencia. Los aspectos financieros fueron poco desarrollados en la legislación. Se pretendía una integración financiera en el mediano plazo sin tomar en cuenta que existían múltiples razones históricas e institucionales que limitaban tal posibilidad.

Un tercer aspecto que influyó en el resultado final fue que las responsabilidades para la implementación de la Ley tenían un plazo de cumplimiento que resultó a todas luces excesivamente largo. Además, las capacidades técnicas e institucionales para tal implementación no estaban desarrolladas con la suficiente profundidad.

Finalmente, el cuarto factor es de naturaleza política y económica. La aprobación de la Ley del Sistema Nacional de Salud es realizada por un gobierno a punto de finalizar su gestión administrativa. Los eventos de 1988 y 1989 que produjeron cambios en los enfoques de política económica y contribuyeron a una reestructuración del cuadro institucional del país, especialmente por el desarrollo de la descentralización, demostraron que la plataforma técnico-ideológica en la cual estaba formulada la Ley, resultaba incoherente con las tendencias presentes en el nuevo contexto del país.

Como resultado de todos estos factores la Ley del Sistema Nacional de Salud tuvo una implementación limitada. Se produjo la reestructuración del MSAS para adaptarse a los nuevos planteamientos. Pero más allá de eso la Ley sólo sirvió para que los oponentes del proceso de descentralización en marcha tuvieran argumentos legales. La elección de los gobernadores y alcaldes en diciembre de 1989 y la pugna que se generó entre los actores políticos por el control del proceso, señalaron lo obvio: la Ley del Sistema Nacional de Salud no representaba ninguna alternativa de reforma.

B. Descentralización de los servicios de salud a partir de 1989

Desde finales de 1989 Venezuela inició un proceso de descentralización de servicios de salud que ha conducido a la configuración de un sistema con la participación de distintos niveles de gobierno. Se ha señalado que en propiedad el país ha desarrollado un sistema intergubernamental de salud (González 1999). La característica fundamental de este sistema es que cada nivel de gobierno es electo por los ciudadanos y, en consecuencia, los gobiernos subnacionales y locales son responsables tanto al nivel central como ante los ciudadanos. La dinámica de este proceso no ha cesado pero su sistematización apenas se ha realizado.

Un primer esfuerzo por evaluar los impactos del proceso de descentralización en el desempeño de las instituciones públicas estatales se encuentra descrito en González (1997). En este trabajo se presenta un marco conceptual y metodológico para el estudio de los procesos de descentralización en el sector salud, especialmente en el caso de Venezuela y, se analizan los cambios en las condiciones de salud en dos tipos de estados (descentralizados y no descentralizados). Los estados descentralizados seleccionados fueron los siguientes: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, y Falcón. Los estados no-descentralizados fueron: Guárico, Nueva Esparta, y Portuguesa.

A pesar de las limitaciones para completar las series históricas requeridas para la evaluación, en el trabajo se señala que sólo en uno de los estados descentralizados se produce el aumento de una de las tasas de mortalidad (de las cuatro evaluadas) luego de la descentralización. Los otros

aumentos se producen en uno de los estados no-descentralizados. Sin embargo, el hecho de que las tasas no hayan disminuido luego de la descentralización debe asociarse más bien con el efecto de las variaciones en el desempeño de los servicios. Sólo se puede concluir que el proceso de descentralización no ha repercutido en un aumento de las tasas. Con relación al desempeño de los servicios, se detectó que los estados descentralizados habían aumentado las coberturas de las consultas de prenatal, infantiles y preescolares. La cobertura de estas consultas había disminuido en los tres estados no-descentralizados. La cobertura de servicios de planificación familiar disminuyó más en los estados no-descentralizados que en los descentralizados. Los estados descentralizados aumentaron en mayor proporción las coberturas de inmunizaciones que los estados no-descentralizados.

Con relación al análisis de los determinantes del desempeño de las instituciones públicas de salud, el estudio señala que los estados descentralizados han incluido los programas materno-infantiles como una prioridad en mayor proporción que los estados no-descentralizados. Así mismo, se reporta una mayor capacidad de los estados descentralizados en las funciones de planificación y evaluación que los no-descentralizados. Sin embargo, debe destacarse que estas diferencias han podido estar afectadas por el hecho de que los estados descentralizados han formado parte de programas de financiamiento multilateral lo cual supone un mayor énfasis en estos procesos. Es decir, las diferencias no pueden adjudicarse exclusivamente al proceso de descentralización.

Un análisis más reciente (Mascareño 2000) reporta las innovaciones institucionales desarrolladas por algunos de los estados descentralizados tales como Carabobo, Lara, Zulia, y Sucre. En líneas generales el proceso de descentralización de servicios de salud ha contribuido a configurar un sistema de instituciones de gran complejidad a través de la implementación de los convenios acordados entre el nivel central y los estados. La transferencia de responsabilidades a los estados ha promovido un mayor interés y preocupación por mejorar el desempeño de las instituciones, especialmente las Secretarías e Institutos estatales que resultaron de la conversión de las instancias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), ahora transformado en Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

Sin embargo, un rasgo característico de las primeras etapas del proceso de descentralización ha sido la dificultad para establecer líneas de trabajo conjunto entre los niveles centrales, por una parte, y los estados y municipios, por la otra. Finalmente, debe señalarse que el proceso de descentralización ha contribuido a desarrollar una mayor preocupación por los procesos institucionales tanto en la formulación de políticas y programas, en la asignación de recursos, y en la incorporación de sistemas de seguimiento y evaluación de la gestión pública en el sector. A pesar de que los avances han sido limitados, esta preocupación es uno de los ejes más importantes de la profundización de la descentralización como reforma clave en el sistema de salud de Venezuela.

C. Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (1992)

Para finales de los ochenta la situación financiera del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) era crítica. En 1989 se calculó que la pérdida de valor del Fondo de Pensiones era equivalente al 2 por ciento del PIB de ese año (Márquez 1992). Al igual que las instituciones de seguros públicos de otros países de la Región, el IVSS empezó a confrontar déficits crónicos especialmente en el financiamiento de la atención a la salud de la población afiliada. Dichos déficits fueron debidos, entre otras razones, a que los porcentajes de cotización no eran compatibles con el tipo y cantidad de servicios prestados. Otros factores como las debilidades gerenciales de las instituciones y la ausencia de controles de usuarios y prestaciones agravaron la viabilidad de estos

fondos. El déficit operativo era financiado con recursos provenientes de los fondos de pensiones con lo cual también se afectó la viabilidad de estos últimos, especialmente cuando aumentó la proporción de pensionados con relación a los contribuyentes.

En el caso del IVSS el Fondo de Atención Médica ha sido deficitario desde 1981. El déficit operativo se incrementó de 3,6 % en 1981 a 44,99% en 1991 (cálculos propios de acuerdo a Malagardis 1994). De manera que a principios de los noventa la situación del Fondo era insostenible: casi la mitad los ingresos eran provenientes de fuentes no relacionadas con las cotizaciones específicas. Además de esta situación específica del Fondo de Atención Médica, el IVSS presentaba una disminución de las reservas técnicas que impedían reponer el valor de los Fondos a su equivalente de 1978.

En este contexto se hacía imprescindible la definición de una reforma del IVSS que estableciera las pautas de viabilidad financiera y la separación de los fondos (Pensiones, Atención Médica, y Paro Forzoso o de desempleo). En octubre de 1992 el Congreso de la República aprueba una Ley de Crédito Público para el financiamiento del plan de reestructuración del IVSS. Por medio de esta Ley el Congreso autoriza al Ejecutivo Nacional para emitir y colocar títulos de la deuda pública para financiar la deuda operativa y los gastos de reestructuración del IVSS así como para recapitalizar el Fondo de Pensiones. Para la implementación de la transferencia de recursos se constituye un fideicomiso en el Fondo de Inversiones de Venezuela (FIV). Los recursos serán transferidos de acuerdo al cumplimiento del convenio de reestructuración por parte del IVSS.

El contenido del convenio de reestructuración enfatiza los siguientes aspectos:

- a. Concentración del IVSS en las tareas de dirección, coordinación y supervisión, más que en la prestación de servicios.
- b. Establecimiento de regímenes especiales para la ampliación de la cobertura, especialmente para los trabajadores por cuenta propia, y a los trabajadores de los sectores agropecuario y pesquero.
- c. Separación definitiva (contable y actuarial) de los tres fondos del IVSS. Para ello se requería dotarlos de la personalidad jurídica respectiva y de las transferencias provenientes de los ingresos de las cotizaciones.
- d. Definición de las vías de financiamiento que aseguraran la viabilidad de los tres fondos.
- e. Reestablecimiento del patrimonio del Fondo de Pensiones.
- f. Modernización del seguro de paro forzoso a través de la reestimación de la tasa de cotización y la incorporación de los cesantes en programas de reentrenamiento y capacitación.
- g. Reorganización del Fondo de Atención Médica para que se concentre en las funciones de regulación y supervisión y, al mismo tiempo, promover que los centros de atención de salud adquieran personalidad jurídica y autonomía funcional. También se propuso el establecimiento de un sistema de baremos de servicios para cancelación de servicios tanto a prestadores públicos como privados.

A pesar de que la reforma incluía aspectos sobre los cuales existía un aparente consenso dentro y fuera del gobierno, la implementación de la reestructuración es un tópico sobre el cual no existe mayor información. Podemos inferir que el seguimiento parlamentario de la reforma no fue sistemático y que algunos de los aspectos técnicos incorporados en la reforma exigían la realización de estudios detallados. Por ejemplo, la definición de los regímenes especiales y los análisis actuariales de los fondos son aspectos que aún hoy en día están pendientes. La importancia del análisis de la implementación de esta reforma es todavía más prioritaria si pensamos que las

reformas diseñadas posteriormente (por ejemplo, la de 1998) fueron también modificadas o paralizadas. Más aún, la reforma del IVSS en la actualidad, y que detallaremos en la última sección, contiene grandes similitudes con la reforma de 1992. En general puede señalarse que ni el IVSS ni el gobierno central, ni el Congreso Nacional pusieron el empeño suficiente para aprender de la implementación de esta reforma. Tal debilidad resultaría muy costosa en el mediano plazo. En la práctica la reforma ha quedado diferida en el tiempo por un período muy largo.

D. La Reforma de la Seguridad Social (1998)

Tal como señalamos en el apartado anterior, la ausencia de una implementación sistemática de los contenidos de la reforma de 1992 agravó la situación financiera e institucional del IVSS. La estimación más fidedigna de esta situación es una tarea ardua y poco realizada porque los sistemas de información y las fuentes de registros no permiten una adecuada sistematización. Puede señalarse, por ejemplo, que los estudios actuariales específicamente del Fondo de Atención Médica son prácticamente inexistentes. Un estudio realizado en 1993 (Wilkin 1993) fue basado en los datos disponibles para ese momento. Aparentemente no se dispone de ningún otro estudio actuarial sobre el Fondo de Atención Médica en los últimos siete años.

El agravamiento de la crisis del IVSS y la necesidad de resolver el problema de los pasivos laborales tanto en el sector público como en el privado, fueron algunos de los factores asociados a la definición de una nueva estrategia de reforma a finales de 1998. Dicha estrategia consistía en la aprobación de una Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y de leyes complementarias dependiendo de los fondos en cuestión (por ejemplo, Ley del Subsistema de Pensiones, Ley del Subsistema de Salud, entre otros). Tal aprobación se realizó a través de una habilitación del Congreso al Poder Ejecutivo, particularmente para las leyes complementarias.

En el caso específico del sistema de salud las limitaciones más importantes de la reforma son las siguientes:

1. La reforma de 1998 mantiene el fraccionamiento del financiamiento público de la salud al reiterar la dualidad entre cotizantes y no cotizantes. La tendencia universal en esta materia es promover sistemas de financiamiento que integren las fuentes de recursos públicos aunque las prestaciones puedan ser diferenciadas. Más aún, la reforma de 1998 establece un subsidio de los sectores más pobres a los sectores medios. El artículo 23 del Decreto Ley del Subsistema de Salud garantiza el financiamiento por la vía fiscal del Fondo Solidario de la Salud. Los cálculos financieros más conservadores señalan, desde comienzos de la década de los noventa, que el Fondo de Atención Médica del IVSS es deficitario al menos en un 50%. Preservar el financiamiento fiscal es continuar subsidiando a los sectores medios, especialmente cuando la tasa de cotización se mantendría en 6,25% sobre el salario y se elevaría a 8,5% apenas el 1 de enero de 2001. De esta manera los sectores vinculados a la economía formal seguirán contando con los recursos del Estado mientras la mayoría de la población que se encuentra en la economía informal y que pertenece a los estratos más pobres (según cálculos conservadores equivalente al 60% de la población) recibirá los servicios de un Fondo de Asistencia Social probablemente muy deficitario, habida cuenta que son estos sectores sociales los que más requieren servicios de salud.
2. A diferencia de su homóloga colombiana (la Ley 100 de 1993), la reforma de 1998 fragmenta el comando institucional del sector salud en tres instancias de la administración central: Ministerio de Hacienda (ahora Ministerio de Finanzas), Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, y Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. La creación de

organismos de supervisión, regulación y financiamiento en estos entes agudiza la endeble capacidad estratégica y de gestión del sistema público de salud.

3. Se introducen indiscriminadamente mecanismos de competencia regulada en el financiamiento y prestación de servicios públicos de salud. Estos mecanismos no son compatibles con el grado de desarrollo institucional del sector público, especialmente en las áreas de información, contabilidad de costos, regulación financiera, y determinación de prestaciones sanitarias.
4. La reforma de 1998 obvia el proceso de descentralización de servicios de salud. Al establecer nuevas estructuras de intermediación financiera y prestación, se excluye a los estados y se coarta la posibilidad de construir un sistema intergubernamental de salud acorde con sus éxitos y debilidades de los últimos diez años.

En diciembre de 1998 se elige un nuevo gobierno que ofrece revertir las reformas de la seguridad social, especialmente lo referente a la eliminación del IVSS (que había sido aprobada en las Leyes susodichas). El gobierno fue habilitado por el Congreso para reformar y aprobar un gran número de Leyes incluyendo las de la seguridad social. En octubre de 1999 el gobierno modificó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Integral (LOSSI) en cuatro aspectos sustantivos, a saber:

1. La conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social (artículo 12). Se eliminó la representación de la Federación Médica Venezolana, de los gremios profesionales y de los jubilados y pensionados. También se eliminó la inclusión de seis miembros representativos de las organizaciones laborales y empresariales seleccionados de manera paritaria. Se eliminó la representación expresa de la CTV y de Fedecámaras. Los representantes empresariales y de los trabajadores serán seleccionados conforme a la representatividad de sus respectivas asociaciones.
2. Se detallan las características del Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral (SEREISSI) y se responsabiliza al IVSS de su dirección.
3. Se aprueba una nueva adscripción para el Fondo de Solidaridad Intergeneracional (pensiones) y el Fondo Solidario de Salud. El primero se coloca bajo la dependencia del IVSS (en la Ley de 1998 estaba en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). El segundo se coloca bajo la responsabilidad del MDSD, al igual que el Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo, y Largo Plazo.
4. Se revierte la decisión de eliminar el IVSS y se aprueba que se someta a un proceso de reconversión a partir del 1 de enero de 2000. Al mismo tiempo se modifica el órgano de dirección del IVSS. Se crea una Junta Directiva de tres miembros en sustitución del anterior Consejo Directivo. Todos los miembros de la Junta Directiva serán nombrados por el Presidente de la República a proposición del Consejo Nacional de la Seguridad Social.

A pesar de que la adscripción del Fondo Solidario de Salud al MSDS es un paso de avance en la integración inteligente del financiamiento público de salud, la persistencia de la dualidad de comando queda expresada en el mantenimiento del IVSS, especialmente cuando se le otorgan facultades para un nuevo proceso de reconversión. Sin embargo, en la práctica, el gobierno no aprobó la legislación adicional necesaria para implementar la reforma. Se trasladó a la Asamblea Nacional electa en julio de 2000 esa responsabilidad.

La revisión de las reformas fallidas de 1998 y 1999 refuerza algunas de las limitaciones de procesos anteriores. En primer lugar, estas reformas se asumieron desconociendo en gran parte el marco institucional, especialmente en lo referente al IVSS. Es claro que no puede haber un proceso amplio de reforma sin conocer con cierto nivel de detalle la realidad concreta del IVSS. La reforma

de 1998 asumió que era posible eliminar el IVSS sin que se generara una reacción institucional. La reforma de 1999, por su parte, revierte la eliminación del IVSS sin un marco general de políticas que presione por la corrección de los errores en el manejo de esta institución.

En segundo lugar, ambas reformas fortalecen la necesidad de explorar consensos de mediano plazo fundados en criterios técnicos establecidos. En tercer lugar, ambas reformas señalan las debilidades del proceso de toma de decisiones en materia de seguridad social desde la perspectiva del gobierno central. Por los resultados, especialmente en la reforma de 1999, pareciera que no hubo una adecuada estimación de las implicaciones macroeconómicas, financieras, fiscales, e institucionales de la reforma global. Finalmente, otra de las enseñanzas es que la reforma del sector salud puede ser diferente a la que se establezca en el área pensional. De esta manera se podría haber evitado la parálisis general de la reforma de la seguridad social con sus consiguientes repercusiones especialmente en las áreas económica e institucional.

Como resultado de estos dos últimos intentos, la reforma del sector salud en Venezuela sigue siendo un tópico de especial relevancia. Los problemas estructurales del sector requieren que se realice una reconceptualización de las opciones de políticas más viables y realistas. El contenido de estas opciones de reforma será detallado en la próxima sección.

V. Opciones de reforma en el sistema de salud de Venezuela

La definición de las opciones de reforma en el sistema de salud de Venezuela debe tomar en cuenta tanto las acciones al interior del sistema de salud como las acciones en otros ámbitos de políticas que son especialmente relevantes como por ejemplo: sistema educativo, sistema de servicios básicos y de saneamiento ambiental, sistema demográfico, y el sistema económico. En líneas generales los objetivos de la reforma deben ser el aumento de la cobertura de los servicios prestados especialmente por las instituciones públicas y la introducción de mejoras sostenidas en la calidad de la prestación.

La viabilidad y sostenibilidad de la reforma del sector dependen también de la influencia de los siguientes factores: (1) estabilización del crecimiento económico con creación de empleo especialmente en el sector formal, (2) desarrollo en paralelo de reformas de la administración pública orientadas al desempeño con la incorporación de nuevos mecanismos de asignación de recursos y mejoramiento de la gestión pública, (3) coordinación de acciones con el sector privado especialmente en las áreas de financiamiento, prestación de servicios, y producción de insumos y tecnologías, y (4) consolidación de la descentralización especialmente en los aspectos institucionales y fiscales.

A los efectos de caracterizar las reformas se puede señalar tres grandes tipos: financieras, relacionadas con la organización general del sistema, y las relacionadas con la prestación de servicios.

A. Reformas en el financiamiento general del sistema

Las reformas financieras deben apuntar a la coordinación del financiamiento público para garantizar la cobertura universal independientemente de la capacidad de pago. La premisa que fundamenta esta orientación es el rol indelegable que tiene el sector público en la optimización de la inversión social especialmente en el sector salud. Para ello es fundamental la coordinación de las tres fuentes de recursos públicos más importantes como son: los recursos fiscales transferidos directamente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS); las contribuciones de la seguridad social, especialmente las del IVSS; y los recursos fiscales asignados a los estados y municipios como transferencias intergubernamentales (situado constitucional).

La coordinación del financiamiento público supone reconocer, en primer lugar, que una proporción importante de la población económicamente activa realiza contribuciones a la seguridad social a través del IVSS o de otras instituciones de seguridad social. Sin embargo, estas contribuciones son insuficientes para compensar los costos de las prestaciones. En el caso específico del IVSS se ha producido un financiamiento proveniente de los fondos pensionales que han debido ser acumulados. Por lo tanto las contribuciones en realidad son deficitarias. Sin embargo, cualquier esfuerzo de coordinación no puede desconocer la aspiración de los sectores que realizan contribuciones para contar con servicios adecuados en términos de cobertura y calidad. En consecuencia, se impone una revisión exhaustiva del potencial contributivo en relación con los costos reales de los servicios. Los costos de las prestaciones que no pudieran ser sufragados por la vía contributiva podrían ser compensados por la vía fiscal a través de convenios o arreglos específicos.

En otras palabras, es necesario avanzar hacia la determinación de un presupuesto global público que establezca las posibilidades de financiamiento tanto por la vía contributiva como por la vía fiscal. Es muy posible que se deba mantener por un largo período de tiempo ambos tipos de contribuciones. La manera como se podrán ir reduciendo las contribuciones dependerá de las capacidades institucionales y políticas y de la utilidad y efectividad de algunos arreglos parciales. Por ejemplo, la separación del Fondo de Atención Médica y su financiamiento depende de los arreglos que se establezcan entre aquellos que financian y reciben servicios, lo cual incluye tanto a los trabajadores como a los empresarios. La estrategia de financiamiento debe evitar la dependencia de los recursos fiscales a menos que ello sea acordado por sus integrantes.

La coordinación del financiamiento público supone el reconocimiento y estímulo para la existencia de múltiples regímenes compatibles con los objetivos generales del sistema. Es decir, se pretende que el financiamiento público sea discriminado y conocido, aunque ello no implique su unificación. La consolidación de un sistema de esta naturaleza debe descansar sobre el conocimiento detallado de los aportes individuales y familiares así como de los servicios recibidos, los costos de estos servicios y los aportes fiscales en el caso que los hubiera. Todo ello puede hacerse sin necesidad de crear nuevas instituciones y sin unificar los fondos públicos. Las prioridades de asignación de recursos deben formularse tomando en cuenta las necesidades de salud y los adecuados criterios de costo-efectividad. La responsabilidad del nuevo Ministerio de Salud y Desarrollo Social en la coordinación de estas funciones abarca tanto el seguimiento como la programación y evaluación de la inversión pública.

B. Reformas de la organización del sistema de salud

Las reformas organizativas deben estar relacionadas con la consolidación de un sistema intergubernamental de salud. Hasta la fecha el proceso de descentralización se ha basado en el cumplimiento de los convenios de transferencias entre el gobierno central y los estados. Estos

convenios han sido firmados por 17 estados (sobre un total de 24). Sin embargo, el funcionamiento adecuado de un marco general de descentralización debe fortalecerse. Por ejemplo, los presupuestos asignados a cada estado deben elaborarse de acuerdo a pautas más exigentes en cuanto a la definición de problemas y prioridades de salud y al seguimiento de las acciones o programas de acuerdo a indicadores de desempeño y eficiencia. Tal requerimiento es fundamental para que las responsabilidades de estados y municipios, así como del nivel central, sean plenamente cumplidas.

En líneas generales, la consolidación del sistema intergubernamental de salud supone la definición e implementación de criterios de asignación vinculados con aspectos poblacionales y epidemiológicos para poder incorporar las diferencias de cada estado y municipio. Paralelamente se deben fortalecer y optimizar los procesos de planificación, seguimiento y evaluación tanto en el nivel central como en los estados. Desde esta perspectiva es crucial que los presupuestos se conviertan en expresión de convenios plurianuales de planificación de la inversión pública.

Por otra parte, la consolidación de este sistema intergubernamental de salud implica la conversión del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) en una fundamentalmente coordinadora y estratégica. Para ello el MSDS debe concentrarse en la definición de estrategias nacionales y estar atento a la efectividad, equidad y eficiencia general del sistema. Desde esta perspectiva el MSDS debe acompañar la gestión de los niveles estatales y locales y coordinar la incorporación y evaluación de nuevas tecnologías.

Finalmente, debe ser responsabilidad del MSDS la realización de una articulación más adecuada entre los sectores públicos y privados de la salud. Esta tarea debe combinar el cumplimiento de las siguientes funciones. En primer lugar, debe establecerse un marco de responsabilidades para garantizar el financiamiento general del sistema de salud. En segundo lugar, debe promoverse el intercambio de experiencias de gestión y de definición de prioridades en ambos sub-sistemas. Ello puede significar incluso la implementación de intervenciones conjuntas en áreas consideradas como prioritarias. En tercer lugar, ambos subsistemas pueden coadyuvar para facilitar información sobre tecnologías y medicamentos, así como en la integración de esfuerzos en la investigación y la prestación de servicios especializados. Finalmente, la acción mancomunada de ambos sectores es crucial para mejorar la información de la comunidad con relación a los riesgos a la salud.

C. Reformas en la prestación de servicios

Desde el punto de vista de las prioridades de atención, Venezuela presenta una combinación de intervenciones relacionadas con la prevención de enfermedades infecciosas y nutricionales, así como aquellas relacionadas con enfermedades crónicas. Tal combinación se debe a que en Venezuela coexisten dos patrones epidemiológicos. El primero de ellos es característico de los países en las primeras fases de la transición epidemiológica. El segundo es el característico de aquellos países en los cuales se encuentran grupos poblacionales con afecciones compatibles con las del mundo desarrollado. De hecho en Venezuela, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y los diferentes tipos de cáncer han sido las principales causas de mortalidad desde hace más de veinte años. Sin embargo, las deficiencias en la atención de ambos tipos de problemas exigen nuevas estrategias y prioridades.

Dentro de las prioridades de atención para las próximas etapas del sistema de salud de Venezuela se encuentran, en primer lugar, las relacionadas con el área de servicios materno-infantiles tales como los programas de suplementación nutricional, la cobertura de inmunizaciones a la población materno-infantil, la atención prenatal y el mejoramiento de la calidad de la atención del parto. En segundo lugar, se debe enfatizar el mejoramiento del control de las enfermedades

endémicas como la malaria, dengue, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, y tuberculosis. Algunas de las enfermedades endémicas pueden ser erradicadas del país si se logra combinar la detección precoz con el tratamiento adecuado y la realización de actividades de tratamiento preventivo y profilaxis. Tal es el caso de la lepra (ya está en fase de erradicación), la esquistosomiasis y la oncocercosis. En tercer lugar, deben fortalecerse los programas de control y prevención de enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, cáncer, diabetes, y accidentes. Finalmente, debe también enfatizarse la prevención y control de enfermedades con características infecciosas que se comportan como crónicas por sus efectos, como es el caso del VIH-SIDA.

El principal reto de las nuevas estrategias de prevención y control es la diversificación de los espacios de acción. Ello equivale a considerar también todo un conjunto de servicios e instituciones fuera del sistema de salud tales como escuelas, medios de comunicación, asociaciones diversas, organizaciones relacionadas con el saneamiento ambiental, etc. La definición de servicios y tratamientos debe incluir todos aquellos que pueden ser prestados por estas instituciones, especialmente en lo que se refiere a la información y educación de la comunidad y de los pacientes.

Otro reto no menos exigente es la redefinición de las instituciones de servicios en el sector a través del concepto de redes autónomas. Tales redes autónomas superan la visión restringida entre servicios ambulatorios y hospitales. Se trata de conformar redes de servicios en los cuales el usuario pueda recibir los servicios de acuerdo al grado de complejidad involucrado. Tal concepto ha estado presente en muchos de los avances recientes, especialmente en algunos países de la Región. Sin embargo, el énfasis que queremos colocar está en la capacidad que tendrían estas redes para convertirse en las unidades de asignación de recursos y de prestación ordenada de los servicios previamente determinados en los procesos de planificación y presupuesto. En otras palabras, las redes autónomas constituyen el escenario natural para la incorporación de modalidades experimentales de prestación y de gestión. Desde esta perspectiva, tanto los sectores públicos como privados tienen el reto de reorganizar sus cadenas de servicios con el objeto de asignar recursos de acuerdo al desempeño de cada una de estas unidades de prestación. De esta manera se podría avanzar hacia esquemas de separación de las funciones de financiamiento y prestación, especialmente en los ámbitos de los estados. Obviamente, la organización de redes autónomas supone un gran esfuerzo de reformulación de las relaciones entre las burocracias y los gremios que interactúan en ellas, así como la incorporación de modalidades de relación con el sector privado y con otras esferas públicas (tradicionalmente consideradas externas al sector salud).

VI. La reforma en el nuevo marco constitucional y político

De acuerdo a lo planteado en la sección anterior, surge con claridad que la implementación de estas líneas de reforma requerirá un proceso de maduración y de aprendizaje poco explorado por los actores más relevantes en la dinámica política venezolana. Las lecciones de las reformas analizadas en secciones precedentes deben ser asimiladas para poder establecer mejores estrategias y procesos. Esta última sección del trabajo presenta las características actuales de la reforma del sector salud en Venezuela y analiza los requerimientos de corto y mediano plazo para poder impulsarla. Dentro de los requerimientos de corto plazo se analiza de manera especial la propuesta de reforma elaborada por el Ejecutivo con relación al IVSS.

A. La salud en la Constitución de 1999

La definición de una propuesta de reforma en el sector salud de Venezuela debe tomar en cuenta las posibilidades y restricciones establecidas en la Constitución aprobada en diciembre de 1999. Dentro de las posibilidades deben mencionarse las siguientes:

- a. La Constitución de 1999 (artículo 83) reconoce a la salud como un derecho social fundamental. Al mismo tiempo señala la obligación del Estado para garantizarlo como parte del derecho a la vida. También señala que es responsabilidad del Estado la promoción y desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. La decisión

constituyente también establece que todas las persona tiene derecho a la protección a la salud. Paralelamente la Constitución consagra el deber que tienen las personas de participar activamente en la promoción y defensa de la salud, así como el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento. De esta manera la Constitución de 1999 define una relación compartida entre el Estado y los ciudadanos en el ámbito de salud. Tal perspectiva es compatible con las tendencias internacionales que involucran una mayor responsabilidad de los ciudadanos en los asuntos relacionados con el auto-cuidado y disminución de los factores de riesgo y en el estímulo de los hábitos de vida saludables.

- b. En el artículo 85 la Constitución de 1999 incluye la posibilidad de integrar el financiamiento público de la salud. Se establece que la integración abarca tanto los recursos fiscales, como las cotizaciones obligatorias de la seguridad social, y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. Tal integración no debería ser entendida como fusión ni unificación de las fuentes de financiamiento público. Las modalidades y posibilidades de dicha integración deberían ser delimitadas en un proceso de reforma compatible con lo enunciado anteriormente. Sin embargo, es evidente que tal posibilidad puede ser un avance significativo con relación a la situación actual.

A pesar de estos notorios avances con respecto al marco constitucional anterior, la Constitución de 1999 también introduce un conjunto de restricciones que podrían debilitar la implementación de una reforma moderna en el sector. Dentro de estas restricciones es conveniente resaltar las siguientes:

- a. El artículo 84 señala que la gratuidad será uno de los principios rectores del sistema público de salud. Aparte de la evidente realidad de que ningún servicio público es gratuito porque su financiamiento siempre deriva de fuentes directas o indirectas, la inclusión de la gratuidad influirá en el desarrollo de visiones de financiamiento de los servicios poco compatibles con las realidades y limitaciones de las finanzas públicas. Todos los países, en mayor o menor medida, deben establecer mecanismos que permitan decidir cuáles servicios serán financiados con recursos públicos. El financiamiento ilimitado de los servicios de salud es definitivamente irreal y contribuye a introducir ingenuidades en el manejo político de las decisiones relacionadas con las finanzas públicas.
- b. También el artículo 84 establece que el sistema público nacional de salud será gestionado por el Estado. De esta manera se limita la posibilidad de experimentar múltiples formas de asociación entre el sector público y el privado, especialmente en la prestación de los servicios. Por otra parte, las modalidades que se han desarrollado bajo el impulso de la descentralización en los estados, tanto en el financiamiento como en la prestación, quedan supeditadas a las características de la gestión nacional. Este planteamiento colide ciertamente con los esfuerzos descentralizadores del país y con la gama de posibilidades para incorporar criterios de efectividad y eficiencia en la prestación de servicios.
- c. La integración del sistema público de salud al sistema de la seguridad social puede resultar una limitante de la reforma porque obliga a establecer un ámbito mucho más amplio, y por consiguiente, más complicado desde el punto de vista político. La constitución y organización de un sistema de salud “integrado al sistema de seguridad social” (artículo 84) obvia posibles salidas que no están en la esfera de la seguridad social. La concepción de un sistema de salud financiado fundamentalmente por la vía fiscal requiere una visión amplia de la seguridad social. Tal visión no es la frecuente en los ámbitos de los actores más relevantes relacionados con la reforma del sector salud.

- d. La inclusión en el artículo 84 sobre la propiedad estatal de los servicios de salud limita algunas posibilidades de cogestión e incluso transferencia de servicios al sector privado. La incorporación de iniciativas tales como políticas nacionales de formación de profesionales y la promoción de una industria nacional de producción de insumos para la salud (artículo 85), en coordinación con las universidades nacionales, pudieran significar un fortalecimiento de la acción pública en áreas que pudieran ser dejadas al libre desarrollo por parte del sector privado, con su correspondiente efecto la efectividad y eficiencia general del sector.

En líneas generales, puede apreciarse que las perspectivas de una reforma moderna en el sector salud de Venezuela conlleva el reconocimiento de que algunos aspectos establecidos en la Constitución de 1999 requieren una redefinición a la luz de la realidad general del país y de sus instituciones. Pudiéramos señalar que será necesario definir algunos consensos para-constitucionales que permitan darle viabilidad a las reformas descritas en la sección anterior. En otras palabras, los actores políticos y sociales requerirán el establecimiento de acuerdos básicos, no necesariamente expresados en la letra y el espíritu de la nueva Constitución, que sustenten la estrategia de reforma en el mediano plazo.

La posibilidad de acordar esos consensos para-constitucionales dependerá fundamentalmente de la capacidad de negociación de nuevos sectores políticos y sociales en un contexto caracterizado por una gran debilidad para el encuentro y el diálogo. Efectivamente, a la situación de debilidad institucional que caracteriza la administración pública venezolana se suman algunos factores que deben ser enfatizados. En primer lugar, se debe mejorar la capacidad de la administración central para elaborar políticas coherentes y de conjunto, especialmente en los temas relacionados con la seguridad social. La demostración de la reforma diferida en 1999 señala la exigencia por una mayor coherencia en el panorama general del gobierno central. En segundo lugar, se prevé la fragmentación de la representación popular en la Asamblea Nacional, no sólo por la presencia de partidos o grupos opositores al gobierno, sino por la presencia de múltiples grupos e intereses incluso en el seno de la representación gubernamental. En tercer lugar, se estima que el escenario económico general del país será afectado por la recesión económica y el debilitamiento de las cuentas fiscales. En tales circunstancias la posibilidad de sufragar los costos de la transición de la reforma será completamente afectada. Finalmente, si algo atenta contra la sostenibilidad institucional de la reforma es que se opte por una visión compleja e incompatible con las debilidades demostradas en procesos anteriores.

B. Prioridades de política en el corto plazo

La disposición transitoria sexta de la Constitución de 1999 establece que la Asamblea Nacional tiene un lapso de dos años para legislar sobre todas las materias. Por otra parte el artículo 86 señala que el sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial. De tal manera que desde el inicio de las sesiones de la Asamblea Nacional (posiblemente en el mes de agosto o septiembre de 2000) se tendrán dos años para contar con una nueva legislación. En el panorama institucional actual de Venezuela tal período luce prolongado. Desde el punto de vista práctico debería favorecerse una legislación que no sea exhaustiva y que señale los lineamientos de reforma que se deberán perseguir en el tiempo. Cualquier intento por establecer una legislación detallada y compleja conspirará contra la viabilidad de la propia reforma. También pareciera que las soluciones deben ser adaptadas a los casos particulares: pensiones, salud, paro forzoso. Debe estimularse la elaboración de soluciones que sean particulares pero que formen un todo coherente.

En el mejor de los escenarios el país tendría una nueva legislación en el año 2001, siempre y cuando exista la coherencia gubernamental y la celeridad del proceso de discusiones. Desde el

punto de vista práctico pareciera que las prioridades de política deberían concentrarse en dos instituciones: el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

En el caso específico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) es necesario profundizar la implementación del sistema intergubernamental de salud incorporando cambios sustantivos en los procesos de planificación, presupuestación y evaluación. Para ello debe aprovecharse la coyuntura de la elaboración del Plan de Salud para el período 2000-2006 y la elaboración del presupuesto del año 2001.

Con relación al IVSS debe señalarse que las circunstancias determinan que las decisiones que se tomen en esta institución marcarán el destino de la reforma en el corto y mediano plazo. La decisión tomada en octubre de 1999 establecía la definición del proceso de reconversión del IVSS. Para ello se debía nombrar la nueva estructura administrativa del IVSS y decretar la ley de reconversión para que ambas decisiones estuvieran vigentes desde el 1 de enero de 2000. El nombramiento de la Junta Directiva apenas se produjo en el mes de mayo. Para la finalización de este reporte (mayo de 2001) todavía no se ha aprobado el decreto de reconversión del IVSS. Las consecuencias desde el punto de vista institucional y financieros son preocupantes, especialmente cuando el panorama fiscal del país tiende a complicarse producto de los aumentos salariales, con efectos también en los montos de las pensiones, y el creciente endeudamiento del gobierno central.

En ese escenario es claro que un objetivo central de la reforma y del proceso de reconversión del IVSS debe ser la separación de los fondos de manera que se delimite con claridad la viabilidad y mecanismos de financiamiento para cada una de las prestaciones asociadas. Tal premisa supone garantizar la autonomía operativa y financiera del Fondo de Atención Médica. Evidentemente la separación de los fondos conlleva un déficit automático en el Fondo de Atención Médica calculado para el año 2000 en un porcentaje cercano al 60% equivalente a 540 millones de dólares.

La implementación del programa de reconversión supone la definición de la estrategia financiera para cada uno de los Fondos (incluyendo el de Atención Médica). Para ello se requiere fortalecer el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral (SREISSI) con el propósito de mejorar la afiliación de empresas y beneficiarios, así como la captación de recursos para cada uno de los Fondos. El financiamiento de ese déficit y las medidas de saneamiento administrativo y operativo del Fondo exigen que los empresarios y trabajadores acuerden mecanismos expeditos. Dadas las implicaciones fiscales que tal déficit pudiera generar, es imperativo que el gobierno central participe activamente tanto en el proceso de discusiones como en la definición de alternativas. Paralelamente se debería acometer reformas detalladas en los aspectos gerenciales del Fondo de Atención Médica, así como la introducción de modalidades de asignación por redes de servicios.

Conclusión

La experiencia histórica de las reformas del sector salud en Venezuela enseña que la extrema complejidad técnica y la introducción de innovaciones sin mayor relación con las condiciones particulares del país, no favorecen la sostenibilidad institucional ni garantizan el éxito. Por tal razón el caso de la reconversión del Fondo de Atención Médica debe ser vista como una oportunidad para avanzar sistemáticamente. El desarrollo de cambios institucionales progresivos en el FAM, acompañados por la visión de conjunto que ofrece la descentralización de servicios de salud bajo responsabilidad del MSDS, es la combinación que parece más viable en el caso de Venezuela. Sin embargo, la implementación de esta vía requiere avanzar en la solución de los problemas técnicos asociados especialmente las áreas de financiamiento, gerencia, y prestación de servicios.

Referencias

- Baptista, Asdrúbal (1997), Bases cuantitativas de la economía venezolana 1830-1995. Caracas: Fundación Polar.
- D'Elia, Yolanda (2000), "El rol del IVSS en la reforma del sector salud." Caracas: IIES (UCAB)-Unidad de Políticas Públicas (USB).
- García, Lucas (2000), "Determinantes de la tasa de mortalidad por desnutrición en Venezuela." Tesis de postgrado en salud pública. Universidad de Carabobo-Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental.
- González R., Marino J. (1999), "Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela (1990-1996): Una Aproximación Inicial." Cuadernos de la Reforma de Salud. 1(3): 7-37.
- _____ (1998), "Formulación del sistema de seguimiento y evaluación en áreas prioritarias para el desarrollo social: Sector salud." Caracas: CIES-Ministerio de la Familia-PNUD.
- _____ (1997), "Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela (1990-1996): Una Aproximación Inicial." Informe elaborado para el Proyecto Salud (MSAS-BID-Banco Mundial). Caracas.
- González T., Silverio, Emiro Molina (2000), "Encuesta Social 1998 (ENSO 98): Informe Final". Caracas: FUNINDES-USB. (versión electrónica). Archivo de Tablas.
- Malagardis, Antonis (1994), "La reforma del seguro social (y especialmente del fondo de pensiones) en Venezuela- Evaluación y opciones". Informe de consultoría de GTZ. Mayo.

- Márquez, Gustavo (1992), *El Seguro Social en Venezuela*. Washington, D.C.; Banco Interamericano de Desarrollo. Monografía No. 8.
- Mascareño, Carlos (coordinador) (2000), *Balance de la descentralización en Venezuela: Logros, limitaciones y perspectivas*. Caracas: ILDIS-PNUD.
- OCEPRE. (s/f). “Ingresos fiscales”. (Documento en formato pdf).
- OPS (2000), *Indicadores básicos 2000*. Washington: OPS. Programa Especial de Análisis de Salud.
- República Bolivariana de Venezuela (1999), *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*.
- Wilkin, John C. (1994), “Informe actuarial final sobre el Programa de Asistencia Médica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.” Caracas. Informe técnico elaborado para CORDIPLAN.
- WHO (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva: OMS.



NACIONES UNIDAS

**Serie****financiamiento del desarrollo****Números publicados**

- 1 Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
- 2 Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
- 3 Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buira (LC/L.549), 1990.
- 4 Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
- 5 La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
- 6 Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
- 7 El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
- 8 Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
- 9 Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
- 10 ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
- 11 La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
- 12 Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
- 13 Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
- 14 Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
- 15 Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
- 16 El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
- 17 La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
- 18 Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
- 19 Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
- 20 Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
- 21 Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.
- 22 La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
- 23 Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosín y Ricardo Ffrench-Davis (LC/L.854), 1994.
- 24 Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
- 25 El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
- 26 Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo Ffrench-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
- 27 Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
- 28 El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.

- 29 Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.
- 30 Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
- 31 Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
- 32 Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
- 33 Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
- 34 Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
- 35 Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
- 36 Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
- 37 Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
- 38 Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
- 39 Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
- 40 Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
- 41 Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
- 42 Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
- 43 Choques, respuestas de política económica e distribución de renta no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
- 44 Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
- 45 Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Hollzmann (LC/L.1007), 1997.
- 46 Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
- 47 La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
- 48 On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Hollzmann (LC/L.1012), 1997.
- 49 Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997. **www**
- 50 La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
- 51 Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
- 52 A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997. **www**
- 53 Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997. **www**
- 54 Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
- 55 El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997. **www**
- 56 Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
- 57 Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
- 58 Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
- 59 Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
- 60 Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
- 61 Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
- 62 Acceso ao financiamiento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
- 63 Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzáles Arrieta (LC/L.1045), 1997.
- 64 Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.
- 65 Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.

- 66 Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
- 67 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
- 68 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
- 69 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
- 70 Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
- 71 Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
- 72 Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
- 73 Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
- 74 Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
- 75 El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
- 76 Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
- 77 El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
- 78 El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999. [www](#)
- 79 Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999. [www](#)
- 80 La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), Número de venta: S.99.II.G.10 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 81 El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, Rebeca Grynspan y Dennis Meléndez (LC/L.1212-P), Número de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 82 O financiamiento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), Número de venta: S.99.II.G.14 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 83 Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), Número de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 84 Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), Número de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 85 Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), Número de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 86 Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), Número de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 87 Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 88 Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 89 Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), Número de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 90 Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), Número de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 91 Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), Número de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 92 Un perfil del déficit de vivienda en Chile, 1994. Raquel Szalachman (LC/L.1337-P), Número de venta: S.00.II.G.22 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 93 Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina. Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.1344-P), Número de venta: S.00.II.G.29 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 94 Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina, Walter Schulthess, Fabio Bertranou y Carlos Grushka, (LC/L.1345-P), Número de venta: S.00.II.G.30 (US\$10.0), 2000. [www](#)

- 95 Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997, Humberto Mora Alvarez, (LC/L.1372-P), Número de venta: S.00.II.G.51 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 96 Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia, Günther Held, (LC/L.1382-P), Número de venta: S.00.II.G.55 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 97 Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficios, Vinícius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), Número de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 98 Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), Número de venta: S.00.II.G.63 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 99 Políticas para canalizar mayores recursos de los fondos de pensiones hacia la inversión real en México, Luis N. Rubalcava y Octavio Gutiérrez (LC/L.1393-P), Número de venta: S.00.II.G.66 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 100 Los costos de la transición en un régimen de beneficio definido, Adolfo Rodríguez y Fabio Durán (LC/L.1405-P), Número de venta: S.00.II.G.74 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 101 Efectos fiscales de la reforma de la seguridad social en Uruguay, Nelson Noya y Silvia Laens, (LC/L.1408-P), Número de venta: S.00.II.G.78 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 102 Pension funds and the financing productive investment. An analysis based on Brazil's recent experience, Rogerio Studart, (LC/L.1409-P), Número de venta: E.00.II.G.83 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 103 Perfil de déficit y políticas de vivienda de interés social: situación de algunos países de la región en los noventa, Raquel Szalachman, (LC/L.1417-P), Número de venta: S.00.II.G.89 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 104 Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Daniel Titelman, (LC/L.1425-P), Número de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 105 Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado, Alberto Arenas de Mesa (LC/L.1457-P), Número de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 106 Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. (LC/L.1458-P), Número de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 107 Políticas para promover una ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones, Gonzalo Hernández Licona (LC/L.1482-P), Número de venta: S.01.II.G.15 (US\$10.0), 2001. [www](#)
- 108 Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion y Luis Gonzalo Morales (LC/L.1526-P), Número de venta: S.01.II.G.71 (US\$10.0), 2001. [www](#)
- 109 El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, Fernando Herrero y Fabio Durán (LC/L.1527-P), Número de venta: S.01.II.G.72 (US\$10.00), 2001. [www](#)
- 110 Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Uruguay, Fernando Lorenzo y Rosa Osimani (LC/L.1547-P), Número de venta: S.01.II.G.88 (US\$10.00), 2001. [www](#)
- 111 Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas, Marino J. González R. (LC/L.1553-P), Número de venta: S.01.II.G.95 (US\$10.00), 2001. [www](#)

- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Estudios Especiales de la Secretaría Ejecutiva de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile. No todos los títulos están disponibles.
- Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
- [www](#): Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

<p>Nombre:.....</p> <p>Actividad:.....</p> <p>Dirección:.....</p> <p>Código postal, ciudad, país:</p>
