

---

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE  
LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

(1a. ed., 20 de Octubre de 1999)

(2a. ed. 14 de Mayo de 2001)\*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

---

## RESUMEN EJECUTIVO

La República Bolivariana de Venezuela tiene una extensión territorial de 916.445 km<sup>2</sup>. Está integrada por 23 Estados, un Distrito Federal, asiento de la ciudad de Caracas y las dependencias federales. El Poder Público se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estatal y el Poder Nacional. El Poder Público Nacional se divide en Legislativo, Ejecutivo, Judicial, Ciudadano y Electoral. El órgano encargado de la planificación y coordinación de políticas e intervenciones es el Consejo Federal de Gobierno, el cual está presidido por el/la Vicepresidente/a Ejecutivo/a e integrado por los Ministros/as, los gobernadores/ras, un alcalde/sa por cada Estado y representantes de la sociedad organizada, de acuerdo con la ley. El PIB per cápita para 1999 se estimó en USD 4.995,77. La razón entre el ingreso del 20% superior y el 20% inferior se estimó en 11.6 para el período comprendido entre 1994 y 1996.

En el período 1996-2000 el porcentaje de población en situación de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se incrementó de 48,9 en 1996 a 49,1 en el 2000. En ese mismo período el porcentaje de población en situación de pobreza extrema según NBI pasó de 21,7 en 1996 a 21,8 en el 2000. En 1999, el 69.4% de los hogares tuvo un ingreso familiar inferior a los 350,000 Bolívares. El gasto público total, así como el gasto público social como porcentaje del PIB, ha mantenido una tendencia al descenso.

La población para el año 2000 se estimó en 24,896,379 habitantes. Durante el trienio 1998-2000, como consecuencia del intenso movimiento migratorio de los últimos años, la mayoría de la población se concentró en zonas urbanas de alta marginalidad. De esta población, el 50.3% son hombres y 49.7% son mujeres. El 45.2% son menores de 19 años, el 50% se encuentra entre 19 y 65 años, y las personas mayores de 65 años son el 4.3%.

Se aprecia un descenso en la tasa bruta de mortalidad, ubicándose en 4.40 para 1999. Las muertes por enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar (30.0%), a la vez que se observa un descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles (de 12.2% a 8.5%), acompañado de un incremento en la mortalidad por causas externas (13.6% al 16.6%). En 1998, el 6.22% de la población de 10 años y más edad se registró como analfabeta. El mayor porcentaje de analfabetas se presenta en el grupo de las personas mayores de 45 años y entre las mujeres. La condición de desarrollo humano de los venezolanos ha registrado un significativo deterioro durante la presente década. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) muestra una disminución de 0,8210 en 1990 a 0,6912 en 1996 mientras que el proyectado para 1999 es de 0,6504.

A finales de 1999 se creó el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el cual ha venido impulsando la transformación del modelo de organización de los servicios de salud, planteándose como prioridad la reestructuración del nivel central del ministerio, el desarrollo de un nuevo modelo de atención y la creación de un sistema público nacional de salud. El sector de la salud está constituido por un subsector público, integrado por múltiples instituciones que operan de forma no integrada, centralizada y desconcentrada, y por el subsector privado. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social es el órgano rector

del sector y tiene a su cargo la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud, la regulación del sector, así como la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud.

En 1999 la razón de médicos y enfermeras por 10,000 habitantes se situó en 19.7 y 7.9% respectivamente. Para 1998, el 50.5% de los médicos registrados eran especialistas y el 49.5% restantes médicos generales. No obstante, en algunos estados el porcentaje de especialistas no llegaba al 20%, mientras que en otros existía un claro predominio de los especialistas. Para el año 2000 fueron censadas 40,675 camas a nivel público gubernamental (17.68 camas por 10,000 habitantes). Para la población de influencia del MSDS este indicador fue 21.95 y para la población beneficiaria del IVSS fue 8.87.

El gasto en salud como proporción del PIB para el país es igual a 4.06 y muestra una tendencia descendiente, la cual es más marcada a nivel del gasto público.

La baja utilización de establecimientos hospitalarios se refleja claramente en el total de egresos y el porcentaje de ocupación de camas (53%). Al igual que para la red de ambulatorios, la capacidad de resolución de los hospitales es precaria, las listas de espera para cirugías y atención ambulatoria son extensas y es frecuente la carencia/insuficiencia de algunos insumos esenciales para la atención de las personas. En los últimos doce años el país ha experimentado cinco grandes esfuerzos de macro - reforma. Por distintas razones las tres primeras reformas fueron infructuosas y limitadas. La discusión de las reformas de 1999 fue diferida en la Asamblea Nacional, a la cual se le elevará este año la propuesta de Ley que dará el contexto para el desarrollo definitivo de la reforma del sector salud en Venezuela. A partir de 1999 se ha venido impulsando la transformación del modelo de organización de bs servicios de salud, planteándose como ejes de la transformación, en una primera etapa: la reestructuración del nivel central del MSDS y el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral de salud. El desarrollo del nuevo modelo de atención ha contado con el respaldo político de las autoridades del nivel central del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, así como el apoyo de las Gobernaciones de los Estados y las Direcciones Estatales de Salud, lo que ha permitido su implantación exitosa en más del 55% de los establecimientos ambulatorios que conforman la red de servicios.

## 1. CONTEXTO

**1.1. Contexto Político:** La República Bolivariana de Venezuela tiene una extensión territorial de 916.445 km<sup>2</sup>. Está integrada por 23 Estados, un Distrito Federal, asiento de la ciudad de Caracas, y las dependencias federales. Estas últimas son las islas marítimas no integradas en el territorio de un Estado.

El Poder Público se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estatal y el Poder Nacional. El Poder Público Nacional se divide en Legislativo, Ejecutivo, Judicial, Ciudadano y Electoral. El órgano encargado de la planificación y coordinación de políticas e intervenciones es el Consejo Federal de Gobierno, el cual está presidido por el/la Vicepresidente/a Ejecutivo/a e integrado por los Ministros/as, los/las gobernadores/as, un alcalde/sa por cada Estado y representantes de la sociedad organizada, de acuerdo con la ley.<sup>1</sup>

La Dirección de Modelos de Gestión, Organización Social y Desarrollo Local, de la Dirección General de Políticas y Planes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, tiene como función principal diseñar, implementar y coordinar la política nacional relativa a la promoción y fortalecimiento de la estructura y funcionamiento de las redes sociales.

El tema de la salud es abordado ampliamente en la Constitución. El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Para garantizar el derecho a la salud, en el Artículo 84 se ordena la creación, ejercicio de la rectoría y gestión de un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. En el Artículo 85 se dice que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. Finalmente, el Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

Las políticas del Gobierno y, en particular, la de salud son ejecutadas por los organismos específicos de Gobierno y por el Consejo Federal de Gobierno, órgano encargado de la planificación y coordinación de políticas y acciones para el desarrollo del proceso de descentralización y transferencia de competencias del Poder Nacional a los Estados y Municipios. Este Consejo está presidido por el Vicepresidente/a Ejecutivo/a e integrado por los Ministro/as, los gobernadores/as, un alcalde o alcaldesa por cada Estado y representantes de la sociedad organizada, de acuerdo con la ley.

Las condiciones de vida del venezolano se han visto afectadas por distintos factores, entre los cuales se pueden mencionar la profundización de la pobreza y el incremento de la informalidad, con un ascenso significativo de los índices de criminalidad, el deterioro de los índices educativos y el empeoramiento del desempeño de los servicios de salud. Entre los factores que inciden de manera determinante en el pobre

desempeño de la asistencia sanitaria están la limitada capacidad de rectoría y regulación por parte del Estado y la desintegración e incoherencia a nivel del financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios de salud. Además, el sistema de salud no tiene definidos los arreglos institucionales ni cuenta con adecuados y transparentes mecanismos para el control y rendición de cuentas entre los distintos niveles sanitarios (geográficos y de atención). Todo ello, aunado a la existencia de mandatos divergentes para los distintos organismos financiadores, aseguradores y prestadores, trae como consecuencia que los limitados recursos disponibles no se asignen y distribuyan de acuerdo a los intereses de los ciudadanos.

**1.2. Contexto Económico:** Como parte de la política de estabilización económica se creó el Programa Económico de Transición (PET) 1999-2000, el cual consiste en promover el crecimiento sostenido y diversificado de la economía, reducir la inflación y aumentar el nivel de empleo.

El incremento en el PIB per cápita se mantuvo hasta 1,998. El gasto público total, así como el gasto público social como porcentaje del PIB han mantenido una tendencia al descenso.<sup>2</sup>

#### ALGUNOS INDICADORES ECONÓMICOS

INDICADOR	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes, USD	2,843.00	2,760.00	3,020.00	3,020.00	3,480.00	5,133.00	4,995,77
Población económicamente activa en miles.	5,493,500	8,025,928	8,608,653	9,024,627	9,507,125	9,907,127	10,225,014
Gasto público total en porcentaje del PIB.	28.6	49.9	31.7	29.1	29.3	27.6	25.2
Gasto público social en porcentaje del PIB.	9.3	10.2	9.7	8.9	8.9	8.4	7.6
Tasa de inflación anual	38.1	60.8	60.2	94.4	52.2	36.0	21.9

Fuente: Anuario estadístico de Venezuela, 1998.

En diciembre de 1999, varias regiones del país fueron asoladas por lluvias torrenciales que acarrearón la pérdida de numerosas vidas humanas y la destrucción de la infraestructura física y productiva. La CEPAL estimó los daños materiales en unos 3,240 millones de dólares (3.3% del PIB). El 72% del Producto Interno Bruto es generado por actividades no petroleras (cuadro 2). Dentro de éstas, las actividades productoras de servicios (comercio, restaurantes, bienes inmuebles y otras) representan más del 60%.<sup>3</sup>

Durante el último trienio de la década de los noventa el sector público venezolano ha venido modificando la estructura de su endeudamiento. Este ha mostrado una tendencia decreciente al pasar de poco más de 20% del presupuesto total de gastos del sector gobierno central en 1995 a 9,4% en el presupuesto del 2001. No obstante, el endeudamiento interno representa ahora un 10,7% del presupuesto mientras que en 1995 se situaba alrededor del 4,6%.

**1.3. Contexto Demográfico y Epidemiológico:** La población para el año 2000 se estimó en 24,896,379 habitantes y la densidad demográfica de 26.37 habitantes por km<sup>2</sup>. Para el año 2000, el 87,2% de los habitantes vivían en zonas urbanas y 12.8% en zonas rurales. De esta población, el 50.3% son hombres y 49.7% son mujeres. El 45.2% son menores de 19 años, el 50% se encuentra entre 19 y 65 años, y las personas mayores de 65 años son el 4.3%. Entre 1995 y 1999 la esperanza de vida al nacer se mantuvo en

72 años. Los Estados con mayor densidad poblacional son los costeros (Carabobo, Nueva Esparta, Miranda y Aragua) con un rango que fluctúa entre 453,0 habitantes y 211,2 habitantes por km<sup>2</sup>. Los Estados fronterizos (Apure, Bolívar, Delta Amacuro y Amazonas) presentan la menor densidad demográfica, con un rango de 6,1 habitantes por km<sup>2</sup> y 0,6 habitantes por km<sup>2</sup>. Para ambos grupos de Estados la densidad demográfica aumentó. No obstante, para los estados fronterizos este aumento fue de sólo 1.1 %. Como consecuencia del movimiento interno migratorio, se ha incrementado la concentración de población en zonas urbanas marginales.<sup>4</sup>

#### Indicadores demográficos, 1994-1998

Indicadores	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad 1/	26.17	25.66	25.18	24.72	22.3
Tasa bruta de mortalidad 1/	4.69	4.68	4.66	4.65	4.40
Tasa mortalidad infantil	21.82	21.36	20.90	20.45	19.1
Tasa de mortalidad materna	66.3	60.4	59.6	51.0	59.3
Tasa global de fecundidad	2,83	2,63	2,72	2,55	2,60

Fuente: Anuario estadístico de Venezuela, 1998, OCEI. 1/: Tasas calculadas por mil.

Se aprecia un descenso en la tasa bruta de mortalidad para el período, el cual no es homogéneo, manteniéndose elevado en los estados más empobrecidos del país. La estructura de la mortalidad por grandes grupos de causas no ha mostrado grandes variaciones durante el trienio. Las muertes por enfermedades del aparato circulatorio se han mantenido en primer lugar (30.0%), a la vez que se observa un descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles (de 12.2% a 8.5%), acompañado de un incremento en la mortalidad por causas externas (13.6% al 16.6%). El subregistro de la mortalidad oscila entre el 8 y el 10%. El análisis de la mortalidad según los años potenciales de vida perdidos (APVP) para 1999 ubica en primer lugar a los accidentes de todo tipo (15.8%), seguidos por los tumores malignos (8,13%), los suicidios y homicidios (6,8%) y las enfermedades del corazón (5,1%).<sup>5</sup> Las principales causas de defunciones maternas son las Sepsis, Hemorragias e Hipertensión durante el embarazo. La mortalidad infantil descendió de 20.9 a 19.1 (muertes por cada 1,000 nacidos vivos) en el trienio. La mortalidad infantil que en 1.999 fue 19.1 por 1000 nacidos vivos muestra una tendencia a la disminución. Esta reducción se debe a la mortalidad postneonatal que fue de 7.3 por 1000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal se reportó en 11.9 por 1000 nacidos vivos, dándose las mayores complicaciones en el periodo neonatal precoz. Las principales causas de muerte en los menores de un año son las Afecciones Perinatales (10,1 por 1000 nacidos vivos), las Anomalías Congénitas (2,5); Diarreas (2,2); Neumonías (1,1); Desnutrición (0,8); Meningitis (0,3), y Sepsis (0.3 por 1000 nacidos vivos).<sup>6</sup>

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas constituyeron las principales causas de muerte durante 1,999 (cuadro 4). En ese año hubo un total de 769 muertes diagnosticadas como "defunciones por síntomas y causas mal definidas" (0.74% de la mortalidad general). Durante 1998 se reportaron 37,586 casos de Dengue, 21,863 casos de Malaria y 313 casos de Cólera. La población afectada por estas enfermedades fue la perteneciente a los estratos más pobres y asentados en áreas rurales. Desde

1983, en que se detectó el primer caso de SIDA, hasta el 31 de Diciembre de 1999 se han registrado 8.047 casos y 4.726 defunciones. Ha fallecido aproximadamente el 60% de la incidencia detectada y se estima que hay un subregistro del 80%. En 1997 el cólera se comportó epidémico con una incidencia de 2.551 casos (tasa de 11,2 por 100.000 habitantes). En 1998 la incidencia de cólera bajó a 1,3 y en 1999 fue de 1,6. La incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 17,4 por 100.000 habitantes en 1990 y de 15,5 en 1999. El consumo de drogas constituye un problema de salud pública que afecta principalmente a la población adolescente. Dentro de este grupo, el consumo de Marihuana es de 1,8% y el de Cocaína de 1,3%.

**1.4. Contexto Social:** La población para el año 2000 se estimó en 24,896,379 habitantes. Durante el trienio 1998-2000, como consecuencia del intenso movimiento migratorio de los últimos años, la mayoría de la población se concentró en zonas urbanas de alta marginalidad.

La condición de desarrollo humano de los venezolanos ha registrado un significativo deterioro durante la presente década. El Índice de Desarrollo Humano (IDH), para el período 1990-1998, muestra una disminución de 0,8210 en 1990 a 0,6912 en 1996 mientras que el proyectado para a 1999 es de 0,6504.<sup>7</sup> En cuanto a la relación de la variación de los índices con respecto a otras variables se puede señalar que empeoran para el medio rural y para las mujeres.

En 1982, el 33,5% de las personas eran pobres, en 1997 aumentó a 67,3% y de este porcentaje, más de la mitad de los pobres se encontraban en condiciones de pobreza extrema. La razón entre el ingreso del 20% superior y el 20% inferior, se estimó en 11.6 para el período comprendido entre 1994 y 1996. Los hogares en situación de pobreza según ingreso familiar en 1998 fue 44.3%, en 1999; 44.9% y en el 2000; 44.1%.<sup>8</sup> El desempleo en el período 1996-2000 se ha mostrado con porcentajes variables alcanzando el valor mas alto en 1999; en 1996 (12,4), en 1997 (10,6), en 1998 (11,0), en 1999 (14,5), en el año 2000 (13,1) observándose una ligera reducción con respecto a 1999. La desocupación analizada en igual lapso según sexo, muestra para todos los años cifras mas altas en las mujeres, con un rango que varía entre 2 y 6 %. Las edades en las que se presenta el mayor desempleo es entre los 15 y 24 años de edad, que alcanza en 1999 el 26,8%. En este grupo de edad aparece la mayor brecha entre hombres y mujeres, 10%.<sup>9</sup>

Aunque la tasa de desempleo disminuyó en el período 1999-2000, se espera un nuevo incremento en el primer trimestre del año 2001 y se estima que la tasa de desempleo en Venezuela no disminuya de forma importante en los próximos años. El sector informal de la economía ha incrementado de manera continua de 48.9 en 1995 hasta alcanzar 53% en el año 2000.

En 1998 se registró 6.22% de la población de 10 años y más edad como analfabeta. El mayor porcentaje de analfabetos se presenta entre las personas mayores de 45 años y entre el sexo femenino.<sup>10</sup> Las tasas de escolaridad según nivel educativo se mantuvieron estables durante el período entre 1991 y 1998. Destaca el bajo nivel de escolaridad para la educación media y superior. No se ha estimado el promedio de años de escolaridad pero parte de la población que asiste a la escuela solo llega hasta noveno grado. No se ha estimado la distribución territorial y/o por grupos poblacionales con relación al índice de escolaridad.

De acuerdo al último censo, en 1992 la población indígena de Venezuela ascendía a 308,762 habitantes, pertenecientes a más de treinta etnias, con predominio de la etnia Wayuu que representa el 54.5% de la población indígena (168,310 personas) y la etnia Warao, que representa el 23.9% (23,957 personas). Del total de población indígena, el 42% (129,601) habitan zonas urbanas y el 58% (179,161) en zonas rurales.

## **2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**

**2.1 Organización General:** El sector de la salud está constituido por un subsector público integrado por múltiples instituciones que operan de forma no integrada, centralizada y desconcentrada, y por el subsector privado. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y la Alcaldía Mayor (antes Gobernación del Distrito Federal). La red de establecimientos públicos de salud contempla diferentes niveles de atención y se encuentra distribuida a lo largo del país.<sup>11</sup> El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) fue creado en 1999, producto de la fusión entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de la Familia. El MSDS está integrado por el Despacho del Ministro y dos viceministerios: Viceministerio de Salud y Viceministerio de Desarrollo Social. Existen 23 Direcciones Regionales del MSDS en todo el país. El MSDS funciona como un sistema intergubernamental de salud desconcentrado y/o descentralizado, basado en niveles de atención, con direcciones estadales de salud y distritos sanitarios. Cuenta con una red de hospitales y ambulatorios y cumple con actividades de promoción, prevención y educación en salud. Actualmente se está elaborando el Reglamento Interno que determinará la estructura definitiva del MSDS. El MSDS ha venido impulsando la transformación del modelo de organización de los servicios de salud, planteándose como prioridad la reestructuración del nivel central del ministerio, el desarrollo de un nuevo modelo de atención y la creación de un sistema público nacional de salud.<sup>12</sup>

El IVSS es un organismo centralizado con una autoridad única en el ámbito central que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Cuenta con una red de hospitales y ambulatorios. Su financiamiento es tripartito: Estado, trabajadores y empresarios. Las fuentes de financiamiento son públicas y privadas.

El IPASME es un organismo centralizado con una autoridad única en el ámbito central que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Cuenta sólo con ambulatorios y contrata con otros organismos.

Los principales financiadores públicos son: el MSDS; el IVSS, los estados, el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el IPASME. La principal fuente financiera es el gobierno central a través del MSDS, y de los aportes al IVSS y para la adquisición de pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad para sus empleados, obreros, pensionados y jubilados. Otras instituciones públicas también

participan en el financiamiento: el Ministerio de Justicia financia la sanidad penitenciaria y el Ministerio de Desarrollo Urbano financia las inversiones en construcción de centros sanitarios. El MSDS recibe sus fondos del presupuesto nacional. Los estados son financiados por el presupuesto nacional y el Situado Constitucional, de los cuales dedican fondos a salud. Como resultado de la descentralización, esta fuente de recursos es diferente a la transferencia del MSDS a los estados. El IVSS percibe sus ingresos de las cotizaciones que pagan empresarios y trabajadores. Este dinero se reparte en diversos fondos siendo el Fondo de Asistencia Médica (FAM) el que financia los gastos sanitarios. La financiación privada de la salud en Venezuela es un aspecto que está muy poco estudiado. Los datos sobre el gasto sanitario que realizan las familias provienen de la Encuesta de Consumo de los Hogares.

## 2.2 Recursos del Sistema.

**Recursos Humanos:** La razón de médicos y enfermeras por 10,000 habitantes descendió hasta 1998, mostrando un incremento en el período comprendido entre 1998 y 1999, situándose en 19.7 para los médicos y 7.9 para las enfermeras.<sup>13</sup>

**Recursos humanos en el sector de la salud**

Tipo de recurso	Año			
	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10,000 hab.	13.9	12.8	12.2	19.7
Razón de Enfermeras (os) profes. Por 10,000 hab.	6.9	6.5	4.9	7.9
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	3.7	3.4	0.7	5.3
Razón de técnicos medios de Lab. por 10,000 hab.	N.D	0.7	N.D	N.D
Razón de farmacéuticos por 10,000 hab.	N.D	N.D	N.D	N.D
Razón de radiólogos por 10,000 hab.	N.D	N.D	N.D	N.D
No. de egresados de posgrado en Salud Pública	N.D	N.D	N.D	N.D

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En 1997, el 50.5% de los médicos registrados en la Federación Médica Venezolana, eran especialistas y el 49.5% médicos generales. Del total de médicos, el 46.8 % estaban trabajando a tiempo completo o parcial en el subsector público (MSDS e IVSS). No se tiene información de aquellos que trabajan en otras instituciones públicas, pero se calcula que podría llegar a un 60% del mercado laboral. El 17.2% de los odontólogos trabajaban a tiempo completo o parcial en el subsector público (MSDS e IVSS).

**Recursos humanos en instituciones públicas, 1997 y 2000**

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros trabajadores	Personal administrat.	Servicios generales
MSDS 1/	11,242	8,023	22,011	10,973 (*)	21,823	26,210
IVSS 2/	6,063	N.D	N.D	30,729 (**)	12,937	N.D
IPASME 3/	994	137	981	1,690 (**)	314	N.D
INAGER 4/	146	95	365	576 (**)	529	884

Fuentes: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Venezolano de Seguro Social, Instituto de Previsión y Asistencia Social del Pensionado del Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Atención Geriátrica. 1/ datos correspondientes al año 2000; 2/ datos correspondientes al año 1997; 3/ datos correspondientes al año 2000; 4/ datos correspondientes al año 2000; \*: Incluye 7,639 odontólogos, 775 nutricionistas, 1,642 bioanalistas y 917 técnicos radiólogos; \*\*: Incluye todo el personal asistencial.

El nivel medio de la remuneración del médico general del MSDS es de unos USD 1,000.00. El nivel medio de la remuneración del médico especialista del MSDS es de USD 1,200.00. A pesar de los ajustes impuestos por el Gobierno, esta remuneración ha disminuido progresivamente durante la pasada década a medida que la moneda nacional se ha ido devaluando. No obstante, en comparación con otros profesionales del sector público se considera superior. Se dan diferencias substantivas (entre 10% y 20%) entre la remuneración de los profesionales del MSDS, el IVSS y las Gobernaciones. No existe información disponible sobre la productividad media del personal de salud de las principales instituciones públicas. Igualmente, no existe un registro de egresados de los posgrados, particularmente en salud pública.

**Medicamentos y otros Productos Sanitarios:** El Ejecutivo Nacional ha formulado una política dirigida a asegurar la disponibilidad de productos farmacéuticos y afines eficaces, seguros y de calidad, así como su uso racional y accesibilidad por todas las personas en el marco de una política nacional de salud y de acuerdo a los principios del Sistema Público Nacional De Salud. Todo lo relacionado con la política farmacéutica nacional se rige por la Ley de Salud y la Ley de Medicamentos y el reglamento respectivo. El Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” es el órgano del Ministerio de Salud y Desarrollo Social encargado de la evaluación y vigilancia de la calidad y seguridad de los productos farmacéuticos y afines. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social elabora anualmente el Formulario Terapéutico Nacional coordinadamente con las universidades nacionales. En los establecimientos del Sistema Público Nacional de Salud solo se pueden prescribir y dispensar los productos farmacéuticos incluidos en la lista elaborada por el MSDS, el cual establece las excepciones de esta disposición cuando es necesario.

**Medicamentos y otros productos sanitarios**

<b>Indicador</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
Nº total de productos farmacéuticos comercializados	3,918	4,700	5,760
Porcentaje de medicamentos de marca	83.6	82 %	80 %
Porcentaje de medicamentos genéricos	17.6	18 %	20 %
Gasto total en medicamentos (Precio de venta al público, USD)	1,200,000	1,400,000	1,600,000
Porcentaje del presupuesto del MSDS dedicado a medicamentos	10%	12%	12%
Gasto per cápita en medicamentos (precio de venta a público)	N.D	N.D	N.D
Porcentaje del gasto privado en salud, destinado a compra de medicamentos	14.3%	16.8%	N.D
% del gasto público en salud destinado a medicamentos	N.D	N.D	N.D

**Fuente:** Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Industria Farmacéutica.

Los cinco productos de mayor venta en el mercado nacional son: Acetaminofén, vitamina C, Ampicilina, Acido Acetil Salicílico y Penicilina Procaínica. No se tiene información disponible sobre el precio por unidad. Existe una lista de medicamentos esenciales elaborada en el año 2000 que incluye 280 principios activos, la cual es obligatoria para las instituciones públicas de salud y se revisa anualmente. Solamente un 2% de la población tiene acceso permanente a los medicamentos incluidos en la lista. Para facilitar el acceso a los medicamentos existe el programa SUMED, que da un subsidio del 80% a la lista de medicamentos esenciales que se prescriben en los establecimientos de salud públicos.

En el primer nivel de atención existen protocolos de tratamiento, pero se aplican con dificultad o no se aplican. En algunos hospitales existen protocolos individuales. De acuerdo a la Ley de Medicamentos, se exige la presencia del farmacéutico en las farmacias privadas y en los hospitales aunque no se supervisa en forma suficiente el cumplimiento de dicha normativa.

Para 1999 el número total de donaciones de sangre fue de 302,000. No existe oficialmente la modalidad de donaciones remuneradas, éstas se hacen por reposición. La "Ley sobre transfusiones y bancos de sangre de 1997" establece los reglamentos y normativa nacional sobre transfusiones y bancos de sangre. De acuerdo con ella, el MSDS es el encargado de la vigilancia y control de las actividades de los Bancos de Sangre públicos y privados. El 100% de las donaciones de sangre se controla por la normativa vigente.

**Equipamiento y Tecnologías:** En el año 2000 fueron censadas 40,675 camas a nivel público gubernamental (17.68 camas por 10,000 habitantes). Para la población de influencia del MSDS, este indicador es 21.95, mientras que para la población beneficiaria del IVSS es 8.87.

En 1996, el porcentaje de equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso fue de 86% (en los servicios de banco de sangre, emergencias, radiología, laboratorio, quirófanos, equipos de planta, oncología, ginecología, sala de partos, central de suministros). No se dispone de información para otros años.

**Disponibilidad de equipamiento en el sector de la salud, 2000**

Institución	Tipo de recurso			
	Total Camas censadas	Total equipos radiodiagnóstico básico	Total laboratorios Clínicos	Total Bancos de sangre
MSDS	28.546	202	375	85
IVSS	7.103	N.D	68	28
INAGER (*)	2.204	N.D	N.D	N.D
MIN. DEFENSA	1.994	N.D	N.D	N.D
PDVSA	312	N.D	N.D	N.D
OTROS	N.D	N.D	81	30
<b>Subtotal</b>	<b>40.159</b>	<b>202</b>	<b>525</b>	<b>143</b>
Privado (con y sin fines de lucro)	N.D	N.D	N.D	120
<b>Subtotal</b>	N.D	N.D	N.D	120
<b>T O T A L</b>	<b>40.159</b>	<b>202</b>	<b>525</b>	<b>263</b>

Fuente(s): Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (\*) corresponde a "camas de larga estancia".

Para el año 2000 se destinó el 7.6% del presupuesto de operación del nivel central a conservación y mantenimiento de equipos. Ese mismo año, el 24% del personal que labora en las jefaturas de mantenimiento posee solamente formación empírica. A nivel de personal técnico y obrero, este personal asciende al 82%. Las unidades y/o equipos de alta tecnología se encuentran concentrados en la capital nacional y en las capitales de los estados más desarrollados (tanto para el sector público como privado), sin embargo no se dispone de información precisa al respecto.

### 2.3 Funciones del Sistema de Salud:

**Rectoría:** El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en su condición de representante del Ejecutivo Nacional, es el órgano rector del sector salud, y tiene a su cargo: la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud; la regulación del sector, así como la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud. Si bien existen indicios de que el Ministerio ha ido perdiendo en las dos últimas décadas su capacidad de rectoría y regulación del sector, el nuevo anteproyecto de ley orgánica de salud – entregado al Presidente de la República en marzo del año 2001 - se instituye el papel rector del Ministerio de Salud,<sup>14</sup> y se crean mecanismos para que pueda ejercerla. Para ello, se dispone la creación de entidades tales como el “Consejo Intergubernamental del SNPS (Sistema Público Nacional de Salud)” y el “Consejo Intersectorial de Salud” como instrumentos para definir las bases organizativas necesarias para garantizar la coordinación de los distintos niveles y sectores que participan en el SPNS. Además, se crea el “Servicio Autónomo de Financiamiento” como instancia institucional con autonomía fiscal y financiera adscrita al MSDS en donde se integrarán y administrarán los recursos financieros del SPNS. Adicionalmente, se crea el sistema de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de salud.

En el nivel estatal corresponde a las Direcciones Regionales de Salud y Desarrollo Social la prestación de los servicios y programas de salud, a través de un solo organismo que integra a todos los establecimientos públicos. En el nivel municipal se constituyen las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social, y se establecen las diversas competencias que podrán asumir dependiendo de las características y capacidades particulares de cada región. Se deja así abierta la posibilidad para la innovación en la gestión en salud a nivel municipal. Las competencias municipales incluyen la gestión de los servicios de promoción integral de la salud y de los establecimientos públicos de salud bajo su tutela, la prevención de las enfermedades y accidentes, la medicina anticipatoria y el saneamiento ambiental. Los Municipios podrán asumir en mancomunidad los servicios y programas de salud que les correspondan.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social regula y controla a los establecimientos, públicos y privados, que presten servicios de salud, para ello se están diseñando mecanismos de registro, habilitación, clasificación y acreditación que garantizan las condiciones estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como la calidad de la atención. La habilitación y registro son obligatorios para todos los establecimientos de salud públicos y privados, y deberán renovarse anualmente.

La Ley Orgánica propone la creación de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología como un organismo adscrito al MSDS, de carácter interdisciplinario e intersectorial con el objeto de evaluar pertinencia, eficacia y seguridad de técnicas, procedimientos, productos y equipos que utilice o planea utilizar el SPNS. El MSDS inició el desarrollo del Sistema Nacional de Información en Salud en el que se recabará y analizará la información necesaria para cumplir con los objetivos y metas del SNPS.

**Financiamiento y Gasto:** El financiamiento del SPNS está constituido por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales en salud, los ingresos de los estados y municipios destinados a salud, las transferencias provenientes de los otros subsistemas de la Seguridad Social, las tasas especiales en

salud, los recursos provenientes de la recuperación del costo por los servicios de Registro y Contraloría de Salud Colectiva.

#### Gasto público en salud como porcentaje del PIB

INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto en salud del Gobierno Central como porcentaje del PIB.	1.46	1.46	1.45	1.47	1.27
Gasto privado en salud como porcentaje del PIB.	1.45	1.25	1.59	1.59	1.59

Fuente(s): OCEPRE, Leyes de Presupuesto de cada año. Anuario estadístico de Venezuela, 1998.

Los aportes del Gobierno central se mantuvieron en ascenso hasta 1998. La disminución notable del gasto en 1996 responde a la caída del valor de la divisa ese año. A partir de 1996, el gasto público en salud se ha mantenido casi constante y el gasto privado ha aumentado en mayor proporción, representando en 1998 más del 50% del total del gasto. Por tanto, el gasto público está siendo reemplazado por aportes de los hogares, lo que impone barreras adicionales para el acceso a los servicios de salud.

#### Fuentes de financiamiento del Sector salud en millones de USD y como porcentaje del PIB

Fuente	1995		1996		1997		1998		1999	
Gobierno Central	1,097.4	1.5	781.6	1.5	1,221.6	1.5	1,411.2	1.5	1,363.9	1.3
Aporte IVSS y HCM	64.5	.1	38.1	.1	50.2	.06	58.4	.06	80.4	.1
Estados	405.4	.5	161.2	.2	254.7	.03	318.7	.3		.3
Municipios		.02	10.8	.02	15.8	.02	30.7	.03	23.8	.02
IVSS	327.8	.4	459.4	.7	528.1	.63	704.1	.7	785.3	.7
IPASME	15.1	.02	12.9	.02	14.9	.02		.02		.02
FFAA	45.6	.1	25.1	.04	29.3	.03		.03		.03
Privado	1,086.4	1.5	846.2	1.25	1,331.9	1.59		1.59		1.59

Fuente: OCEPRE, Leyes de Presupuesto de cada año; (\*) Informe económico de CEPAL 1999-2000

El gasto en salud como proporción del PIB para el país es igual a 4.06 y muestra una tendencia descendiente, la cual es más acusada en el gasto público. Esta situación es contraria a los resultados observados en América Latina, donde el promedio regional del gasto en salud como proporción del PIB fue del 7.67% a finales de la década y mostraba una tendencia creciente.

Además, existe alta dispersión y fragmentación de los recursos pues los mismos se hallan en distintas fuentes institucionales, como el Gobierno Central (MSDS y otros ministerios), Gobernaciones de estado, Alcaldías, IVSS, IPASME, FAN y subsector privado.

La cooperación financiera externa ha sido canalizada básicamente por el BID (en torno a 90% del total). La Asistencia Oficial para el Desarrollo pasó de USD 81 millones en 1990 a 49 millones en 1993 y a 31 millones en 1994. En la actualidad, el MSDS ejecuta la etapa final del Proyecto de Modernización y Fortalecimiento del Sector Salud por un total de USD 300 millones, de los que el BID aporta el 50%.

**Aseguramiento sanitario:** No se dispone de información que permita asegurar la confiabilidad ni la oportunidad de los datos sobre grados de cobertura y formas de prestación de las distintas modalidades de aseguramiento sanitario. No se tiene datos de la cobertura del aseguramiento privado, y no se han hecho las estimaciones de la población que tiene doble cobertura.

En 1997 la población con algún tipo de aseguramiento incluyó a 65% de la población. El IVSS es la institución con mayor cobertura, alcanzando un 57% del total de la población asegurada entre titulares y beneficiarios.

Como no se tiene definido el papel del MSDS y de los estados como aseguradores públicos, se les asigna un porcentaje de la población por exclusión, aquella que no dispone de un seguro social. En la práctica el MSDS y los estados son los primeros proveedores de asistencia de salud y no excluyen a los indicadores de esta provisión. Numerosas etnias indígenas se encuentran dentro del grupo sin cobertura o con acceso y cobertura restringida, así como nutridos grupos de sectores urbano-marginales. No se ha definido la financiación pública de un "conjunto básico de prestaciones". No se dispone de información sobre la existencia de modalidades de financiamiento público del aseguramiento sanitario privado.

**2.4. Provisión de Servicios:** Las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social son responsables de la gestión de los servicios de salud. La red de establecimientos públicos de salud contempla diferentes niveles de atención y se encuentra distribuida a lo largo de todo el país. Existen notorias insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud.

Nivel Primario de Atención: Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención integral de salud del subsector público deben ajustarse a las características que les correspondan de acuerdo a la siguiente clasificación<sup>15</sup>: *Ambulatorios Rurales Tipo I y II*, los cuales prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones menores de 10.000 habitantes. *Ambulatorios Urbanos Tipo I, II y III*, los cuales prestan atención médica integral, general, familiar y especializada, no disponen de hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes. En la práctica, la cobertura es precaria, la mayoría de las intervenciones de promoción de la salud, participación comunitaria y prevención de enfermedades, se llevan a cabo por el profesional médico en año social y por los Auxiliares de Medicina Simplificada, en los Ambulatorios Rurales I y II, orientados al medio rural disperso y a poblaciones menores de 1.000 habitantes. En este nivel, el personal de salud (auxiliares de enfermería y promotores sociales) llevan acabo visitas domiciliarias para promover la salud y mejorar los estilos de vida.

El modelo de atención a la salud en Venezuela, ha estado centrado en programas de salud pública aislados, con visión fragmentada, centrada en lo asistencial, en desmedro de las acciones integrales de prevención y promoción. Las coberturas de atención de los grupos especiales (prenatal, infantil y preescolar), muestran serias deficiencias por estados y de forma consolidada, ubicándose en 25.5%, 36.7% y 15.2% respectivamente para 1997.

**Producción de servicios en el subsector público, 1997**

<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Número</b>	<b>Tasa por 1000 habitantes</b>
Consultas y Controles por Profesional Médico	55,042,063	2,416.5
Consultas y Controles por Profesional no Médico	6,300,351	276.6
Consultas y Controles por Odontólogos	5,849,350	256.8
Consultas de Urgencias	3,674,600	161.3
Exámenes de Laboratorio.	10,854,083	476.5

Fuente: MSDS Consolidados Servicios Diagnósticos 1997

Exceptuando la vacunación con B.C.G, que alcanzó una cobertura de 99.5% durante el 2000, las coberturas de vacunas tradicionales (Trivalente bacteriana, Anti Polio y Trivalente viral), no superaron los estándares internacionales de 95.%, reportándose ese año coberturas de 77.2%, 86.0% y 83.7% respectivamente. A partir de 2000 se incorporaron en el esquema oficial las vacunas Anti Hepatitis B, Anti Haemophilus influenza y Anti malárica. Las coberturas para éstas resultaron inferiores al 50%, debido, en parte, a retrasos en su llegada al país y en la distribución nacional.

A partir de 1999, el MSDS impulsa el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral de la salud. Se proponen entre otras acciones: (1) Integrar la acción de los programas de salud hacia los grupos poblacionales por edad y grupos familiares con énfasis en las acciones de promoción de la salud, prevención de factores de riesgo, detección temprana de enfermedades y tratamiento precoz y oportuno; (2) Crear y perfeccionar los sistemas de referencia y contrarreferencia en la red de servicios y definir operacionalmente los niveles de complejidad de los establecimientos, a fin de adaptarlos al perfil epidemiológico y a las condiciones de vida de la población venezolana; (3) Establecer nuevas modalidades de gestión de los ambulatorios para implantar el modelo de atención integral; (4) Impulsar proyectos de formación integral de los recursos humanos en salud, para que respondan a las necesidades de la población y a la política de salud; (5) Fortalecer la vigilancia de los problemas de salud, enfatizando en análisis de la situación de salud, las investigaciones de causalidad, los estudios de impacto de los servicios y la vigilancia epidemiológica, sustentadas en la detección de grupos de riesgo de acuerdo a variables nutricionales, de condiciones de vida y de cualquier otra predisposición.

Nivel Secundario de Atención: Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de hospitalización del subsector público prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario. Según su categoría se clasifican en Hospitales Tipo I, II, III y IV, de acuerdo a diferentes características entre las que destacan: población a servir, número de camas y nivel de complejidad. *Hospital Tipo I*, se encuentran ubicados en poblaciones hasta de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 60.000 habitantes. Tienen entre 20 y 50 camas y están organizados para prestar los servicios de medicina, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia. *Hospital Tipo II*, se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 100.000 habitantes. Tienen entre 50 y 150 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo. *Hospital Tipo III*, se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 400.000 habitantes. Tienen entre 150 y 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo. *Hospital Tipo IV*, se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes, con un área de influencia demográfica superior a los 1.000.000 habitantes. Tienen más de 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Los hospitales con mayor capacidad de resolución se encuentran en la ciudad capital y en las capitales de los Estados. Los hospitales reflejan una baja utilización en el total de egresos y en el porcentaje de ocupación de camas (53%). La capacidad de resolución de los hospitales es precaria, las listas de espera para cirugías y atención ambulatoria son extensas y es frecuente la carencia/insuficiencia de algunos insumos esenciales para la atención de las personas. Con la finalidad de hacerle frente a esta problemática, se conformó una Comisión Nacional coordinadora del abordaje de la problemática hospitalaria. Esta goza de relativa autonomía y de apoyo político y financiero. Han identificado los principales problemas y han formulado proyectos para atenderlos con soluciones en el corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo se contrataron servicios privados y se establecieron convenios con países amigos, lo que permitió aliviar las necesidades de atención inmediatas que no podrían ser resueltas en la red oficial. Adicionalmente, se asignó una partida extrapresupuestaria importante para el equipamiento y fortalecimiento de la infraestructura en hospitales seleccionados y se formuló una propuesta de marco legal y administrativo que permita el desarrollo de la autonomía de gestión.

La mayoría de los hospitales disponen de algún tipo de sistema computarizado de información para la contabilidad de costos y recursos humanos, más no así para la gestión clínica y/o administrativa. Recientemente el MSDS ha iniciado el desarrollo de un sistema de información para la gestión de hospitales, basado en el WINSIG/OPS. La propuesta consiste en el desarrollo de un módulo de gestión de hospitales dentro del SISMAI que se viene promoviendo para los establecimientos ambulatorios, de modo que en el mediano plazo se cuente con un sistema de información único. Se inició el desarrollo de esta herramienta en cinco hospitales del Distrito Federal y cinco del Estado Bolívar y se espera expandirla en todo el país al término de este año. No se registran en el nivel central del MSDS las cinco causas más frecuentes de alta hospitalaria para las principales redes de prestadores.

### ***Sobre Calidad:***

*Calidad Técnica:* La calidad es un tema recientemente introducido en las instituciones públicas de salud. En 1998 la Dirección Técnica de Servicios desarrolló un Taller de Garantías de Calidad con la participación de 7 Estados para implantarlo posteriormente a nivel Nacional. No obstante, no se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos que hayan establecido programas de calidad y estén ya en funcionamiento. Durante 1999 y 2000 se realizaron tres talleres nacionales para la formulación de la propuesta de programa nacional de garantía de calidad y acreditación de establecimientos. Esta fue formulada y actualmente se encuentra a la espera de su implementación.

No se cuenta con información respecto a la existencia de comités de ética y/o control de comportamiento profesional. No hay registro disponible sobre las infecciones hospitalarias. A finales del año pasado el MSDS llevó a cabo una encuesta nacional con el propósito de evaluar y fortalecer las unidades de epidemiología hospitalaria a nivel nacional con el objetivo de reducir los índices de infecciones intrahospitalarias. La encuesta le fue remitida a los 214 hospitales del país pero solamente 21 contestaron

(9%). De ellos, 11 reportaron tener establecidos y funcionando "comité de infecciones hospitalarias" (5% del total de hospitales). De acuerdo a información suministrada por el MSDS, en 1998 el 21.62% de los partos en los hospitales públicos terminó en Cesáreas: la relación de Partos/Cesáreas fue del 3.6/1.

No se les entrega de rutina a los pacientes informe de alta o de asistencia, salvo en casos especiales en que éste así lo solicite. Se les entrega al salir una "tarjeta de control de cita". No obstante, el acta médica es llenada y queda dentro de la historia clínica de cada paciente.

El 90% de las autopsias que se hacen en el país son forenses. El mayor porcentaje de las autopsias no forenses son realizadas en hospitales universitarios (docentes) tipo III y IV y se llevan a cabo por razones académicas docentes. En 1998 se reportó 9.46% de autopsias no forenses. El porcentaje de muertes infantiles auditadas fue de 9.7 % en 1999 y ha disminuido progresivamente desde 1995 cuando era de 12.8%. El porcentaje de muertes maternas auditadas es de apenas 0.3%.

*Calidad Percibida:* No se determina y evalúa de manera sistemática ni esporádica la calidad percibida. La Ley Orgánica de Salud, actualmente en discusión, establece el marco legal para el desarrollo de los derechos de las personas y, por ende, el desarrollo de programas de calidad y calidez.

### **3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL**

#### ***3.1. Seguimiento del proceso***

*Seguimiento de la dinámica:* En los últimos doce años el país ha experimentado cinco grandes esfuerzos de macro-reforma: la Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987, las leyes de la Seguridad Social aprobadas con la autorización de la Ley Habilitante de 1998, los cambios realizados en el marco de la Ley Habilitante de 1999, el marco legal establecido en la nueva Constitución Política y la Nueva Ley Orgánica de Salud, actualmente en discusión. Por distintas razones las tres primeras reformas fueron infructuosas y limitadas. La Ley del Sistema Nacional de 1987 nunca fue implementada en su totalidad. Las leyes de 1998 contribuían a reforzar características negativas del sistema de financiamiento público de la salud. La discusión de las reformas de 1999 fue diferida para el escenario de la Asamblea Nacional, a la cual se le elevará este año la propuesta de Ley que dará el contexto para el desarrollo definitivo de la reforma del sector salud en Venezuela.<sup>16</sup>

#### ***Seguimiento de los contenidos.***

*Marco Jurídico:* La Constitución Política aprobada en diciembre de 1999, establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector de la salud venezolano. El marco legal establecido por la Carta Magna ha permitido la formulación de una propuesta de "Ley Orgánica de Salud" (actualmente en discusión). Esta tiene por objeto desarrollar y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud. Regulará todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad, el desarrollo de un medio ambiente saludable, la organización y funcionamiento del sector salud, el financiamiento, la prestación de servicios y los productos para la salud, así como los deberes y derechos de las personas, la responsabilidad de los distintos sectores en materia de salud, las actividades de los

trabajadores de la salud y de los establecimientos, sean públicos o privados, así como la relación entre ellos.

*Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento:* Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará el Sistema Público Nacional de Salud integrado al Sistema de Seguridad Social y correspondiente al Subsistema de Salud de la Seguridad Social. Este integrará en un mismo régimen todas las instituciones, órganos y establecimientos públicos que suministran programas y servicios de salud, así como aquellos que reciben financiamiento por parte del Estado.

*Rectoría:* El Ministerio de Salud y Desarrollo Social en su condición de representante del Ejecutivo Nacional es el órgano rector del sector salud y tendrá a su cargo: la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud; la regulación del sector, y la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud.

Para el desarrollo de la política integral de salud, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social coordina la participación de las instituciones del sector, y se coordina con aquellas instituciones y organizaciones cuyas actividades tienen efectos en la salud de la población, incluyendo: educación, cultura, ambiente, vialidad, vivienda, economía, comunicación, ciencia, tecnología y defensa. Además promoverá la integración del Sistema Público Nacional de Salud en todos los niveles intergubernamentales y para las funciones tanto de rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Para tal efecto la nueva Ley propone la creación, en los niveles nacional, estadales y municipal, de los consejos intersectoriales de salud con la finalidad de garantizar el concurso de los distintos sectores en el funcionamiento del Sistema Público Nacional. Estos consejos tendrán las siguientes funciones: A) Actuar como órgano de coordinación entre diversos despachos ministeriales, o sus equivalentes estadales y municipales, para el diseño de las políticas, planes, programas y normas relacionados con la salud integral. B) Actuar como órgano asesor y consultivo del Ministerio, Direcciones Estadales y Municipales de Salud y Desarrollo Social, según corresponda. C) Convocar a las organizaciones no gubernamentales vinculadas con los asuntos a tratar. D) Distribuir entre los integrantes, responsabilidades y compromisos para la ejecución de las actividades que el Consejo determine.

*Separación de funciones:* El Sistema Público Nacional de Salud comprende las funciones de rectoría, regulación, información, ejecución, control, financiamiento y prestación públicos de los servicios de salud. Se organiza como un sistema intergubernamental bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y con competencias exclusivas del nivel nacional y concurrentes entre los niveles nacional, estadual y municipal, de acuerdo con lo que establecen la Ley Orgánica de Salud, la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencia del Poder Público, la Ley Orgánica del Régimen Municipal y cualquier otra disposición vigente en la materia.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social y sus Direcciones Estadales y Municipales, elaborarán anualmente, desde el ámbito municipal al nacional, planes de salud para su área de competencia que

desarrollarán las políticas e incluirán programas o proyectos, objetivos, metas, medios, acciones, costos, asignación de responsabilidades, mecanismos de rendición de cuentas, criterios y lapsos de cumplimiento y evaluación de las actividades ejecutadas para hacer efectivo el derecho a la salud. Esos planes incluirán metas cualitativas y cuantitativas del desarrollo de las condiciones de salud de la población y de la eliminación de desigualdades en salud de acuerdo a género, ubicación geográfica, clase social, etnia y otras categorías de población; así mismo contemplarán acciones de desarrollo de establecimientos públicos para suprimir las inexistencias o deficiencias que subsistan. Para su elaboración contarán con la participación activa y efectiva de la comunidad y deberán hacerse del conocimiento público en cada uno de los niveles de gobierno en el tiempo oportuno para su discusión colectiva.

Modalidades de descentralización: En su respectivo territorio, las Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social ejecutan las políticas nacionales de salud, diseñan y ejecutan los programas y planes estatales de salud, integran las fuentes de financiamiento, asignan los recursos provenientes de los niveles nacional y estatal, y prestan los servicios y programas de salud, a través de un solo organismo que integra a todos los establecimientos públicos y aquellos que reciben financiamiento por parte del Estado.

Las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social son responsables de la gestión de los servicios de salud, de acuerdo a las competencias que le sean transferidas por los otros niveles de gobierno de acuerdo a las características particulares de cada municipio y de conformidad a los convenios de transferencia y otras disposiciones vigentes.

Participación y control social: La nueva Ley Orgánica de Salud establece que la participación como derecho político se ejercerá en todos los niveles del Sistema Público Nacional de Salud con la finalidad de democratizar el diseño de los planes, proyectos, programas, normas y la evaluación de la gestión para el logro de la salud individual y colectiva. Se están desarrollando los mecanismos y canales para garantizar la participación de las organizaciones comunitarias en los distintos niveles del Sistema Público Nacional de Salud, así como en los establecimientos públicos que lo conforman, con el propósito de lograr su integración activa a la gestión de salud. Todos los órganos de dirección de los establecimientos de la Red Pública de Salud deberán tener representación efectiva de miembros de la comunidad. Asimismo, las comunidades podrán proponer candidatos a ocupar cargos directivos en cualquier establecimiento público u organismo de gestión o dirección de salud, incluyendo los titulares de las Direcciones de Salud y Desarrollo Social y del Despacho del Ministerio. Los representantes de la comunidad deben ser electos en Asambleas de Ciudadanos y Ciudadanas en forma democrática y estarán obligados a rendir cuenta pública de sus actuaciones y sometidos a revocatoria de mandato. El Ejecutivo Nacional reglamentará los mecanismos y canales de participación comunitaria.

Financiamiento y gasto: El financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es solidario e integrado. Está constituido por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales en salud, los ingresos de los estados y municipios destinados a salud, las transferencias provenientes de los otros subsistemas de la

Seguridad Social, las tasas especiales en salud, los recursos provenientes de la recuperación del costo por los servicios de registro y Contraloría de Salud Colectiva y cualquier otro recurso correspondiente a salud. Los establecimientos de salud que conforman la red pública de salud serán financiados por los recursos que le sean asignados por la Dirección Estatal o Municipal de Salud. Entre los criterios de asignación de recursos a los establecimientos de la red pública de salud se deben considerar los indicadores de eficacia, equidad, eficiencia y desempeño de los establecimientos.

La nueva Ley Orgánica de Salud propone la creación del Servicio Autónomo de Financiamiento del SNPS, como un servicio con autonomía funcional y financiera, adscrito al Ministerio de Salud y Desarrollo Social. En él se integrarán y administrarán los recursos financieros del Sistema Público Nacional de Salud provenientes de fuentes distintas al Fisco Nacional constituidas por las transferencias del resto de los subsistemas de la Seguridad Social, tasas y cualquier otra fuente de financiamiento no Fiscal. Los recursos financieros provenientes de los presupuestos fiscales estarán bajo el control y supervisión de los mecanismos establecidos en la Ley Orgánica de Contraloría General de la República. Aquellos recursos no fiscales serán controlados y supervisados por la Superintendencia de la Seguridad Social, utilizando como criterios básicos la efectividad y eficiencia en su ejecución. El Ministerio, las Direcciones Estatales y Municipales de Salud e institutos autónomos adscritos están obligados a publicar semestralmente en la prensa del ámbito correspondiente sus presupuestos y la ejecución de los mismos.

De acuerdo a la Ley, todas las instituciones, las Direcciones Estadales y Municipales de Salud y Desarrollo Social, los establecimientos públicos y privados prestadores de servicios y programas de salud, así como las industrias cuyos bienes y servicios están relacionados con la salud de las personas y de la colectividad, están en la obligación de suministrar la información que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social le solicite en los términos y lapsos que normativamente sean establecidos.

*Oferta de servicios:* Los establecimientos públicos prestadores de servicios y programas de salud y aquellos que cuenten con financiamiento por parte del Estado se organizan bajo la modalidad de red de salud en función de niveles de atención y grados de complejidad, cobertura geográfica, sectorización poblacional y capacidad resolutive. El ingreso a la red pública de salud se realiza a través del primer nivel de atención prestado en los establecimientos ambulatorios, exceptuándose las emergencias.

Todos los hospitales públicos estarán integrados a la red de salud y responderán a la dirección, coordinación y control de la Dirección Estatal de Salud y Desarrollo Social correspondiente. Podrán gozar de autonomía administrativa en las áreas de recursos humanos y administración de gastos de funcionamiento, previa acreditación para tales fines, con la finalidad de cumplir con los objetivos de Sistema Público Nacional de Salud. Esta "autonomía hospitalaria" será objeto de un reglamento especial.

En los casos de deficiencia o inexistencia de servicios de salud en la red pública de salud, cualquier nivel del Sistema Público Nacional de Salud podrá contratar la prestación de esos servicios a establecimientos privados. En todos los casos, la contratación de estos servicios se circunscribirá al logro de los objetivos contenidos en el Plan Nacional de Salud. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, sin menoscabo de lo

dispuesto en la legislación que rige el sistema de seguros, regulará la oferta de los servicios de salud cubiertos o amparados por las pólizas y los planes de salud ofrecidos por compañías de seguros, empresas de medicina prepagada, terceros administradores, cooperativas de salud y similares. Las pólizas y planes de salud ofrecidos por compañías de seguros, empresas de medicina prepagada, terceros administradores, cooperativas de salud y similares, incluirán de manera obligatoria la atención a la maternidad y a la infancia que incluyen los servicios de control prenatal, atención del parto, control del postparto, atención de las afecciones relacionadas con la lactancia, control del crecimiento y desarrollo infantil, así como las inmunizaciones obligatorias. Las Compañías Aseguradoras que operan seguros de salud destinarán el 3% de las primas que recauden anualmente en la constitución de un fondo administrado por ellas para la realización conjunta de campañas de educación sanitaria en coordinación con las autoridades nacionales de salud y con base en los perfiles epidemiológicos prevalentes en el país. La Superintendencia de Fondos de la Seguridad Social y la Superintendencia de Seguros supervisarán la utilización de estos fondos.

Modelo de atención: A objeto de garantizar la integralidad de la atención a las personas y la efectiva accesibilidad a los programas y a los servicios el Ministerio de Salud promueve desde hace dos años el desarrollo e implantación de un nuevo modelo de atención integral de salud y desarrollo social. La atención integral de la salud de las personas y de la colectividad comprende las actividades de promoción y educación para la salud, prevención de las enfermedades, medicina anticipatoria, restitución de la salud y rehabilitación. Cubre las necesidades de las personas a lo largo de todo su ciclo vital, de acuerdo a sus particularidades de género y etnia. El modelo de atención reconoce la diversidad de teorías, métodos, técnicas, equipos, materiales y fármacos utilizados para resolver los problemas de salud, a tal efecto impulsará la incorporación de todos los avances científicos y tecnológicos en el área de la salud con criterio integrador, basado en evidencias, con sujeción a principios bioéticos y sostenibilidad social.

Modelo de gestión: Todos los establecimientos de salud públicos podrán gozar de autonomía administrativa en las áreas de recursos humanos y administración de gastos de funcionamiento, previa acreditación para tales fines. Esta "autonomía de gestión" será objeto de un reglamento especial.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social como órgano rector del Sistema Público Nacional de Salud ha creado recientemente el Sistema Nacional de Información en Salud, el cual recolecta y analiza la información sobre epidemiología; programas y servicios de salud; actividades de los bancos de sangre; permisología sanitaria; costos y gastos; habilitación y acreditación de establecimientos públicos y privados prestadores de servicios de salud, registro y recertificación de los profesionales y técnicos de la salud, la información sobre el cumplimiento de las políticas de salud y evaluación del impacto de las intervenciones dirigidas a satisfacer las demandas de salud de la población, así como cualquiera otra que sea necesaria para cumplir los objetivos y metas del Sistema Público Nacional de Salud.

Recursos humanos: El Ministerio de Salud y Desarrollo Social ejercerá la regulación, vigilancia, fiscalización y control de la práctica de los profesionales y técnicos de la salud, con base en los principios de la buena práctica, la ética, la enseñanza y la investigación, sin menoscabo de lo establecido en otras

disposiciones aplicables. La nueva Ley propone la aplicación de sistemas de incentivos a los recursos humanos con el fin de promover la calidad y eficiencia en la provisión de los servicios, así como también fomentar la formación, capacitación y actualización permanente de los trabajadores y las trabajadoras de la salud. Se incentivará tanto el desempeño individual como el colectivo e institucional. Los incentivos se dirigirán al alcance de metas, cumplimiento de principios, mejora de indicadores de salud y control de costos. La Reglamentación de la ley establecerá los procedimientos necesarios para dar cumplimiento a esta materia. Para el ejercicio de todas las profesiones y técnicas de la salud será necesario poseer título, diploma o certificado debidamente reconocido por el Estado, estar registrado en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y cumplir con el proceso de recertificación correspondiente. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social avalará la actualización de competencias y conocimientos de los profesionales y técnicos de la salud para lo cual se creará una Comisión conformada por los Ministerios de Salud y Desarrollo Social quien la coordinará, de Educación, Cultura y Deportes, de Ciencia y Tecnología, las Universidades Nacionales, Academias Nacionales y sociedades científicas.

*Calidad y evaluación de tecnologías en salud:* El Ministerio de Salud y Desarrollo Social regula y controla a los establecimientos públicos privados que presten servicios de salud, para lo cual ha diseñado mecanismos de registro, habilitación, clasificación y acreditación que permiten garantizar las condiciones estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como la calidad de la atención. La habilitación y registro son requisitos obligatorios que deben cumplir todos los establecimientos de salud, públicos y privados, y la cual deberá renovarse anualmente. En la actualidad se está desarrollando un sistema de acreditación de los establecimientos prestadores de los servicios de salud a fin de garantizar una adecuada calidad de la atención y el cumplimiento de los principios del Sistema Público Nacional de Salud. El sistema determinará los criterios obligatorios y voluntarios de la acreditación.

**3.2 Evaluación de resultados.** Dado que el desarrollo del nuevo modelo de atención comenzó en 1999 y que la otras iniciativas de reforma aún no se implementaron, no existen evidencias que permitan evaluar como pueden haber influido sobre los indicadores de equidad en acceso, cobertura, y uso, en la eficiencia en la distribución y uso de los recursos, en la efectividad y calidad de la atención, en la sostenibilidad de sistema y en la participación social.

## BIBLIOGRAFIA Y NOTAS.

\* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de diecinueve profesionales y decisores políticos nacionales representantes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el Instituto Venezolano de Seguridad Social, el Instituto Nacional de Atención Geriátrica, del Centro de Políticas Públicas del Instituto de Estudios Superiores de Administración y de la OPS/OMS. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la OPS/OMS en Venezuela. La revisión externa fue encomendada a la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción corresponde al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

---

<sup>1</sup> Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Caracas, Marzo de 2000.

<sup>2</sup> Oficina Central de Estadísticas e Información: Anuario estadístico de Venezuela, 1998.

<sup>3</sup> OPS/OMS. Informe Final del Proyecto desastres en Venezuela. Caracas, Diciembre de 2000.

<sup>4</sup> Oficina Central de Estadísticas e Información: Anuario estadístico de Venezuela, 1998.

<sup>5</sup> OPS/OMS: Condiciones de Salud en Venezuela. Caracas, Marzo de 2001.

<sup>6</sup> Ministerio de Salud y Desarrollo Social: Anuario Estadístico de 1998, Caracas, Venezuela.

<sup>7</sup> Oficina Central de Estadísticas e Información, PNUD: Índice de Desarrollo Humano 1999 Venezuela. Caracas, 2000

<sup>8</sup> Dirección de Información Social, Ministerio de la Familia: Cálculos Propios. cifras revisadas, Enero de 2000.

<sup>9</sup> Riutort, M: Causas de la Pobreza en Venezuela, UCAB, 1998.

<sup>10</sup> Oficina Central de Estadísticas e Información: Anuario estadístico de Venezuela, 1998.

<sup>11</sup> Subcomisión de Salud de la Comisión Presidencial de la Seguridad Social. Documento de trabajo de la Ley Orgánica de Salud. Caracas, Febrero de 2001.

<sup>12</sup> Gaceta Oficial N° 36.935 de la República Bolivariana de Venezuela. Reglamento interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Abril de 2000.

<sup>13</sup> Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Recursos humanos. Marzo de 2001.

<sup>14</sup> Jaén, M.H. Centro de Políticas Públicas del Instituto de Estudios Superiores de Administración, 2001.

<sup>15</sup> Gaceta Oficial 32.650. Caracas, Enero de 1983.

<sup>16</sup> González, M.J: Retos del sistema de salud en Venezuela, Caracas, 1999