

## **PRESTACIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN VENEZUELA**

La salud ha sido un término muy controversial para su definición y caracterización. Los modelos de su estudio han sido principalmente el biologicista y el ecologicista. La conceptualización social de la salud que abarca aspectos como los procesos de producción y reproducción social, fueron puntales teóricos en la década de los 70' y 80' del pasado siglo. Hoy existe una mezcla de muchos de estos paradigmas, apuntando al desarrollo de la salud como un derecho humano. Por tanto, las políticas de salud que los Estados propongan a su población, tendrán que ver con la concepción que de la salud tengan. ¿A quién se va a proteger? ¿Existen los recursos para ello? ¿Cómo se organiza la atención? ¿Se cuenta con la institucionalidad para dar salud? ¿Por qué se enferma la población? ¿Cuál es su perfil de morbi-mortalidad?.

Para el caso que nos ocupa, iniciaremos estableciendo en qué consisten las Prestaciones Sanitarias, ya que las mismas han tenido en diferentes países, variadas forma de abordarlas y atenderlas, para ello vamos a revisar sucintamente algunas experiencias Europeas, especialmente España y Francia, para conocer cómo se da la prestación de salud para la población de ambos países.

En un segundo punto se realizará la caracterización de los sistemas de salud en el mundo, para lo cual se revisan algunos autores como Milton Roemer, Mario Testa, Carmelo Mesa-Lago, quienes desde las experiencias en diferentes países establecen la manera cómo está organizado el sistema de salud. La forma cómo se organiza el sector salud dará como resultado la posibilidad de atender o no al conjunto de ciudadanos de un país y por tanto de su bienestar

Como tercer elemento se hará la revisión desde los aspectos jurídicos de las Prestaciones Sanitarias en Venezuela, a través del Régimen Prestacional de la Salud en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, iniciando algunas reflexiones acerca de la situación de este régimen en su aplicación para la población venezolana.

Por último se señalarán las Conclusiones de este ensayo y las referencias bibliográficas que apoyaron la realización de este trabajo.

## **CONTENIDO**

### **1.- Prestaciones Sanitarias.**

Desde 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se establece que todas las personas tienen derecho a la salud, contemplado en el artículo 25, tal como sigue:

#### Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (...)

Sobre estos principios muchos países se han abocado a proponer un conjunto de medidas sanitarias que den cuenta de la atención para el bienestar del conjunto de la población. Más que un listado de actividades a cumplir lo está viendo a través de los derechos que como ciudadanos detentan y pueden reclamar, para entonces cubrir sus necesidades.

Con un mayor énfasis y de forma más integral, la Declaración antes mencionada plantea en su artículo 22 lo siguiente:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Se plantea entonces tanto la responsabilidad del propio Estado y la cooperación internacional, previendo situaciones que desde lo interno no tenga capacidad de respuesta, pero en el entendido que lo primero a considerar es la atención de la persona para lograr alcanzar su bienestar. Esta atención en salud se establece a través de prestaciones:

“La prestación es una entrega patrimonial que puede consistir en dinero o en especie, que tiene por objeto hacer frente a una situación de necesidad que se ha actualizado en el beneficiario”.

“Las prestaciones en especie, son aquellas consistentes en la entrega de un bien o servicio, por ejemplo la asistencia sanitaria y los servicios sociales.”  
[\[www.elergonomista.com\]](http://www.elergonomista.com)

El supuesto de partida indica la presencia de una situación de necesidad y toda necesidad es una carencia, ya que no se poseen los medios propios para satisfacerla o los medios no son suficientes y pudiera ocasionar una serie de dificultades en la persona que a la larga pudiera producir otras más agravadas situaciones de necesidad.

La atención sanitaria ha sido desde hace mucho tiempo un elemento importante que ayuda a caracterizar la salud de la población. Esta significa tener una infraestructura adecuada para recibir una demanda de servicios; la presencia de un conjunto de profesionales especialmente preparados que garanticen el abordaje cualitativo de los problemas de salud; una tecnología que día a día se va mejorando (equipos), medicamentos, materiales diversos y por supuesto, contar con el financiamiento para ello, sea público o privado

Pero las necesidades son crecientes y siempre los recursos son escasos. ¿A quiénes puede abarcar esta asistencia sanitaria? Esa es una de las grandes preguntas de quienes tienen la responsabilidad de establecer políticas públicas, y dentro de ellas, la salud es de mucha importancia. Las actividades que promuevan una persona y una sociedad sana, van a traer una gran felicidad, ya que contar con un ente que dé protección de salud propone el amparo para el conjunto de esa sociedad.

Los autores Joan Rovira, Rosa Rodríguez-Monguió y Fernando Antoñanzas en el texto Conjunto de Prestaciones de Salud (OPS/OMS, 2003), expresan:

“El término conjunto de prestaciones de salud hace referencia, en este documento, al conjunto, lista o relación de servicios o prestaciones financiados total o parcialmente por un sistema público, que son objeto potencial (sic) derechos y obligaciones para los actores de dicho sistema.” (p.3)

Continuando con Rovira, Rodríguez y Antoñanzas (2003) en la obra anteriormente citada proponen lo siguiente:

...el conjunto de prestaciones, más que una simple relación de servicios, es una relación derechos y obligaciones a recibir, suministrar o pagar dichos servicios<sup>6</sup>, lo que significa que puede ser necesario, o por lo menos conveniente, que junto a cada servicio se detallan las circunstancias o condiciones en que dichos derechos-obligaciones son efectivos (p.7)

Visto esto, significa que cada país establecerá un conjunto de prestaciones que estará en capacidad de afrontar y otras que no; por otra parte, a quiénes podrá cubrir con dichas prestaciones, ya que al hacer una selección de la población que va a ser asistida, se están proponiendo limitaciones para algunos en beneficio de otros. Esta selección preservará a quienes tienen menores recursos para satisfacer sus necesidades. Otros países consideran que si es un derecho universal debe ser para todos y preferirán reducir las prestaciones para poder asegurar esa cobertura total.

Mucho se ha especulado acerca de la forma en que se da la atención sanitaria para las personas con mayores problemas económicos, llegando a decirse que hay una medicina para pobres y una para ricos. La palabra sobre esta reflexión la tiene el sector público que debería dar una atención de calidad, integral y eficiente a este grupo de población que no tiene otra forma de enfrentar sus problemas de salud, principalmente por los derechos que le asisten y la obligación del Estado a través de sus políticas públicas de atender, sino a toda la población, por lo menos al grupo que no se lo puede costear.

Dicha oferta de servicios y actividades de salud debe ser claramente especificada, ya que la población debe conocer con exactitud lo que puede solicitar o reclamar. Para esto, el sector público deberá contar con una serie de recursos financieros, infraestructura y personal para llevarlos adelante.

Las prestaciones sanitarias más genéricamente establecidas se abordan a través de las contingencias que el propio sistema va a atender. Tenemos entonces que para garantizar el derecho a la salud será a través de la atención de las prestaciones por enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración, la

maternidad, paternidad y las discapacidades. Estas son las prestaciones establecidas para la salud en Venezuela en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002). Cada una de estas prestaciones tendrá que conformar un conjunto de actividades y recursos para hacerlas posibles. Entre sus características pudiéramos decir que deben ser integrales, continuas, amplias, accesibles, gratuitas, evaluables, disponibles.

Rovira, Rodríguez y Antoñanzas (2003) al referirse a los objetivos del conjunto de prestaciones apuntan a la consideración de varios elementos presentes en su determinación, y que a partir de dichos elementos requerirán de prestaciones de salud determinadas, entre ellos tenemos la propia estructura de los sistemas y modelos de salud (que serán explicados más adelante), las características de los grupos sociales, su orientación ideológica, su modelo político, las características que presenta esa población en relación a sus perfiles epidemiológicos (salud/enfermedad), las condiciones económicas del país y en fin las necesidades de salud que como sociedad presentan (Rovira, et al, 2003:34)

En el continente europeo, han desarrollado un importante sistema de salud. [[http://www.segsocial.es/Internet\\_1/PortalEducativo/Profesores/Unidad3/Cuadroaccionproyecto](http://www.segsocial.es/Internet_1/PortalEducativo/Profesores/Unidad3/Cuadroaccionproyecto)] [Fecha de consulta 1 de nov. 2014]. En España, las prestaciones sanitarias las definen como sigue: “Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.”

También consideran la necesidad de elaborar un catálogo de prestaciones a las cuales van a acceder todos los habitantes del país: “El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, comprende las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.”

En España las prestaciones sanitarias de tipo contributivo tienen una relevancia en la atención de la población. “Las prestaciones sanitarias cubren los gastos médicos y paramédicos y los gastos de farmacia, de aparatos y de hospitalización. Pueden

beneficiarse de estas prestaciones tanto el titular como sus derechohabientes que no estén de alta en ningún régimen de la seguridad social.” <http://desarrollo-profesional.universia.es/mercado-laboral/tus-derechos/prestaciones-contri> (fecha de consulta 1 de noviembre 2014)

En Francia la asistencia de salud se da a través del seguro de enfermedad, maternidad y paternidad, por intermedio de las denominadas cajas primarias de seguro de enfermedad, ubicadas en el espacio metropolitano de Francia y en las áreas o departamentos de ultramar se refiere a las cajas generales de seguridad social. [[http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/es\\_index.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/es_index.html)] [Fecha de consulta 02 de noviembre de 2014]

En este caso son de tipo contributivo, ya que la población debe pagar las cuotas en relación al número de horas trabajadas en el período determinado “(importe de las cuotas debidas multiplicado por 60 veces el Salario Mínimo Interprofesional – SMIC por sus siglas en francés, Importe del SMIC horario desde el 1 de enero de 2014 : 9,53 € ).”

Por último, las personas que residen de forma estable y regular en Francia y que no tienen derecho a las prestaciones sanitarias del seguro de enfermedad o de maternidad en concepto de asegurado o derechohabiente, disfrutan en el marco de la CMU de las prestaciones sanitarias del seguro de enfermedad y maternidad. En función de su nivel de ingresos, estas personas deberán o no abonar una cuota específica por la cobertura sanitaria universal.

En Francia el seguro de enfermedad contribuye con la población en cuanto al reembolso que proporciona de los gastos médicos como prestación sanitaria, además de cubrir los subsidios por enfermedad en caso de alguna discapacidad que sea de carácter temporal para el individuo asegurado. En cuanto a las prestaciones sanitarias “cubren los gastos médicos y paramédicos y los gastos de farmacia, de aparatos y de hospitalización.”

Por otra parte tenemos la población que puede tener o no acceso a gozar de estas prestaciones. Los autores Rovira, Rodríguez y Antoñanzas (2003) se refieren a la necesidad de delimitar a la población que va a ser beneficiaria de las prestaciones

sanitarias. En este sentido se preguntan en primer lugar a quién cubre y para ello plantean dos opciones: por un lado si se quiere garantizar las prestaciones a toda la población (cobertura universal), reduciendo dichas prestaciones, o por el otro si se atiende solamente a grupos específicos de la población con un conjunto de prestaciones previamente establecidas. “De acuerdo con las condiciones de cada país o región, la cobertura puede explicitarse para grupos específicos en función de sus características sociodemográficas, epidemiológicas, de factores de riesgo o de cualquier otro criterio cualitativo considerado prioritario. (p. 36). En este aspecto los autores apelan al presupuesto de la equidad, principalmente para las poblaciones de menores recursos económicos y con dificultad de acceso a los servicios y que por otro lado no pueden garantizarse las prestaciones sanitarias por la vía privada.

Pasamos ahora a desarrollar los sistemas de salud con los cuales se proporcionan las distintas prestaciones de salud en los diferentes países.

## **2.- Modelos de Sistemas de Salud**

Los sistemas de salud se constituyen en la organización que dará cuenta del funcionamiento del sector salud en un país determinado. En el mundo tenemos muchas variantes en la manera cómo se aborda esta estructuración, dada por la experiencia y condiciones por las que ha pasado el país para la atención de su población.

Mario Testa, autor de origen argentino, pero que por muchos años fue estudioso del sector salud en Venezuela nos dice que “el financiamiento organiza al sector salud” y para ello expresa que hay un origen de los fondos para la salud, la canalización de estos fondos y por último el destino o hacia quiénes van dirigidos. Esta propuesta de la década de los 80’ nos habla de tres subsectores de la salud que son: el público, el mixto (o de la seguridad social) y el privado. El financiamiento de cada uno de estos va a tener un origen y un destino distinto; así que el subsector público cuenta con el financiamiento estatal y va a estar destinado al conjunto de la población (venezolana); el subsector mixto tiene un origen mixto (tripartito) en su financiamiento, se obtiene en

base a las cotizaciones que aportan los trabajadores y los empleadores, por tanto se desprende de la relación laboral que se establece entre patronos y trabajadores, y además financia una porción de este subsistema el propio Estado. El destino o destinatarios de este subsistema son los trabajadores de manera directa y sus familiares; y por último el subsector privado que el origen es el pago personal de quienes van a recibir la atención.

En los dos primeros subsistemas expuestos, la canalización de los fondos es de tipo público, responsabilidad del Estado. En el subsistema privado canaliza el financiamiento los propios dueños de las empresas de salud (clínicas, servicios de laboratorio, etc). Hoy día ha avanzado exponencialmente el subsector privado a través de los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad, denominados HCM, en los cuales hay un aporte estatal de parte de la Administración Pública para sus empleados y que constituye la inversión desde lo público para la atención en el sector privado, financiamiento obtenido a través de luchas reivindicativas desde las propias organizaciones de los trabajadores.

Milton Roemer en la orientación de Mario Testa, considera que en un mismo país puede darse “la combinación de varios subsistemas”. Roemer, en un estudio de más de 20 años a nivel mundial llegó a determinar varios subsistemas de atención, entre los que presenta tenemos:

- **Curanderismo tradicional.** Derivado de las culturas indígenas, los métodos de atención consisten en mezclas diversas de magia, empirismo y a veces indicios de medicina moderna. Los curanderos no sólo se encuentran en áreas rurales, sino también ofrecen sus servicios en las ciudades.
- **Beneficencia religiosa.** La colonización de la que fueron objeto la mayoría de los países latinoamericanos conllevó una fuerte presencia e influencia de la Iglesia Católica europea de España y Portugal. Algunas órdenes religiosas fundaron hospitales de beneficencia en casi todas las ciudades, dedicados especialmente a la asistencia de la población pobre.
- **Ministerios de salud pública.** ... varios países iniciaron campañas contra los mosquitos transmisores de enfermedades. Buscando proteger los intereses productivos de su territorio y sus enclaves en otros países, los Estados Unidos también participaron en la creación de oficinas sanitarias pertenecientes a los ministerios del interior y relacionadas con la policía. Posteriormente, las funciones de la salud pública se extienden, dando origen a los ministerios de salud como las instituciones estatales responsables de la atención sanitaria.
- **Seguridad social.** La Organización Internacional del Trabajo, ... , se dedica a promocionar la “paz a través de la justicia social”. Una de sus principales estrategias



fueron los mecanismos de seguridad social, que se extendieron a América Latina, siendo Chile el primero en crearla en 1924, Brasil en 1930, y posteriormente en el resto de los países latinoamericanos(...). La población a la que más se ha atendido es a los trabajadores con empleo fijo, y su financiamiento principal ha consistido en la contribución de los trabajadores y empresarios.

- **Otras instituciones gubernamentales.** Se reconoce la existencia de otras instituciones gubernamentales que llevan a cabo actividades de salud, como las fuerzas armadas y la policía nacional, los ministerios de trabajo, de educación, de agricultura, entre otras.

- **Organismos voluntarios (Beneficencia).** A consecuencia de iniciativas de familias ricas y políticamente importantes, se han constituido sociedades voluntarias para promover mejoras en la atención de los niños, fomentar la salud mental, prevenir y tratar el cáncer, y atender urgencias (Cruz Roja)...

- **Empresas.** En todos los países latinoamericanos existen empresas industriales, mineras o agrícolas que proveen servicios médicos directamente a sus trabajadores y a sus familias.

- **Sector privado.** En todos los países se encuentra un mercado de atención de salud con médicos, dentistas, farmacéuticos y otros profesionales de la salud que venden sus servicios a los pacientes. Es típico encontrar que la mayoría de los médicos están empleados en el ministerio de salud, instituciones de seguridad social u otras organizaciones, y al mismo tiempo ejercen también la práctica privada. Una consideración importante de mencionar es que el volumen del sector privado tiende a ser inversamente proporcional al tamaño y alcance de los programas públicos.

(Roemer, 1992 citado por Lucrecia Hernández en su texto Sistemas de Salud, 2007: 20,21,22

Otro autor que desarrolla modelos de sistemas de salud en América Latina es Carmelo Mesa-Lago, siguiendo la propuesta general de público privado y mixto o seguro social, presenta en cuanto a su financiamiento y los grados de cobertura los siguientes modelos principalmente para nuestra región, expuestos también por la autora Carmen Hernández (2007), quien sintetiza la propuesta de la siguiente manera:

- **Público unificado.** El Estado es el encargado exclusivo del financiamiento y la provisión directa (no se permite el ejercicio privado), y provee una cobertura universal y gratuita...

- **Seguro social unificado.** El seguro es público y se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa de servicios, al mismo tiempo puede negociar con el subsector privado la prestación para parte de los asegurados, y tiene una cobertura virtualmente universal...

- **Dual coordinado.** Combina los subsectores público-seguro social y privado; las funciones de financiamiento y provisión están separadas, y la cobertura es casi universal,...

- **Dual con cierta coordinación.** El subsector público está descentralizado, dividido en niveles federal, estatal y municipal; los tres niveles ejercen funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado ofrece servicios complementarios importantes, con lo cual la cobertura es virtualmente universal...

- **Virtualmente dual.** Está integrado funcionalmente, en donde el seguro social cumple un papel central, el subsector público es secundario, y el privado es marginal. No existe separación de funciones y la cobertura es casi universal, ...
- **Cuatripartito coordinado.** Se observa un subsector público-seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público (vinculado) de carácter transitorio. Las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión están separadas, y existe una cobertura de algo más de la mitad de la población.
- **Tripartito.** Es el caso donde existe una baja coordinación entre tres subsectores, el seguro social (cubre a la mayoría), el público (a cargo de las provincias) y el privado. Cada subsector tiene su financiamiento propio y provisión, con cobertura virtualmente universal.
- **Tripartito segmentado.** Es el modelo donde no existe coordinación adecuada entre los subsectores, hay una separación parcial de funciones y la cobertura es virtualmente universal.
- **Tripartito muy segmentado.** Se carece de coordinación adecuada entre los tres subsectores, la separación de funciones es inexistente y la población cubierta es de 57% a 73%...
- **Dual.** Este modelo en donde los subsectores público y privado trabajan sin coordinación. El primero de ellos juega un papel fundamental, mientras que el privado es pequeño, y el seguro social es prácticamente inexistente. No existe separación de funciones y la cobertura es de 60%. (Mesa Lago, 2005) . Hernández, op cit, pp. 25, 26, 27.

Como podemos observar, la caracterización de los modelos de sistemas de salud realizado para identificarlos en los países latinoamericanos, coincide con la propuesta de Testa al señalar a Venezuela en el modelo tripartito muy segmentado, donde los tres subsectores funcionan de manera parcelada y por tanto no funcionan como un sistema que se pueda interrelacionar. Quizás habría que reflexionar para Venezuela que cada uno de los subsectores señalados funciona como parcelas estancas sin ningún viso de conformarse en sistema. Veremos más adelante en este escrito, si las nuevas propuestas sobre salud, contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, pudieran reconducir las apreciaciones que sobre la organización del sistema público nacional de salud se vienen dando.

### **3.- Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social en Venezuela**

Para hablar de este tema en nuestro país es imprescindible pasearse por algunos artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Antes de la Constitución de 1999, ya aparece en la Constitución Nacional de 1961 en donde expresa el derecho social de la salud en su artículo 76:

Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. (...)

Y con respecto a la Seguridad Social, la Constitución de la República de 1961, plantea:

Artículo 94º

En forma progresiva se desarrollará un sistema de seguridad social tendiente a proteger a todos los habitantes de la República contra infortunios del trabajo, enfermedad, invalidez, vejez, muerte, desempleo y cualesquiera otros riesgos (...)

Quienes carezcan de medios económicos y no estén en condiciones de procurárselos tendrán derecho a la asistencia social mientras sean incorporados al sistema de seguridad social.

Anteriores a estas normas constitucionales tenemos la Ley de Sanidad del 5 de junio de 1931 y la Ley de Sanidad Nacional del 15 de julio de 1938, luego de creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936. Esta Ley de Sanidad Nacional es derogada por la Ley Orgánica de Salud de 1998. Fueron 50 años que dicha normativa estuvo vigente, siendo básicamente de tipo preventivo, sanitarista y de corte ambiental

La Ley Orgánica del Sistema Público Nacional de Salud (1987) es otra normativa que fue una propuesta importante para desarrollar en nuestro país un Sistema Nacional de Salud, pero nunca contó con el apoyo de los diferentes sectores, ni tampoco hubo presión social ni interés gubernamental por llevarlo adelante.

Ley Orgánica de Salud del 26 de agosto 1998. Es la última en el área, ya que los proyectos hasta ahora presentados ante la Asamblea Nacional no han sido aprobados.

Esta Ley Orgánica de Salud plantea en su Artículo 76.- Se deroga la Ley de Sanidad Nacional publicada en Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 19.626, de fecha 22 de julio de 1938 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud publicada en Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 33.745, de fecha 23 de junio de 1987, así como todos aquellos reglamentos o cualquier otra disposición normativa que colidan con esta Ley. Como cuerpo normativo vigente de las legislaciones mencionadas, sólo tenemos a la Ley Orgánica de Salud de 1998.

Pasamos ahora a referirnos a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y a la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social a los efectos del presente trabajo.

Con respecto a la Constitución de 1999 tenemos los siguientes artículos referidos a la Salud:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. (...)

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, (...)

Artículo 85.

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. (...)

Artículo 86.

Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. (...) Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios.(...)

Como se puede apreciar, las normas constitucionales tratan a la salud como derecho humano, obligación del Estado para su puesta en funcionamiento, aportando los recursos financieros para proteger a quienes carecen de medios para proporcionarse la salud. Estas normas constitucionales son completas y extensas en su texto. El artículo 83 constitucional es amplísimo en cuanto al conjunto de derechos que se conceden, de parte del Estado para toda la población. La diferencia fundamental con la Constitución Nacional de 1961 es la concepción de universalidad en la concesión de

este derecho. En la Constitución de 1961, expresaba que gozaban del derecho a ... quienes carezcan de los medios ... para proporcionarse la asistencia a la salud. Muy restrictivo en su concepto, aunque en la práctica, fueron muchos los servicios de salud que apoyaron a la población de cualquier clase social. Otro aspecto importante del artículo 83, de 1999, es la incorporación de la población para hacer posible este derecho, mediante su participación activa.

El artículo 84 plantea la función rectora del Estado para garantizar el derecho a la salud y establece la gestión del Sistema Público Nacional de Salud, encargado de la atención del conjunto de la población, dando primacía a la prevención y promoción de la salud y garantizando la rehabilitación y tratamiento de la población. Otro aspecto de este artículo es la declaración de prohibir la privatización de los servicios de salud.

El artículo 85 trata sobre las diferentes fuentes de financiamiento de la salud, principalmente por los ingresos fiscales, por tanto responsabilidad del Estado. Interesante en este artículo es que expresa la participación de las contribuciones que realizan los particulares a través de las cotizaciones hacia la salud y que formarán parte de las fuentes de financiamiento. En este aspecto más adelante se realizará una reflexión sobre este aspecto en cuanto a la solidaridad y justicia de este elemento contributivo.

Con respecto al artículo 86 sobre el derecho a la seguridad social, al igual que en muchos países, la salud forma parte del conjunto de prestaciones de la seguridad social y dentro de dicho artículo, la salud es la primera garantía señalada y en las contingencias aparece la enfermedad en general, enfermedades catastróficas, discapacidad, invalidez y pudiéramos agregar necesidades especiales; nuevamente trata de las cotizaciones especiales para cubrir los servicios médicos y asistenciales y aporta lo referente a los remanentes de capital destinados a la salud. Acá en este artículo 86 refuerza lo planteado en el artículo 85 ya comentado.

Para poder complementar los aspectos sobre prestaciones sanitarias debemos recurrir a citar algunos artículos de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, aprobada el 30 de diciembre de 2002. Define el Régimen Prestacional así:

**Artículo 7.** A los fines de esta Ley se entiende por Régimen Prestacional el conjunto de normas que regulan las prestaciones con las cuales se atenderán las contingencias, carácter, cuantía, duración y requisitos de acceso; las instituciones que las otorgarán y gestionarán; así como su financiamiento y funcionamiento.

Con respecto a las Contingencias, el artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social establece las que amparará todo el sistema, las cuales pasamos a transcribir las que son sólo referidas a las prestaciones sanitarias:

**Artículo 17.** El Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad; paternidad; enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración; discapacidad; necesidades especiales; ....”

En relación a cuáles son las prestaciones que ampara, **Artículo 18.** El Sistema de Seguridad Social garantizará las prestaciones siguientes:

1. Promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa (...)
2. Promoción de la salud de los trabajadores y de un ambiente de trabajo seguro y saludable, ... así como las prestaciones en dinero que de ellos se deriven.
3. Atención integral en caso de enfermedades catastróficas.
4. Atención y protección en caso de maternidad y paternidad.
5. Protección integral a la vejez.
6. Prestaciones en dinero por discapacidad temporal debido a enfermedades, accidentes, maternidad y paternidad

El presente artículo hace la siguiente salvedad:

La organización y el disfrute de las prestaciones previstas en este artículo serán desarrolladas de manera progresiva hasta alcanzar la cobertura total y consolidación del Sistema de Seguridad Social creado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

La reflexión ante estas prestaciones es la poca cobertura con las cuales se vienen implementando. Con respecto a la protección a la maternidad y paternidad se perciben avances en cuanto a los reposos establecidos en las leyes laborales; la protección integral a la vejez tiene poca cobertura el Instituto Nacional de Servicio Social; las prestaciones dinerarias contemplados en el numeral 9 se canalizan a través del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), casi desde su creación. El numeral tercero, acerca de las enfermedades y accidentes de trabajo, participan dos instituciones que son el Instituto de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL) y el IVSS. Quizás el numeral primero es uno de los más complejos de atender, por considerar a la salud como un derecho, y por la complejidad que significa su atención.

En la estructura del sistema de Seguridad Social se encuentra el Sistema Prestacional de Salud contenido en el **Artículo 20**. El Sistema Prestacional de Salud, tendrá a su cargo el Régimen Prestacional de Salud mediante el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud.

El primer Régimen Prestacional que desarrolla la LOSSS es el de Salud. Este Régimen está vinculado directamente con la puesta en marcha del Sistema Público Nacional de Salud, equipara este derecho con otro que es fundamental, el derecho a la vida, ambos derechos humanos, con un alcance a nivel nacional. La rectoría estará en manos del Ministerio de adscripción, hoy Ministerio de Salud y expresa todos los principios por los cuales se regirá.

Podemos ver en su amplitud el Objeto del Régimen Prestacional de Salud:

**Artículo 52.** Se crea el Régimen Prestacional de Salud en consonancia con los principios del Sistema Público Nacional de Salud que tiene por objeto garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida en función del interés público, en todos los ámbitos de la acción sanitaria dentro del territorio nacional. (...)

La creación de su institución gestora, el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) sería el ente encargado de su promoción y funcionamiento. Actualmente existe una fuerte controversia entre los distintos factores que plantean la existencia plena y en

funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud. Consideramos que un sistema está interrelacionado en todos sus niveles y en este momento observamos la incomunicación entre los mismos, la falta de redes de información tanto asistencial como epidemiológica, que no da cuenta de los perfiles actuales de salud/enfermedad.

La discusión que plantea el contenido del artículo 52 estriba en contrastar lo que muy bien en él se plantea y la realidad concreta venezolana. Si revisamos el sistema de salud actual en Venezuela, las instituciones prestadoras de salud no tienen ninguna coordinación entre ellas. No existen registros de usuarios a fin de determinar el uso de los servicios; no hay una regionalización de la atención sanitaria que ponga orden en cuanto al acceso a los servicios; la dotación de medicamentos es escasa y en la mayoría de los casos corren por cuenta del paciente, quien tiene que recorrer varias farmacias para, obtener el tratamiento completo.

Para el caso concreto venezolano, la Misión cubana Barrio Adentro implementada a partir del 2004, no se encuentra integrada orgánicamente al Ministerio del Poder Popular para la Salud; no rinde cuentas en el país ni financiera ni epidemiológicamente.

La noción de Sistema Público Nacional de Salud debe llevar a la reflexión de varios aspectos. Por un lado cuando hablamos de un sistema consiste en un todo articulado, interconectadas las partes, con retroalimentación permanente. Con esto pudiera esperarse la relación e interconexión entre las instituciones administrativas como operativas, pero en la realidad los vínculos no existen, no hay canales de comunicación establecidos, desconocimiento por parte de los propios trabajadores de la salud de cuáles son las políticas que se siguen en las instituciones y el diseño y seguimiento de los programas tampoco se realiza.

Pareciera que las instituciones funcionan por la inercia de la demanda. Debe ser público por otra parte, lo que significa que es de absoluta responsabilidad del Estado, como ente que debe realizar la prestación, con recursos fiscales a través del Presupuesto Nacional y se regirá por las normas de la Ley Orgánica de la Administración Pública. Por otro lado lo que se considera como Nacional. En el territorio de la República de Venezuela debería estar implementándose el sistema de



salud, porque además entre sus principios destaca la universalidad, ya que debe abarcar tanto a los venezolanos, como a los extranjeros residentes en el país, sean o no contribuyentes. No existen instituciones suficientes para dar cobertura ante el incremento de las necesidades de salud, principalmente para la población que va envejeciendo y requiere de un conjunto de actividades de atención por el aumento de enfermedades crónicas en esos grupos de edad.

Así que discutir sobre el Sistema Público Nacional de Salud requerirá poder contar con información de las instituciones, su financiamiento, la cobertura de los servicios, las políticas y los programas de salud, los registros epidemiológicos, con los cuales pudiéramos dar una respuesta a la gran interrogante ¿funciona en Venezuela el Sistema Público Nacional de salud?.

En cuanto a los beneficiarios de las prestaciones de salud a través del Sistema Público Nacional de Salud, están contenidos en el artículo 53. El mismo expresa la protección a la salud de todas las personas sin discriminación alguna, independientemente del registro y afiliación en el Sistema de Información de la Seguridad Social. A través de la figura de “otros regímenes especiales de salud” deja la puerta abierta para la creación de otros modelos de servicios, a través de las instituciones empleadoras, gremios, sindicatos, quienes pueden tener la iniciativa de proponer otros tipos de servicios.

El financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud lo plantea la LOSSSS así:

**Artículo 56.** El Sistema Público Nacional de Salud integrará a través del órgano o ente que determine la ley que regula el Régimen Prestacional de Salud, los recursos fiscales y parafiscales representados por las cotizaciones obligatorias del Sistema de Seguridad Social correspondientes a salud, los remanentes netos de capital destinados a salud y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.

De acuerdo a lo anterior, las cotizaciones obligatorias del Sistema de Seguridad Social correspondientes a salud, pudiera relacionarse a las cotizaciones que los trabajadores pagan al Seguro Social para cubrir su atención médica. Esto pudiera

interpretarse como solidario en relación con los que no están en condiciones de cotizar ni siquiera el mínimo del monto. Pero a la vez, no puede estar sobre los hombros de los trabajadores el peso de la Seguridad Social como ha estado ocurriendo en el país. Quizás sería pertinente también en cuanto a pensiones, si la apertura de no contribuyentes para gozar de pensión, sobre los hombros de quién está dicha política.

Por último, en el artículo 57 aparece la rectoría de este régimen:

**Artículo 57.** El Régimen Prestacional de Salud estará bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de salud; su gestión se realizará a través del Sistema Público Nacional de Salud.

El Régimen Prestacional de Salud se regirá por las disposiciones de la presente Ley y por la ley que regula el Régimen Prestacional de Salud. El Ministerio del Poder Popular para la Salud será el órgano rector y el órgano gestor el propio Sistema Público Nacional de Salud. Otra deuda creada por la Asamblea Nacional es la Ley que regulará el Régimen Prestacional de Salud, es decir, la nueva Ley Orgánica de Salud.

### **Reflexiones Finales:**

En primer lugar es considerar la importancia de la salud como un derecho humano, por tanto debe ser de obligatorio cumplimiento del Estado la atención de la salud para el conjunto de la población. Esto significa contar con los recursos financieros estatales, una institucionalidad instalada, normas legales establecidas, una política diseñada con sus principales aspectos como son la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, equipos y materiales médicos para dotar a los servicios sanitarios y por último, también contar con el apoyo de la población con su participación en la toma de decisiones y apoyo para la implementación de políticas y programas de salud.

Se requiere entonces el manejo de un marco conceptual social, que logre comprensión del fenómeno salud/enfermedad que vaya más allá de lo biológico. Y esto

significa que los demás componentes de la cotidianidad, de las distintas áreas de acción social, tendrán su influencia en las condiciones y calidad de vida y por tanto en condiciones de salud para llevar una vida digna.

El soporte constitucional va a ser necesario para fortalecer las políticas de salud. El proyecto de país contenido en la constitución nacional proporciona los lineamientos a seguir para incorporar a la salud como un derecho social y humano. Incluyen estas normas la institucionalidad que se va a construir, el modelo de sistema que se requiere crear, la población que va a ser objeto de atención, la participación social para promover la salud.

Los sistemas de salud descritos proporcionan la noción de cómo se organiza el sector salud y además las experiencias que se vienen dando en otros países con modelos de atención que han venido dando respuesta a los objetivos nacionales.

Contamos con la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, que en su concepción es muy completa, y que con respecto al Sistema de Salud y su Régimen Prestacional de Salud, presenta los elementos fundamentales y necesarios para la consecución del derecho a la salud.

Faltan algunas precisiones acerca de las fuentes de financiamiento, ya que algunos cotizan para su atención y un grupo mayoritario de la población no lo hace.

Con respecto a la organización de los sistemas de salud planteados en este trabajo, mantenemos un sistema público, privado y mixto, con ciertas variaciones.

.No se ha elaborado una nueva Ley Orgánica de Salud por parte del Legislativo, ni tampoco el Ejecutivo la ha tomado en cuenta al momento de legislar por Ley Habilitante. La actual Ley Orgánica de Salud de 1998, se encuentra desactualizada y por tanto inaplicable.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948. Producción Provea. Caracas: Ediciones Congreso de la República

Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariande Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 del 30 de diciembre de 1999

Asamblea Nacional. Ley de Reforma parcial del Decreto n° 6.243 con rango, valor y fuerza de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta Oficial N° 39.912 del 30 de abril de 2012

Asamblea Nacional. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta Oficial 37.600, de fecha 30 de diciembre de 2002

Congreso de la República. Ley de Sanidad Nacional, Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 19.626, de fecha 22 de julio de 1938

Congreso de la República. Ley Orgánica de Salud, Gaceta Oficial N°36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998

Congreso de la República de Venezuela. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 33.745, de fecha 23 de junio de 1987

Congreso de la República de Venezuela. Constitución de la República de Venezuela, 1961. [ [pdba.georgetown.edu/.../Venezuela/ven1961.html](http://pdba.georgetown.edu/.../Venezuela/ven1961.html)] [Fecha de consulta, 30 de enero de 2015]

Hernández, Lucrecia. 2007. Sistemas de salud: marco conceptual. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Guatemala. [[desarrollohumano.org.gt/sites/.../Serie\\_Salud\\_12.pdf](http://desarrollohumano.org.gt/sites/.../Serie_Salud_12.pdf)]. [Fecha de consulta 30 de noviembre de 2014]

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Acción Protectora y Régimen Jurídico de las Prestaciones. España [[http://www.segsocial.es/Internet\\_1/PortalEducativo/Profesores/Unidad3/Cuadroaccionprotecto](http://www.segsocial.es/Internet_1/PortalEducativo/Profesores/Unidad3/Cuadroaccionprotecto)] [Fecha de consulta 1 de nov. 2014]

Ministerio del Trabajo e Inmigración. Pensiones para españoles en el exterior. [<http://www.empleo.gob.es/es/mundo/consejerias/venezuela/pensiones/index.htm>] [Fecha de consulta 02 de noviembre de 2014]

Ministerio del Trabajo e Inmigración. Prestaciones Contributivas: Asistencia Sanitaria. [<http://desarrollo-profesional.universia.es/mercado-laboral/tus-derechos/prestaciones-contri>] [Fecha de consulta 1 de noviembre de 2014]

Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Asistencia sanitaria. España [[http://www.segsocial.es/Internet\\_1/Preguntasmasfrecuen37888/SubsidiosyotrasPres48581/Asist](http://www.segsocial.es/Internet_1/Preguntasmasfrecuen37888/SubsidiosyotrasPres48581/Asist)] [Fecha de consulta 01 de noviembre de 2014]

Ministerio del Trabajo. Rama de enfermedad, maternidad, paternidad, invalidez, defunción. Francia, 2014

[\[http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/es\\_index.html\]](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/es_index.html) [Fecha de consulta 01 de noviembre de 2014]

Rovira, Joan, Rodríguez-Monguió, Rosa, Antoñanzas, Fernando. 2003. Conjuntos de Prestaciones de Salud. Objetivos, Diseños y Aplicación. OPS/OMS. España

Tipos de prestaciones a la seguridad social. [<http://www.elergonomista.com>] [Fecha de consulta 06 de noviembre de 2014]