

# Crisis de Salud - 1997

Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

Individuo de Número Academia Nacional de Medicina

## RESUMEN

*El promedio anual que aportó el gobierno al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social entre 1968-94 fue de 2,68% del Producto Interno Bruto. La recomendación de la Oficina Sanitaria Panamericana para Latino América y el Caribe es entre 4% y 5%. La crisis de atención médica se acentúa en 1984 con el aumento de la inflación. Se agrava la falta de insumos para ambulatorios y hospitales. La remuneración del equipo de salud no guarda relación entre el trabajo prestado y el costo de la vida. En setiembre de 1994 se vislumbra la crisis y se efectúa en la Academia un foro sobre la salud. A comienzos de 1995 se dicta una Normativa laboral que minimiza el equilibrio entre precios y salarios. A comienzos de diciembre de 1996, la Comisión de Praxis Médica presenta un documento de principios y la ley de praxis médica. Desde mediados de 1996, la Federación Médica Venezolana inicia negociaciones para mejorar la relación entre precios y salarios, y como no se logran avances, en diciembre estalla una huelga médica. La atención médica pública no está ordenada en forma de redes y niveles de atención. El financiamiento total de la atención médica está por encima de 5,03% del Producto Interno Bruto. El gasto promedio para Latinoamérica y el Caribe fue para 1991 de 105 dólares americanos per-cápita año. El del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales entre 1967-93 fue de 57 dólares per cápita-año. El gasto público no está equitativamente distribuido por niveles de atención. En Venezuela se gradúan por año 6% más de médicos que el crecimiento vegetativo de la población. Tenemos 7 665 consultorios públicos. Tenemos una capacidad instalada para efectuar 99,7 millones de consultas por año, mientras la demanda es de 84 millones. Tenemos 54 047 camas entre públicas y privadas. Podemos egresar hasta 2 161 000 pacientes por año. La tasa de fecundidad en Venezuela para 1991 era de 3,6, el promedio de Latinoamérica es de 3,3 y se espera que para el año 2 030 descienda a 1,2. La expectativa de vida está en ascenso, en Latinoamérica y el Caribe pasó de 67 en 1960 a 72 en 1991. El crecimiento económico de región dio un promedio de 1,33 por año desde 1965 a 1991.*

## SUMMARY

*The average contribution from the budget to the Health Secretary was between 1968-94 of 2.68% of the National Gross Product. The recommendation of the World Health Organization was between 4% to 5% for Latinoamerica and the Caribe. The medical attention crisis deepened in 1984 when the Bolivar began to lose its acquiring power. These lowered the drugs and material in the ambulatories and hospitals. The wedges to the health team are not well related between the work, the salary and the cost of living. In September 1994 in the National Medical Academy was expected a deepen of the medical attention crisis and a forum over it was performed. At the beginning of 1995 was dictated a Labor Norm, by it the increase of the salaries was minimal in relation with the cost of living. In December 1995 the Commission of Medical Praxis presented in the Medical National Academy and it was approved a Principle Document and a Law. At the end of December a Medical strike started because the conversation who began in August have not reach accord. The Public Medical Attention is not ordered in a net by levels of complexity. The total financing of Health is above 5.03% of the Gross National Product. The average per capita year expense was for Latinoamerica and the Caribe 105 \$ US, by comparison between 1967-93 in the Venezuela Social Security the year expense per capita was only 57 US \$. The Public Health budget are not equitably distributed in the three levels. In Venezuela the Medical School Graduates is 6% above the general population grow. We have 7 665 Public Medical offices. We have installed capacity to do 99.7 millions of medical visits per year and the estimated demand is only 84 millions. We have 54 047 hospital beds, Public and Private. We may discharge 2 161 000 patients a year. The natality is decreasing, in Venezuela the fertility standard in 1991 was 3.6. But the average in the region between 1965-73 was only 2.3 and is expected to be in 2 030 only 1.2. But the live expectancy average went up from 67 years in 1960 to 72 in 1991. The economic grow between 1965-91 was only 1.3% per year.*

### Antecedentes

Entre 1968-94 el promedio de aporte para los gastos de salud asignados al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social fue de 2,68% del Producto Interno Bruto (PIB) (1). La Oficina Sanitaria Panamericana considera que para Latinoamérica debía estar entre 4% y 5% (2). Esto, aunado a la inflación, que se acentuó después del cambio de la paridad bolívar/dólar a partir de 1984, lo que trajo como consecuencia un déficit creciente del material médico y quirúrgico en los ambulatorios y los hospitales, pues la mayoría de los insumos son importados, y una baja remuneración de todos los trabajadores del sector. De ello se han quejado la población y el equipo de salud desde hace tiempo, sin que los gobiernos de turno hayan diseñado una política que mejore o corrija esta situación. En setiembre de 1994 se vislumbraba una acentuación de la crisis en el sector salud; por este motivo fue celebrado en la Academia Nacional de Medicina un foro sobre la materia. A comienzos de 1995 fue establecida una "Normativa laboral", instrumento jurídico que impedía las discusiones de las convenciones colectivas como instrumento para discutir condiciones de trabajo de los gremios. Por este motivo, los salarios del equipo de salud estaban muy distantes de lo que debían ser en relación al costo de vida o de los índices de precios al consumidor (IPC) y fueron modificados muy poco. Durante los últimos meses de 1996 se celebraron numerosas reuniones entre la directiva del gremio médico, Federación Médica Venezolana y el Ministerio del Trabajo, pero no se llegó a ninguna conclusión. A mediados de diciembre se estableció una huelga médica que incluyó la no atención de las emergencias, lo que ha sido muy criticado. Se constituyó una comisión mediadora en la cual estuvo representada la Academia Nacional de Medicina, y por fin, después de múltiples reuniones surgió la promesa de dotar los ambulatorios y hospitales y una propuesta salarial que parece que será acogida.

En la primera reunión de este año se celebró una asamblea administrativa, y después de prolongado cambio de ideas y múltiples proposiciones se concluyó que debía celebrarse una reunión con los Académicos y Correspondientes Nacionales y luego hacer del conocimiento de las partes involucradas y de la opinión pública, el pensamiento que sobre la materia tiene la Academia Nacional de Medicina, el cual está en parte plasmado en el documento y el anteproyecto de Ley presentados por la comisión sobre la Praxis Médica ambos aprobados a comienzos

de diciembre de 1996.

### Crisis de salud. Causas

1. Atención médica. No está ordenada en redes por niveles de atención que cubrirán áreas geográficas determinadas.
2. Financiamiento. El Banco Mundial la estima en 1990 en 3,6% (2). Dos el Estado y 1,6 privado. En nuestra opinión: el Estado contribuye 2,68% para el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales con 0,75%, pues la otra mitad está destinada a las pensiones e indemnizaciones, y la atención privada 1,6%, ello da en total 5,03%. No está incluido lo que erogan en salud los Ministerios y los Institutos Autónomos. El gasto promedio por cápita en Latinoamérica y el Caribe fue para 1990 de 105 dólares americanos (2). Como una comparación con los estudios previamente efectuados, el gasto en salud en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales entre 1967-93 fue de 57 dólares americanos per cápita (3).
3. Mala distribución del monto asignado. La proporción de recursos asignados a los niveles I y II con relación el III no es equitativa. En los estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, se observa que el gasto público en salud debiera reorientarse hacia programas más eficientes, que contribuyan más a la preservación de la salud en las capas de población de menor capacidad económica (2).
4. Equipo de salud. En estudios efectuados en la Federación Médica Venezolana se observa que en nuestro país se gradúan 6% más médicos que el crecimiento de la población. También sabemos que el número y la capacitación del personal de enfermería está muy por debajo de lo que debiera ser. Asimismo, la mayoría de los niveles de técnicos superiores y medios (4).
5. Planta física. Tenemos suficientes consultorios, el último censo (1994-95) señala que son ambulatorios rurales uno y dos, 3 365 urbanos uno, dos y tres, 750 (5-6). Ello da un total de 4 115 ambulatorios con 7 665 consultorios. Consideramos que en cada consultorio se pueden ver de 7 a.m. 7 p.m., cincuenta pacientes diarios y 250 semanales, ello da 13 000 pacientes por año. Tenemos una capacidad instalada para hacer

99 645 000 consultas por año, siendo la demanda 84 millones; que para 21 millones de habitantes nos da 4,75 consultas por habitante por año. La meta estimada es de 4 consultas por año. No están incluidos los consultorios privados. Tenemos 619 hospitales, incluyendo los privados, con 54 047 camas. Cada una de ellas puede dar 40 egresos por año, o sea tenemos una capacidad instalada para egresar 2 161 880 pacientes año más del 10% de la población. Tenemos 2,57 camas por mil habitantes, la Argentina tiene 4,8, Uruguay 4,6 y Estados Unidos 5,3.

6. Demografía. La natalidad fue de 65-73 2,3 - 90-00 1,9 - 00-30 1,2 que son las estimaciones para Latinoamérica y el Caribe (2). En Venezuela, el número de hijos por mujer era, para la década del cincuenta, de seis y para el noventa de, tres. La expectativa de vida ascendió de 1960 que era de 67 años a 72 años en 1991 (2). Esto aumenta la población de la tercera edad.
7. Crecimientos económico. El Producto Nacional Bruto per cápita entre 1965 y 1991 creció sólo 1,33% por año. Venezuela está en el grupo de países con ingreso medio, que se considera en 2 480 dólares americanos per cápita-año (2).
8. Remuneración. El equipo de salud no es remunerado en función a la calidad y cantidad del trabajo efectuado.

9. Transición epidemiológica. La región está en este momento, que se caracteriza porque la parte de la población con ingresos altos y medios padece de las enfermedades de los países desarrollados y los con bajo ingresos, predominantemente enfermedades infectocontagiosas.

## REFERENCIAS

1. Banco Central de Venezuela. Estadísticas socio-laborales de Venezuela. Series históricas 1936-1990.
2. Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Banco Mundial. Washington, DC. EE.UU. 1993.
3. Clemente Heimerdinger A. El Seguro Social: crisis y soluciones. Gac Méd Caracas 1996;104:122-134.
4. Federación Médica Venezolana. XLIV Reunión Ordinaria Ponencia. El médico venezolano: desempleo y desarrollo profesional cooperativismo y otras alternativas. Valencia 1989.
5. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Oficina sectorial de planificación y presupuesto. Dirección de planificación y estadística. División de planificación 1995.
6. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Dirección de planificación y presupuesto. División de estadística 1994.