

HC239.5
P666
e.2

Los Retos del Sistema de Salud en Venezuela

Marino J. González

Borradores de Trabajo

La Pobreza en Venezuela. Causas y Posibles Soluciones

No. 9 - Febrero 1999

Presentación del Proyecto

En 1996, un grupo de personas convocadas por la Asociación de Universidades Jesuíticas de América Latina (AUSJAL) se reunió en Caracas para discutir un proyecto embrionario de investigación sobre la pobreza en el subdesarrollo con una perspectiva Latinoamérica. A raíz de esa discusión el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello presentó un proyecto de investigación para el caso venezolano.

Este proyecto se planteó como un conjunto de investigaciones parciales cuyo objetivo general es la identificación de los obstáculos (o causas) que impiden que los grupos sociales que calificarían como pobres dejen de serlo. Las causas u obstáculos para la superación de la pobreza se enmarcan en lo que el proyecto de investigación delimita como:

- Determinantes Socio-culturales
- Determinantes Económicos y, los
- Determinantes Político-Institucionales

Cada uno de estos determinantes de la pobreza corresponden a una diferenciación analítica del problema y se enmarca en lo que son los campos o disciplinas para el estudio de la sociedad, las cuales, para los efectos del estudio propuesto, representan investigaciones parciales del proyecto global de carácter multidisciplinario.

La aspiración es que el encuentro de los distintos abordajes del problema permita la construcción de una perspectiva global sobre la pobreza en Venezuela, la cual se alimente de los resultados que vayan arrojando las distintas investigaciones parciales y su lectura permanente a

partir de la confrontación con teorías agregadas sobre el tema de la pobreza.

Este esfuerzo de largo plazo, residenciado en la UCAB a través de su Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, sólo ha sido posible gracias al auspicio de la Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales, organización que nuclea a un conjunto de empresas y personas, las cuales además de ser el soporte financiero al proyecto, velan por que los estudios tengan aplicación práctica y sean fuente de inspiración para las acciones públicas del Estado y la sociedad civil venezolana.

El Autor

Marino J. González es venezolano, médico de la Universidad Central de Venezuela, especialista en salud pública, Ms. en Ciencias Políticas, especialista en Economía (The Economics Institute de la Universidad de Colorado, Boulder) y Ph.D. en Políticas Públicas de la Universidad de Pittsburgh. En la actualidad es profesor asociado de la Universidad Simón Bolívar en el Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas.

Contenido

Contenido	1
1. Introducción	2
2. Los determinantes de las condiciones de salud: la experiencia internacional	4
3. Los determinantes de las condiciones de salud en Venezuela	6
4. Los determinantes de salud en Venezuela: Una perspectiva comparada e histórica	7
5. Implicaciones de políticas	28
6. Agenda pendiente	29
Referencias	30

1. Introducción

Como pocas áreas de nuestra vida social, el sector salud se ha convertido en un hervidero de ideas, propuestas y conflictos repetitivos. Existe la sensación generalizada de que, más que mejorar, las condiciones de los servicios de salud han empeorado en las últimas décadas. En menos de doce años el Congreso Nacional ha aprobado tres instrumentos legales orientados a reformar diversos aspectos de la organización del sector. El primero de ellos, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud refrendada en 1987, no fue implementada luego de diez años de "vacatio legis". Las últimas dos leyes: Orgánica de Salud y Orgánica del Sub-sistema Nacional de Salud, deben comenzar a implementarse a partir de 1999. Sin embargo, la orientación conceptual, política, financiera e institucional, especialmente de la segunda de ellas, hacen suponer que no existe la necesaria viabilidad para su plena vigencia. La reciente introducción de la propuesta de Ley Habilitante tiene por objetivo la revisión de algunos aspectos de la Ley Orgánica del Sistema de Salud de la Seguridad Social. Por otra parte, el país ha avanzado de manera lenta pero sistemática, no exenta de debilidades y limitaciones, en la dirección de crear un sistema de salud conformado por la coordinación de tres niveles de gobierno: nacional, subnacional y municipal. Tal pareciera que la sobrecarga institucional que tiene el sector exige un esfuerzo adicional para comprender las raíces de sus males y, más importante que eso, promover políticas que tengan una mayor articulación con nuestras propias realidades y problemas.

Como expresión de lo anterior, el sector ha sido movido al menos por cuatro ideas centrales. Estas ideas han sido aceptadas por diversos sectores técnicos, políticos, empresariales y académicos. Sobre ellas se han elaborado propuestas de política que forman parte de la agenda de discusión y que tomarán probablemente más fuerza en los próximos meses.

La primera idea está relacionada con la apreciación de que las condiciones de salud del país se han deteriorado en las últimas décadas, especialmente desde el surgimiento de las dificultades económicas en 1983. La consecuencia práctica de esta percepción es que establece una identidad entre deterioro de las condiciones

económicas y el deterioro de las condiciones de salud. Ergo, para poder mejorar las condiciones de salud el país requiere de manera imprescindible la recuperación del crecimiento económico que fue la característica más resaltantes de las décadas previas a 1980. Estas afirmaciones, sin embargo, están basadas en técnicas analíticas que no controlan el efecto temporal, no toman en cuenta la tendencia histórica de los fenómenos y utilizan pocos años de la secuencia del indicador.

La segunda idea expresa que ligado al deterioro económico señalado, existe una disminución significativa de los recursos manejados por el sector público de la salud. En consecuencia, gran parte del aparente deterioro de las condiciones de salud es debido a un bajo gasto per cápita en salud derivado de fuentes públicas. Algunos incluso han propuesto que el sector público debe llegar a recibir el 10% de PIB del país al igual que muchos países desarrollados. De manera invariable se citan cifras propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendando el citado 10% del PIB. La derivación de política que se desprende de esta tesis es que hasta que el país no asigne tal porcentaje de recursos al sector poco podrá esperarse con relación a la mejoría de las condiciones de salud. Sin embargo, poco se comenta que ningún país desarrollado, excepto Estados Unidos, asigna tal cantidad de recursos al sector. Tampoco se comenta que países como Canadá que han visto aumentar de manera desproporcionada sus gastos en el sector acercándose al 10% señalado, han tomado medidas de contención de costos de manera estricta. Tampoco se expresa que la única mención, al menos conocida por este autor, realizada por la OMS se refiere a la asignación del 5% del PIB para el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud (APS) y que tal proposición fue realizada a principios de los años ochenta cuando no existía el panorama recesivo que afectó a muchos países en desarrollo desde mediados de los ochenta. Mucho menos se afirma que esa estimación de la OMS no se basó en un análisis empírico confiable de la realidad financiera de los países. Tampoco se señala que, independiente de las sugerencias o propuestas de la OMS, cada país debe definir las estrategias más acordes con sus posibilidades económicas.

La tercera idea es que la reforma del sistema de salud de un país debe enfatizar

los aspectos macro-estructurales sean estos organizativos, financieros o de prestación de servicios. Más aún, la concepción de reforma está asociada con mayor complejidad de los cambios. Es así como la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud define una nueva organización del subsector público, pero sin embargo no toca el aspecto financiero. Las leyes aprobadas a finales de 1998 enfatizan los aspectos financieros y la creación de un nuevo marco institucional. En el último caso se toman muchas de las hipótesis que están en prueba o desuso en otras latitudes y se establecen como patrones de referencia. Es así como se crean las administradoras de fondos como en el caso colombiano y chileno, pero se fragmenta la capacidad del Ministerio de Salud, todo lo contrario de lo que existe en esos países. Se incluye la competencia de administradoras sin tomar en cuenta las inmensas restricciones institucionales de nuestro sector público. Debe señalarse que en el Reino Unido, país con uno de los mejores sistemas de salud del mundo, se abandonó a finales de 1997 la propuesta de los "quasi-mercados", entre otras razones por las complejidades tecnológicas y de información asociadas con su implementación. Dentro de esta idea fuerza no aparece, o si lo hace es de manera secundaria, la importancia de la planificación, presupuesto y evaluación en todos los niveles como herramienta para adecuar recursos con necesidades. Los aspectos institucionales más cercanos a los servicios y programas son descuidados en favor de las macro-reformas. La consecuencia de esta idea fuerza es que limita de manera sistemática las posibilidades de realizar cambios progresivos y aproximativos en cada espacio institucional. La pretensión de resolver los problemas del sector solamente con aspectos macro-estructurales está condenada al fracaso si no hay claridad conceptual y consideración de los espacios múltiples (tanto nacionales y locales) en los cuales se realiza la definición de prioridades, la asignación de recursos y la prestación de servicios.

Finalmente, la cuarta idea está asociada al concepto de que la descentralización de servicios es una mera transferencia de recursos a gobiernos subnacionales y que su implementación no requiere ser monitoreada y evaluada de manera permanente. Es más, la consideración de los requerimientos institucionales, no sólo de los servicios sino de las instituciones

responsables de la política, planificación y financiamiento, es poco planteada. No se ha asumido que la buena marcha de un sistema de salud que abarque varios niveles de gobierno requiere una gran capacidad de seguimiento y evaluación en todos los ámbitos institucionales. Tal pareciera que se ha asumido que las posibilidades de la descentralización se agotan con la transferencia de recursos. La plena discusión de propuestas de descentralización fiscales en el seno de las asociaciones estatales, municipales y nacionales, es una demostración clara de lo ingenuo del planteamiento.

Por todo lo anterior es claro que la identificación de los factores sobre los cuales debe ser instrumentada una política de salud es un paso fundamental para elaborar los criterios con los cuales se puedan analizar las ideas fuerza mencionadas. Muchas interrogantes surgen de esta perspectiva. Es conveniente señalar las siguientes. ¿Cuál es la relación entre desarrollo económico y condiciones de salud? ¿Puede asumirse que el descenso de la riqueza de un país está relacionada automáticamente con un deterioro de sus condiciones de salud? ¿Cuáles son los factores que unidos al desarrollo económico tienen importancia en la determinación de las condiciones de salud? ¿Es el gasto per cápita un determinante de las condiciones de salud o del desempeño de los servicios? ¿Es adecuado proponer aumentos generales y lineales de los escasos recursos públicos asignados al sector salud? ¿Es posible esperar buenos resultados de una política dirigida primordialmente al aumento de los recursos? ¿Cuál es la realidad de los procesos de planificación, presupuesto y evaluación en las diferentes instancias de nuestro sector público? ¿Cuál es su posible rol en el mejoramiento del rendimiento de los servicios y de las condiciones de salud? ¿Cuál ha sido el efecto de la descentralización en las condiciones de salud y en el rendimiento de los servicios de salud? ¿Cuáles son los retos planteados para profundizar las reformas institucionales aparejadas por la descentralización? Finalmente, ¿cuáles son las alternativas de política que están planteadas en el contexto actual del sector? ¿son las reformas aprobadas un camino promisorio o simplemente una nueva oportunidad para la frustración y el desaliento especialmente de los sectores de la población que muchas veces

subsisten y existen gracias a la presencia de servicios públicos de salud?

Este trabajo tiene por objetivo presentar pautas de análisis para las preguntas citadas en el párrafo anterior. Está dividido en cuatro partes además de esta introducción. La primera parte es una revisión de los determinantes de las condiciones de salud desde una perspectiva geográfico-política. También allí se propone un marco analítico de las condiciones de salud y se plantea su utilidad empírica en la experiencia internacional. La segunda parte es un intento por aplicar el marco de referencia a la realidad de Venezuela, tanto a nivel nacional como de estados. La tercera parte es una formulación de las prioridades de política derivadas del análisis realizado en la segunda parte. Finalmente, la cuarta parte es una presentación de las tareas de análisis que deben acometerse para establecer con mayor rigurosidad los determinantes del desempeño institucional tanto en el nivel nacional como en los estados. Esta última parte también presenta las intervenciones que deben ser monitoreadas y evaluadas con el objetivo de mejorar progresiva y sistemáticamente la efectividad, equidad y eficiencia del financiamiento y prestación de servicios de salud en nuestro país.

2. Los determinantes de las condiciones de salud: la experiencia internacional

A pesar de los avances extraordinarios en el conocimiento de fenómenos tales como la enfermedad y la muerte, y de los éxitos en el control de enfermedades infecciosas y recientemente en el campo de las enfermedades degenerativas; los gerentes y planificadores de los sistemas de salud, especialmente en el sector público, cuentan con pocas herramientas para identificar los factores o determinantes que afectan las condiciones de salud de una comunidad, entidad subnacional o país. La gran mayoría de los marcos de referencia para el análisis de los determinantes de salud toman como unidad de análisis a individuos o familias.¹

¹ El estudio de las condiciones de salud como determinante del crecimiento económico es un tópico donde existe poca sistematización de análisis empíricos. Una reciente revisión por parte de Strauss y Thomas (1998) señala

La consideración de las unidades de análisis basadas en características geográfico-políticas ha sido una gran ausente del debate de las políticas de salud.

Paralelamente a la ausencia de estos marcos conceptuales, han prevalecido dos prácticas que han condicionado la capacidad de discriminación de los efectos reales de los servicios de salud en la determinación de las condiciones de salud. La primera de estas prácticas es la definición de las metas del sector salud sobre la base de reducciones de tasas de mortalidad o morbilidad de manera automática. Por ejemplo, se define que en un plazo de cinco o diez años se podrá reducir determinada tasa de mortalidad en un porcentaje preestablecido. Esta práctica no toma en cuenta la valoración intuitiva y empírica de que las condiciones de salud no están relacionadas solamente con los servicios de salud sino con la intervención de otros factores (económicos, ambientales, educativos, demográficos, entre otros). Las consecuencias negativas de esta rutina son básicamente dos: (1) se le atribuyen al sector salud capacidades de resolución de problemas que superan sus reales posibilidades, y (2) se excluye la participación de otros sectores cuyo efecto en la determinación de las condiciones de salud puede ser incluso mayor que el propio sector salud.

Una segunda práctica es la poca credibilidad por parte de los propios gerentes y planificadores del sector sobre la efectividad de los servicios de salud como determinante de las condiciones de salud. Es probable que esta práctica esté fundamentada en el hecho de que hasta hace poco la evidencia empírica no ha demostrado de manera consistente la asociación entre los servicios y las condiciones de salud. Muchos trabajos han reportado incluso una asociación positiva, es decir, a medida que aumenta la

que en años recientes se han hecho progresos en la documentación de la relación de salud con el monto de salarios y la productividad, especialmente cuando las unidades de análisis son individuos. Sin embargo, estos autores también expresan las limitaciones metodológicas de las evidencias existentes. En el caso de países, Barro (1996) ha señalado la relación entre la expectativa de vida en la tasa de crecimiento aún controlando por escolaridad.

dotación de médicos, por ejemplo, también aumentan las tasas de mortalidad.

Tomando en cuenta estas limitaciones, se elaboró un marco conceptual para analizar las condiciones de salud desde la perspectiva institucional cuando las unidades de análisis son geográfico-políticas, por ejemplo: países, regiones, localidades (González 1998a). El marco conceptual consiste en la definición de las condiciones de salud como valor general de la sociedad (MacRae 1985). Se proponen cinco sistemas de políticas que deben ser considerados como determinantes en cada caso específico de las condiciones de salud. Ellos son: económico, educativo, demográfico, salud y ambiental. Para cada valor final específico (condiciones de salud) se deben precisar estos sistemas de política.

En este trabajo se define un modelo conceptual para el análisis de los determinantes de la tasa de mortalidad infantil (González 1998a). Este indicador ha sido utilizado como indicador sintético de las condiciones de salud e incluso de las condiciones sociales. Sin embargo, en los últimos años se ha postulado que su relación con las condiciones económicas no es tan directa como en décadas anteriores (PAHO 1994). Esta consideración ha replanteado el rol de este indicador como expresión de las condiciones sociales generales de un país. Se puede argumentar, sin embargo, que las reducciones de la tasa de mortalidad infantil por debajo de cierto valor (10 defunciones por cada mil nacidos vivos) se requieren incrementos sustanciales en el ingreso per cápita (al menos esta es la experiencia en los países desarrollados).

En el modelo señalado (González 1998a) la variable dependiente es la tasa de mortalidad infantil. Las variables independientes corresponden a la operacionalización de los cinco sistemas de políticas señalados anteriormente. La contribución del sistema económico es expresada en términos del ingreso per cápita. El efecto del sistema educativo es expresado en términos de su cobertura. El sistema de salud es expresado en términos de cobertura de servicios de atención materno-infantil. El sistema ambiental es expresado en términos de la cobertura de servicios de saneamiento básico. El sistema demográfico es expresado en términos de tasas que expresen el crecimiento poblacional. La revisión de la literatura desde 1963 hasta mayo de 1998 evidenció que ningún

trabajo multivariado había incluido los cinco sistemas de políticas al mismo tiempo.

Luego de este hallazgo se realizó un análisis multivariado transversal en una muestra de 144 países con datos alrededor del 1990-1995. La variable dependiente fue la tasa de mortalidad infantil. Las variables independientes correspondieron a cada uno de los sistemas de política antes señalados. En el caso del sistema económico la variable seleccionada fue el ingreso per cápita. El efecto del sistema educativo fue expresado como años de escolaridad femenina. El sistema de salud fue analizado en términos de un índice de cobertura de servicios de salud materno-infantiles (incluyendo inmunizaciones, control prenatal, y atención del parto por personal entrenado). El sistema demográfico fue expresado con la tasa total de fertilidad. El sistema ambiental fue expresado como un índice de cobertura de servicios de agua y excretas.

Los resultados finales demostraron que a excepción del sistema económico todos los demás sistemas fueron significativos ($p < 0.05$ para el sistema educativo, y $p < 0.000$ para los sistemas de salud, demográfico y ambiental). Las variables significativas explican el 91% de la varianza de mortalidad infantil en la muestra señalada. Dado que existen argumentos conceptuales para mantener el sistema económico dentro del modelo explicativo se recomendó mantener su uso como predictor.

Este análisis corrobora las evidencias empíricas acumuladas en la literatura con respecto a la asociación entre cada uno de los sistemas por separado y las condiciones de salud expresadas como tasa de mortalidad infantil o expectativa de vida.

Por todo lo anterior, es posible concluir que el modelo explicativo es un resumen de gran parte de la evidencia empírica acumulada para la explicación de las condiciones de salud. Otra de sus ventajas es que requiere sólo cinco variables para explicar el 91% de la variación de la tasa de mortalidad infantil.

3. Los determinantes de las condiciones de salud en Venezuela

El estudio de los determinantes de las condiciones de salud en Venezuela basado en el anterior marco conceptual fue realizado en González (1997). A continuación presentamos los principales hallazgos de ese estudio. El análisis está dividido en dos partes. En la primera parte se estudian los determinantes de las condiciones de salud tomando el país en una perspectiva histórica. En la segunda se analizan los determinantes de las condiciones de salud en ocho estados (cinco descentralizados y tres no descentralizados).

Las condiciones de salud fueron expresadas en términos de las tasas de mortalidad en el área materno-infantil

(infantil, neonatal, postneonatal, de 1-4 años y materna). Tal como se explica en González (1998b), estas tasas tienen el mayor porcentaje de mortalidad altamente prevenible. Las tablas 1 y 2 presentan la clasificación de la mortalidad por grado de prevención de acuerdo a la metodología desarrollada en González 1998b para los años 1990 y 1996. Los porcentajes de muertes altamente prevenibles en los grupos de menores de 1 año y de 1-4 años son los mayores de los grupos de edad analizados. También puede señalarse que ambos porcentajes aumentan entre 1990 y 1996. El alto porcentaje de muertes altamente prevenibles indica que estas son las tasas más susceptibles de reducir con la utilización de los procedimientos y tecnologías de la mayor costo-efectividad.

Tabla 1. Clasificación de la mortalidad por grado de prevención y grupos de edades. Venezuela, 1990 (porcentajes)

	Población general	Menores de 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65-74 años
Altamente prevenible	26,07	81,60	59,57	17,41	12,36	10,68	10,38
Moderadamente prevenible	49,64	7,52	27,97	57,98	65,73	53,15	57,59
Poco prevenible	24,29	10,88	12,46	24,61	21,91	36,17	32,02
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: González 1998b

Tabla 2. Clasificación de la mortalidad por grado de prevención y grupos de edades. Venezuela, 1996 (porcentajes)

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

Fuente: González 1998b

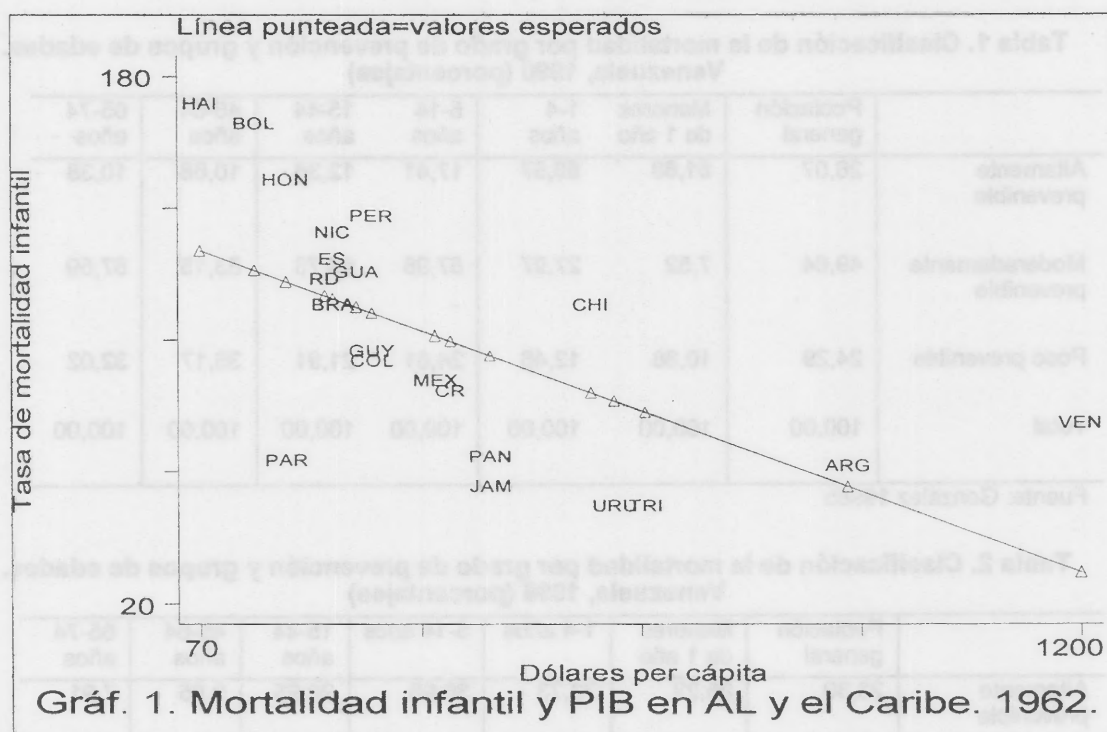
4. Los determinantes de salud en Venezuela: Una perspectiva comparada e histórica

El análisis de los determinantes de las condiciones de salud en Venezuela fue realizado en dos perspectivas. En primer lugar se comparó Venezuela con otros países de América Latina y el Caribe. En segundo lugar se analizó el caso de Venezuela desde una perspectiva histórica.

Para el análisis de la condiciones de salud se seleccionó la tasa de mortalidad infantil como variable dependiente. Como determinantes de las condiciones de salud se consideraron los siguientes factores: recursos económicos (expresado como

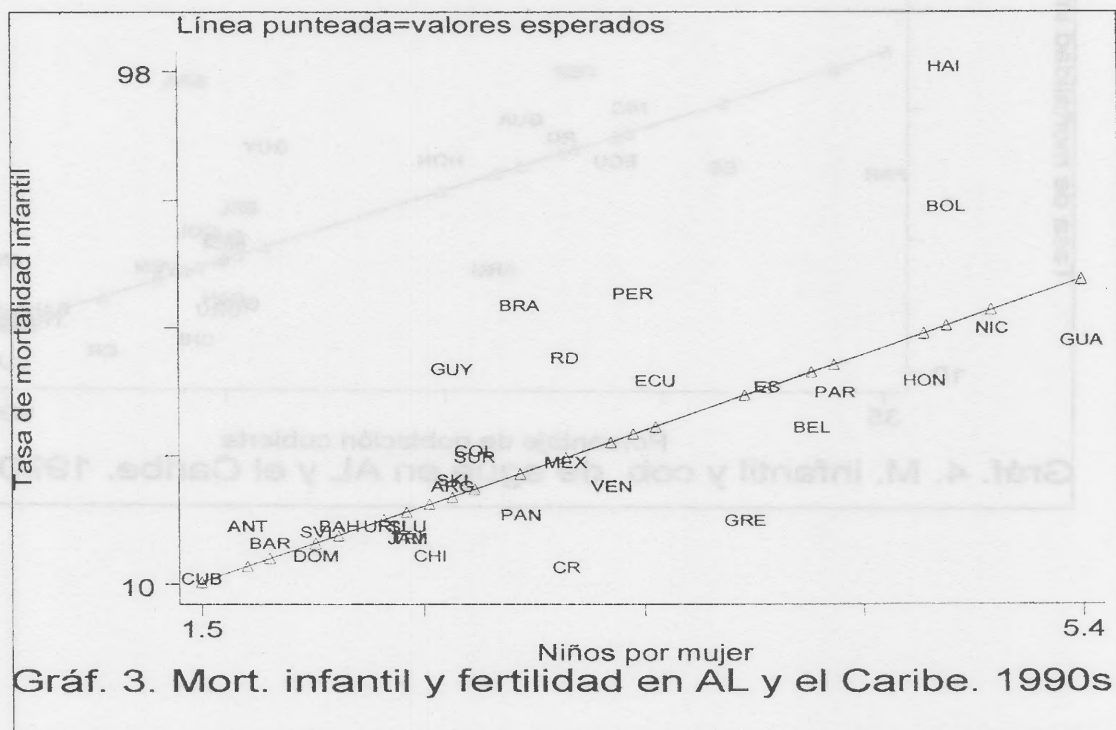
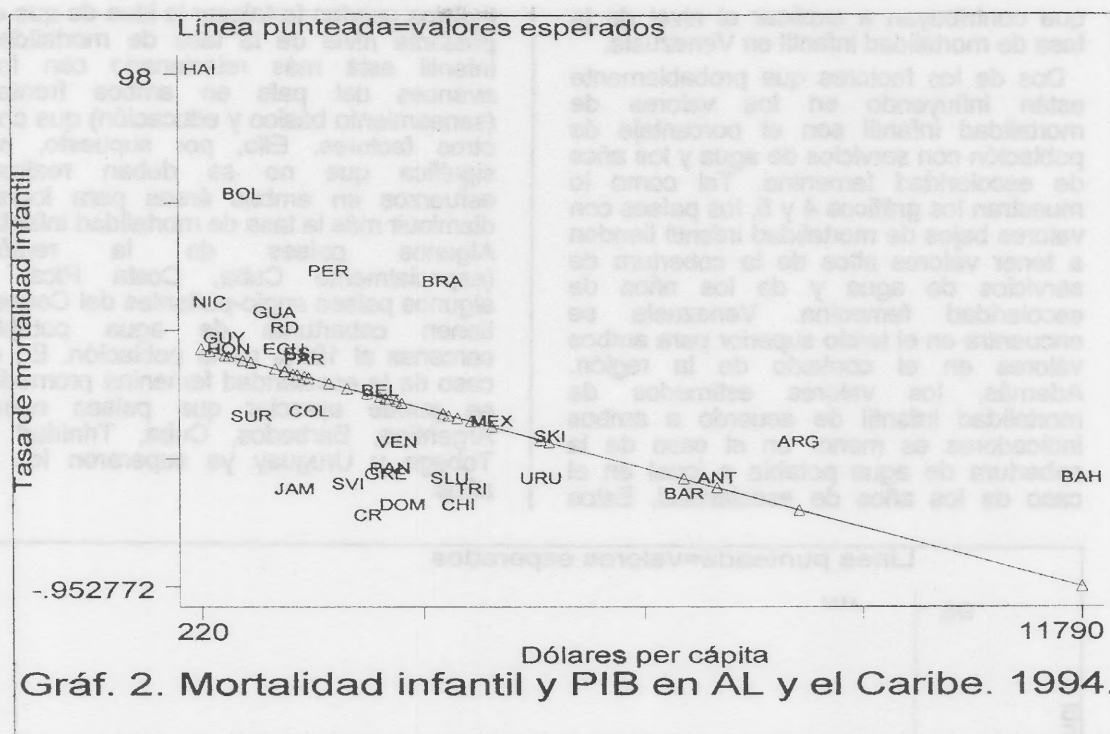
ingreso per cápita), factores demográficos (expresado como la tasa total de fertilidad), factores educativos (expresado como años promedio de escolaridad femenina), factores de saneamiento básico (expresado como proporción de la población con servicio de agua potable), desempeño del sistema de salud (expresado como la proporción de la población que recibe servicios materno-infantiles especialmente inmunizaciones y servicios prenatales y de atención del parto).

El gráfico 1 muestra la relación entre el ingreso per cápita y la tasa de mortalidad infantil para el año 1962. Tal como puede observarse, el valor esperado para Venezuela en mucho menor que el valor real. Otros países de menor ingreso per cápita que Venezuela presentaban tasas de mortalidad infantil menores.



La situación descrita para 1962 se repite para los años 1970, 1980, 1982, e incluso 1990. Es solamente en 1994 (Gráfico 2) cuando Venezuela presenta un valor esperado mayor del efectivamente

reportado. Nótese que aún así existen países con menor ingreso relativo (Trinidad, Costa Rica, Chile, entre otros) que tienen tasas de mortalidad infantil menor que Venezuela.



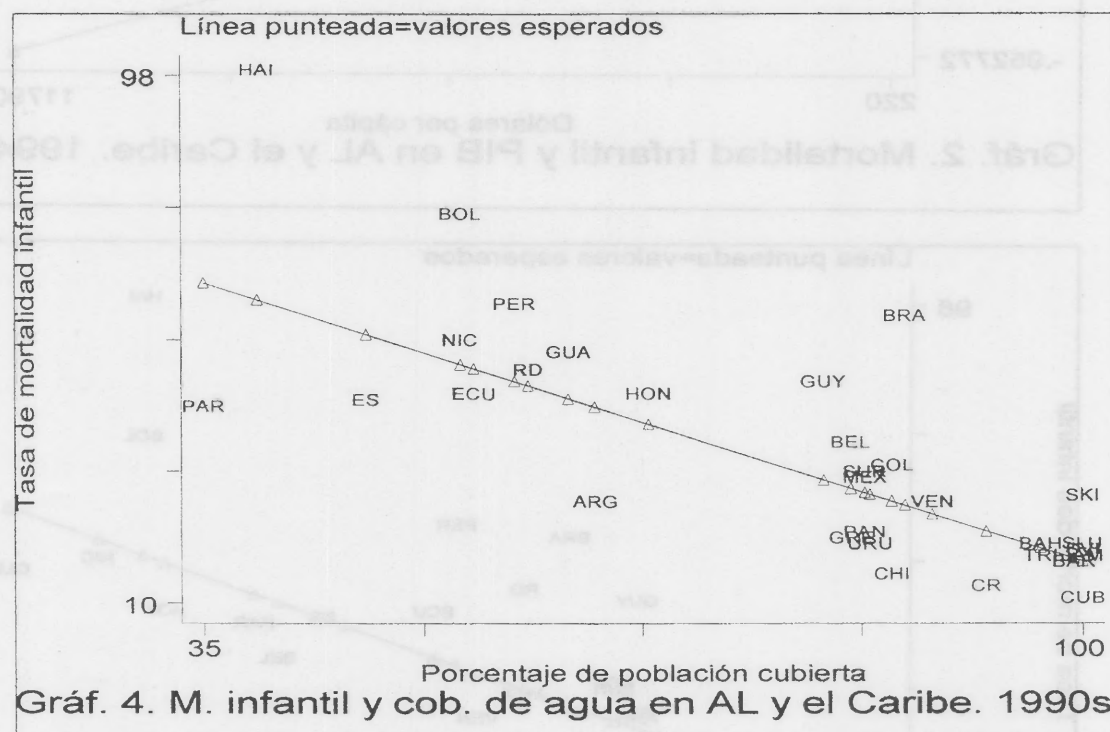
El gráfico 3 nos indica que la tasa de mortalidad de Venezuela (3.3 hijos / mujer alrededor de 1990-1995) puede considerarse como un valor intermedio. La

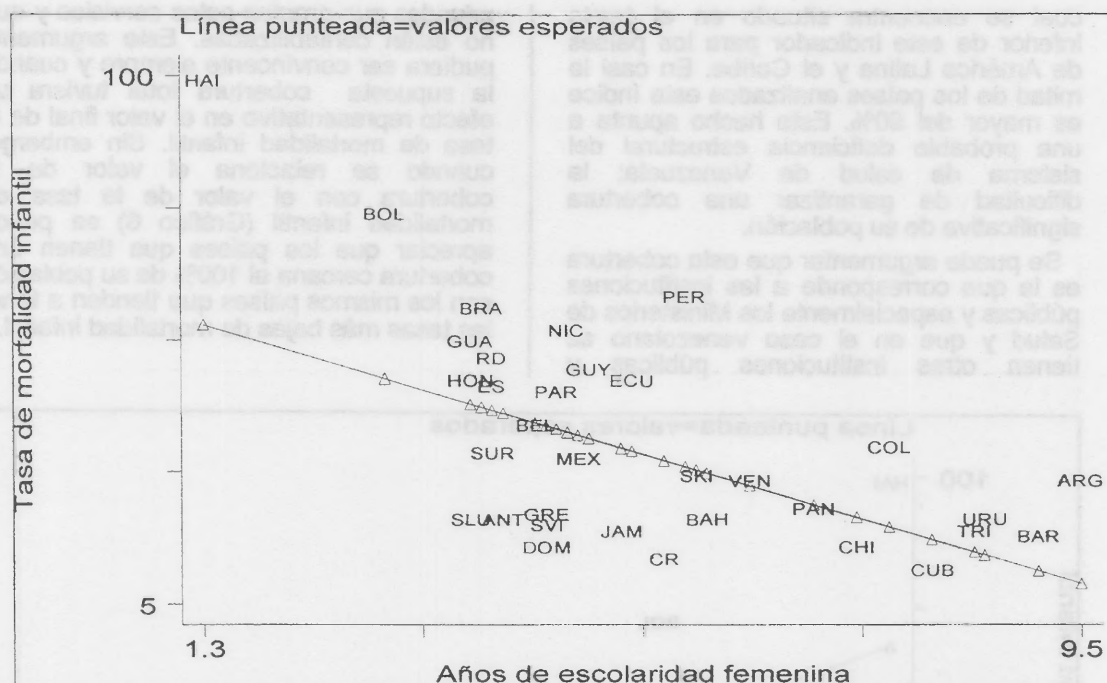
tasa de mortalidad infantil reportada para el país es menor de su valor estimado de acuerdo a la tasa de fertilidad. Esto hecho puede significar que existen otros factores

que contribuyan a explicar el nivel de la tasa de mortalidad infantil en Venezuela.

Dos de los factores que probablemente están influyendo en los valores de mortalidad infantil son el porcentaje de población con servicios de agua y los años de escolaridad femenina. Tal como lo muestran los gráficos 4 y 5, los países con valores bajos de mortalidad infantil tienden a tener valores altos de la cobertura de servicios de agua y de los años de escolaridad femenina. Venezuela se encuentra en el tercio superior para ambos valores en el contexto de la región. Además, los valores estimados de mortalidad infantil de acuerdo a ambos indicadores es menor en el caso de la cobertura de agua potable e igual en el caso de los años de escolaridad. Estos

indicios pueden fortalecer la idea de que el presente nivel de la tasa de mortalidad infantil está más relacionado con los avances del país en ambos frentes (saneamiento básico y educación) que con otros factores. Ello, por supuesto, no significa que no se deban realizar esfuerzos en ambas áreas para lograr disminuir más la tasa de mortalidad infantil. Algunos países de la región (especialmente Cuba, Costa Rica y algunos países anglo-parlantes del Caribe) tienen coberturas de agua potable cercanas al 100% de la población. En el caso de la escolaridad femenina promedio se puede apreciar que países como Argentina, Barbados, Cuba, Trinidad y Tobago y Uruguay ya superaron los 8 años.





Gráf. 5. Mort. infantil y educación en AL y el Caribe. 1990s.

Ahora bien, si nuestra hipótesis de que los factores que están influyendo en el valor de la tasa de mortalidad infantil están más relacionados con el saneamiento básico y la educación es correcta, ¿cuál es el rol de los servicios de salud como determinantes de las condiciones de salud?, ¿podemos hablar de un efecto limitado o incluso insignificante? Este aspecto es de fundamental importancia dado que el objetivo central de este análisis es justamente analizar la relación entre el desempeño de los sistemas de salud (nacionales y subnacionales) y las condiciones de salud (expresadas como tasas de morbi-mortalidad). Sobre este particular habría que aclarar, en primer lugar, que nos estamos refiriendo a efectos relativos más que a efectos absolutos. Esto significa que es muy posible que las variaciones de la tasa de mortalidad infantil sean resultantes de la suma del efecto particular de cada uno de los determinantes. Algunos de ellos tendrán más peso que otros pero no puede hablarse de efectos insignificantes. Es por ello que estamos interesados en descubrir las áreas o situaciones donde el efecto de un determinante es deficitario. De esta manera estaremos en capacidad de definir estrategias que mejoren o aumenten su posible efecto. En segundo lugar, es muy difícil imaginarse situaciones en las cuales

los servicios de salud tengan un efecto insignificante en las condiciones de salud. A pesar de las deficiencias que pudieran haber en la prestación de los servicios de salud el efecto final es siempre positivo. Basta imaginarse un mundo sin ambulatorios y hospitales para tener una mejor idea de esto.

Sin embargo, nuestro interés central es observar si el efecto de los servicios de salud en el caso de Venezuela es deficitario o no con relación al efecto de este factor en otros países. La comparación se realizó con un índice de cobertura de servicios materno-infantiles elaborado basándose en los datos de OPS antes señalados. Este índice se construyó como el promedio de dos sub-índices: un índice de cobertura de inmunizaciones y un índice de cobertura de servicios de atención materna. El primer sub-índice es el promedio de las coberturas reportadas de las siguientes inmunizaciones: antipolio, triple y antisarampionosa. El segundo índice es el promedio de la cobertura de servicios prenatales y la atención institucional del parto. Con este índice se ordenó a todos los países analizados de manera creciente tal como se observa en la Tabla 3. El índice de cobertura de servicios materno-infantiles de Venezuela alrededor de 1990 era de 75.7% con lo

cual se encuentra situado en el tercio inferior de este indicador para los países de América Latina y el Caribe. En casi la mitad de los países analizados este índice es mayor del 90%. Este hecho apunta a una probable deficiencia estructural del sistema de salud de Venezuela: la dificultad de garantizar una cobertura significativa de su población.

Se puede argumentar que esta cobertura es la que corresponde a las instituciones públicas y especialmente los Ministerios de Salud y que en el caso venezolano se tienen otras instituciones públicas y

privadas que prestan estos servicios y que no están contabilizadas. Este argumento pudiera ser convincente siempre y cuando la supuesta cobertura total tuviera un efecto representativo en el valor final de la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, cuando se relaciona el valor de la cobertura con el valor de la tasa de mortalidad infantil (Gráfico 6) se puede apreciar que los países que tienen una cobertura cercana al 100% de su población son los mismos países que tienden a tener las tasas más bajas de mortalidad infantil.

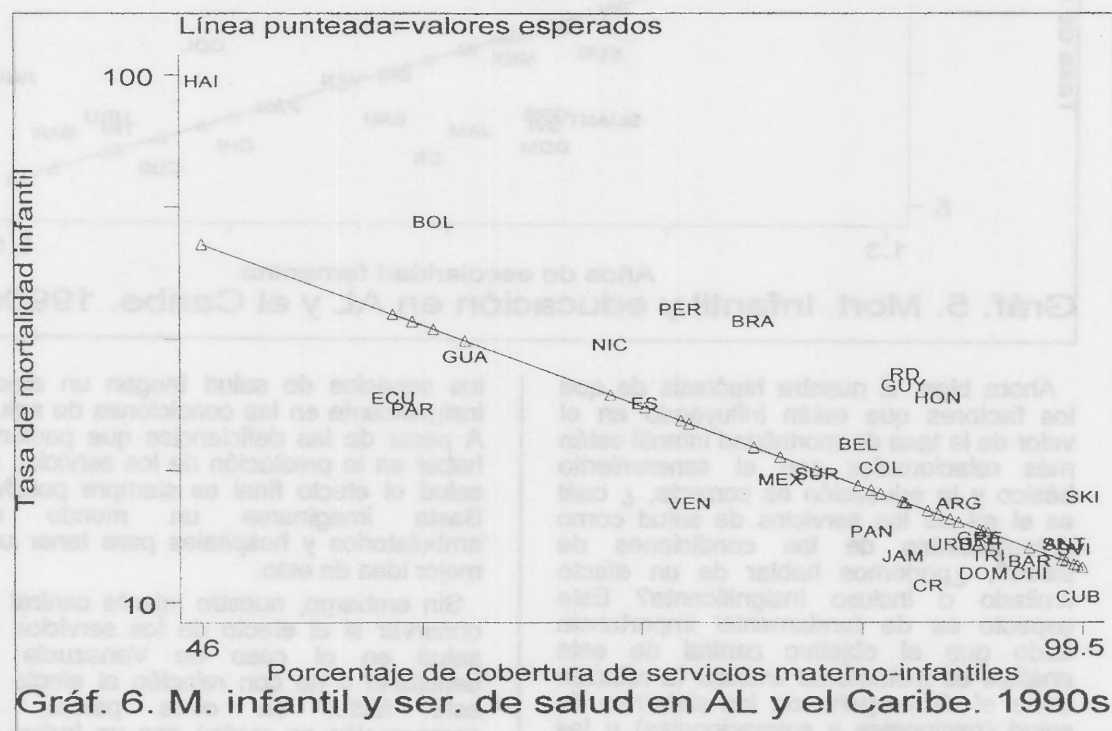


Tabla 3								
Cobertura de Servicios Materno-Infantiles en AL y el Caribe (1990s)								
(en porcentajes)								
País	Triple	Polio	Sarampión	I. Inmu.	Prenatal	Partos	I. Mater.	Indice tot
Haití	48	30	75	51.0	36	46	41	46.0
Ecuador	74	89	73	78.7	47	26	36.5	57.6
Paraguay	79	79	75	77.7	40	40	40	58.8
Bolivia	88	89	83	86.7	38	29	33.5	60.1
Guatemala	78	81	81	80.0	53	35	44	62.0
Nicaragua	85	96	81	87.3	87	22	54.5	70.9
El Salvador	100	94	94	96.0	69	31	50	73.0
Perú	94	92	97	94.3	60	52	56	75.2
Venezuela	68	85	67	73.3	74	82	78	75.7
Brazil	83	83	88	84.7	65	84	74.5	79.6
México	92	92	90	91.3	50	92	71	81.2
Surinam	84	81	79	81.3	91	80	85.5	83.4
Belize	83	83	87	84.3	92	83	87.5	85.9
Panamá	86	86	84	85.3	89	87	88	86.7
Colombia	91	92	77	86.7	83	93	88	87.3
Jamaica	90	90	89	89.7	88	87	87.5	88.6
Guyana	86	87	77	83.3	95	93	94	88.7
Dominican R.	83	80	85	82.7	97	93	95	88.8
Costa Rica	85	84	94	87.7	91	94	92.5	90.1
Honduras	96	96	90	94.0	88	87	87.5	90.8
Uruguay	87	87	84	86.0	95	99	97	91.5
Argentina	82	87	95	88.0	96	96	96	92.0
Bahamas	87	86	90	87.7	99	99	99	93.3
Grenada	95	77	88	86.7	100	100	100	93.3
Dominica	92	92	92	92.0	90	100	95	93.5
Trinidad y Tobago	89	90	90	89.7	98	98	98	93.8
Chile	98	98	95	97.0	91	100	95.5	96.3
Barbados	93	93	92	92.7	100	100	100	96.3
S. Lucía	98	98	94	96.7	100	100	100	98.3
Antigua and Barbuda	100	100	91	97	100	100	100	98.5
S. Vicente y Gr.	97	97	100	98.0	100	100	100	99.0
Cuba	100	95	100	98.3	100	100	100	99.2
S. Kitts y Nevis	99	99	99	99.0	100	100	100	99.5
Fuente: Cálculos propios en base a PAHO 1995 1996								

Es posible, entonces, postular que una precondition para tener bajos niveles de mortalidad infantil en un determinado contexto geográfico es la capacidad de garantizar la mayor cobertura posible de los servicios de atención materno-infantil. El examen de la línea de regresión en el gráfico 6 nos indica que el valor esperado de la tasa de mortalidad infantil en Venezuela es mucho menor que el estimado de acuerdo a la cobertura de servicios materno-infantiles. En otras palabras, si se tomara en cuenta solamente la cobertura de servicios materno-infantiles para explicar las variaciones de la tasa de mortalidad infantil, Venezuela tendría una tasa casi dos veces mayor que la reportada. Esto puede ratificar nuestra presunción de que los niveles de la tasa de mortalidad infantil en Venezuela son más dependientes del saneamiento básico y de la educación que

del desempeño del sistema de salud. Insistimos que esto no significa que el efecto del sistema de salud sea despreciable sino que es deficitario en relación al efecto que se pudiera tener con un mejor desempeño. En los últimos años el índice de inmunizaciones ha aumentado en el país pero no se puede comparar con el resto de países por ausencia de datos de estos últimos.

El reconocimiento de que el desempeño del sistema de salud en Venezuela no está ejerciendo el rol esperado en el mejoramiento de las condiciones de salud puede ser analizado en una doble vertiente. En primer lugar, se hace necesario analizar las causas de este bajo desempeño relativo. Solamente a través del examen detenido se pueden establecer los correctivos para incrementar el nivel de desempeño del sistema. En segundo lugar, un aspecto positivo es que si se resolviera

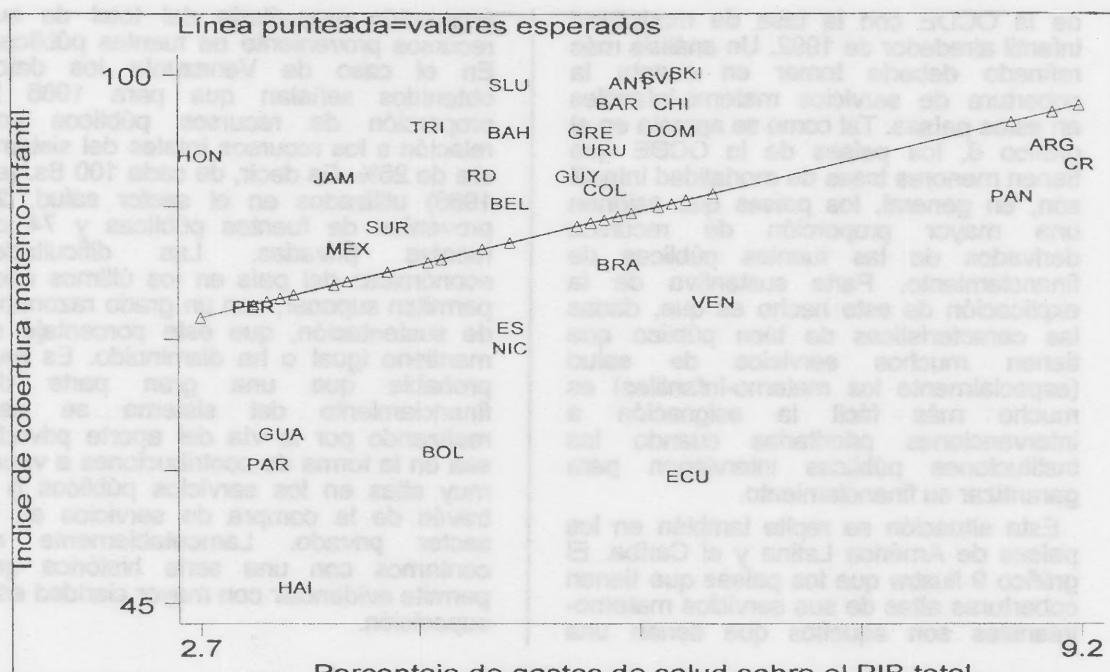
desarrollar una estrategia sistemática para mejorar el desempeño del sistema intergubernamental (gobierno nacional, y gobiernos subnacionales y locales) los efectos en las condiciones de salud (esto es, la reducción de las tasas de morbi-mortalidad) pudiera ser mayor que cualquier otro factor. La evidencia empírica en otros países nos señala que el déficit podría ser cubierto en plazos perentorios.

Este recorrido por la relación entre las condiciones de salud y sus determinantes en el caso venezolano, aún con las restricciones metodológicas señaladas anteriormente, nos permite plantear algunas conclusiones. En primer lugar, es notorio que para tener una baja tasa de mortalidad infantil el factor más determinante no es el ingreso per cápita. La experiencia de otros países de la región, especialmente Cuba, Costa Rica y Chile, confirman esta aseveración. El mismo caso venezolano demuestra que disponer de altos recursos por períodos largos de tiempo no garantiza una reducción mayor de la tasa que la de países de menor ingreso. En segundo lugar, en el caso de Venezuela el valor actual de su tasa de mortalidad infantil parece más la resultante del efecto del saneamiento básico y del proceso de educación, especialmente de la población femenina, que el efecto de otros factores como los demográficos y el desempeño del sistema de salud. En tercer lugar, pareciera que si Venezuela aspirara a mejorar sustancialmente las condiciones de salud (expresadas como tasas de morbi-mortalidad) debe realizar esfuerzos sostenidos en el mejoramiento del desempeño del sistema de salud sin descuidar los esfuerzos en los otros determinantes.

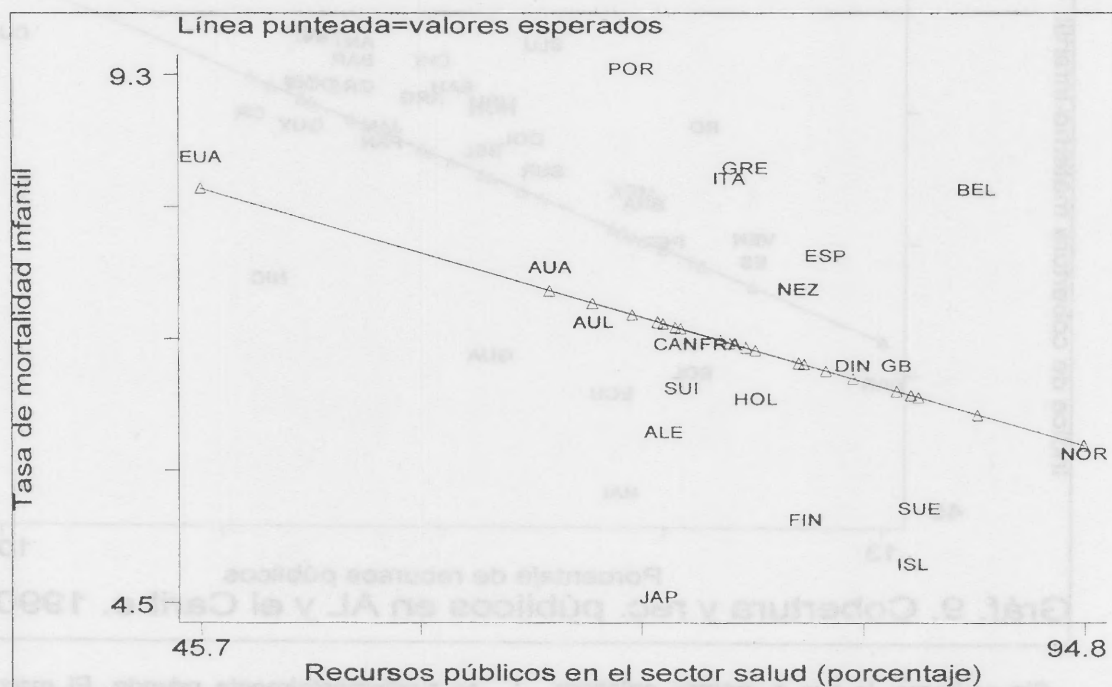
Desde esta perspectiva se hace necesario plantear cuáles podrían ser algunos de los determinantes del desempeño institucional que deberían ser afectados para lograr el impacto deseado. Los determinantes del desempeño institucional conforman un conjunto mayor del que disponemos a través de la información comparativa en la región de América Latina y el Caribe. Por esta razón

sólo podemos asomar algunas características de los insumos utilizados por los sistemas de salud. Distinguiremos dos tipos de insumos: financieros y recursos humanos. Dentro de los recursos financieros analizaremos los siguientes indicadores: proporción de los recursos del sistema de salud con respecto al PIB total de cada país, la proporción de recursos públicos con respecto a los recursos totales del sistema, y el gasto per cápita total en salud. Los recursos humanos considerados son el número de médicos y enfermeras profesionales por cada 10.000 habitantes. La fuente de esta información es la base de datos de OPS (PAHO 1995, 1996).

El gráfico 7 nos muestra que para tener un alto desempeño del sistema de salud (medido en términos de la cobertura de servicios materno-infantiles) no es necesario asignar altas proporciones de recursos financieros con relación al PIB nacional. Argentina, Costa Rica y Panamá asignan alrededor del 9% de sus recursos totales al sector salud. Sin embargo, presentan coberturas no mayores al 92%. Un gran número de países (ubicados en la parte central superior del gráfico) tienen coberturas cercanas al 100% con una menor proporción de recursos con relación al PIB. Las cifras de Venezuela (6.5% del PIB asignado al sector salud) lamentablemente no pueden contrastarse con estimados más precisos. Esta cifra está basada en una estimación del ingreso privado para 1986 y es evidente que en estos diez años es posible encontrar variaciones importantes. A falta de otros estimados es posible postular como hipótesis de trabajo que el país asigna una cantidad de recursos con relación al PIB total que son suficientes para garantizar una alta cobertura de los servicios materno-infantiles. Más aún, si esa proporción de recursos fuera correcta, Venezuela debería tener una mayor cobertura de estos servicios. Este aspecto ilustra también los problemas del desempeño global del sistema de salud a los cuales hacíamos referencia anteriormente.



Gráf. 7. Índice de cobertura y PIB en AL y el Caribe. 1990s.



Gráf. 8. Mort. infantil y recursos públicos. OCDE. 1990s.

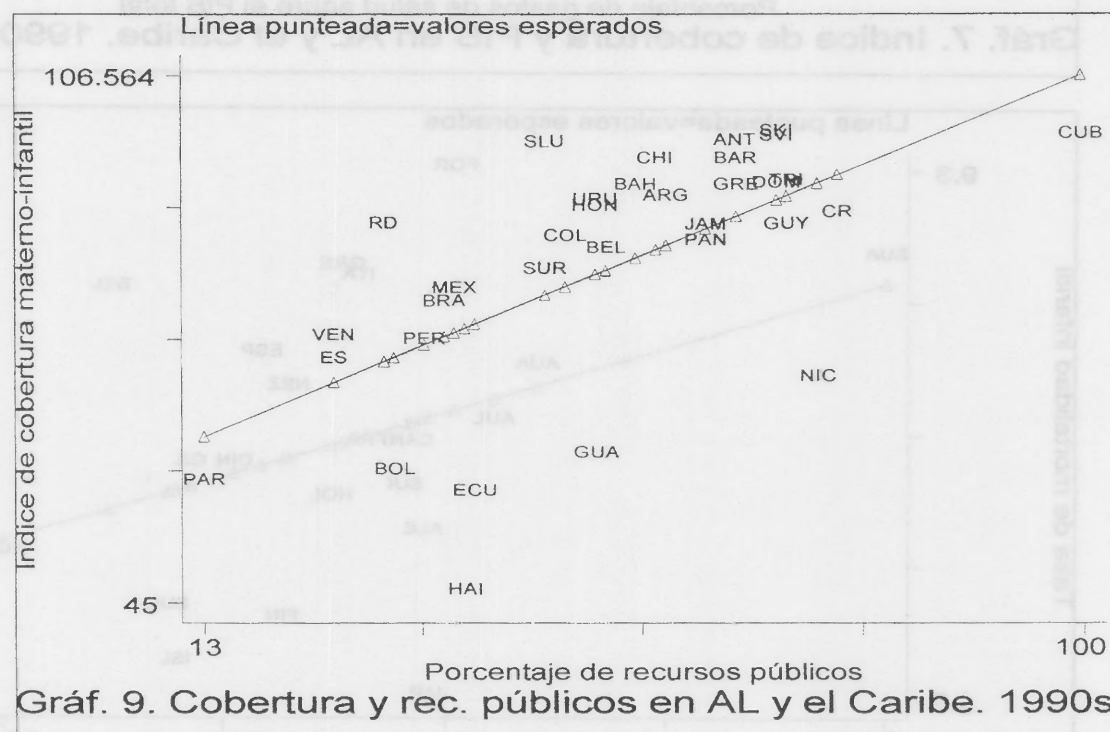
Una parte importante de las relaciones entre las características financieras del sector salud y su desempeño está vinculado a la composición de los recursos

públicos y privados sobre el total de recursos administrados en el sistema. Para ilustrar este aspecto comparamos la proporción de recursos públicos en países

de la OCDE con la tasa de mortalidad infantil alrededor de 1992. Un análisis más refinado debería tomar en cuenta la cobertura de servicios materno-infantiles en estos países. Tal como se aprecia en el gráfico 8, los países de la OCDE que tienen menores tasas de mortalidad infantil son, en general, los países que asignan una mayor proporción de recursos derivados de las fuentes públicas de financiamiento. Parte sustantiva de la explicación de este hecho es que, dadas las características de bien público que tienen muchos servicios de salud (especialmente los materno-infantiles) es mucho más fácil la asignación a intervenciones prioritarias cuando las instituciones públicas intervienen para garantizar su financiamiento.

Esta situación se repite también en los países de América Latina y el Caribe. El gráfico 9 ilustra que los países que tienen coberturas altas de sus servicios materno-infantiles son aquellos que tienen una

proporción mayoritaria del total de sus recursos proveniente de fuentes públicas. En el caso de Venezuela los datos obtenidos señalan que para 1986 la proporción de recursos públicos con relación a los recursos totales del sistema era de 26%. Es decir, de cada 100 Bs. (en 1986) utilizados en el sector salud, 26 provenían de fuentes públicas y 74 de fuentes privadas. Las dificultades económicas del país en los últimos años permiten suponer, con un grado razonable de sustentación, que este porcentaje se mantiene igual o ha disminuido. Es muy probable que una gran parte del financiamiento del sistema se está realizando por la vía del aporte privado, sea en la forma de contribuciones a veces muy altas en los servicios públicos o a través de la compra de servicios en el sector privado. Lamentablemente no contamos con una serie histórica que permite evidenciar con mayor claridad esta suposición.



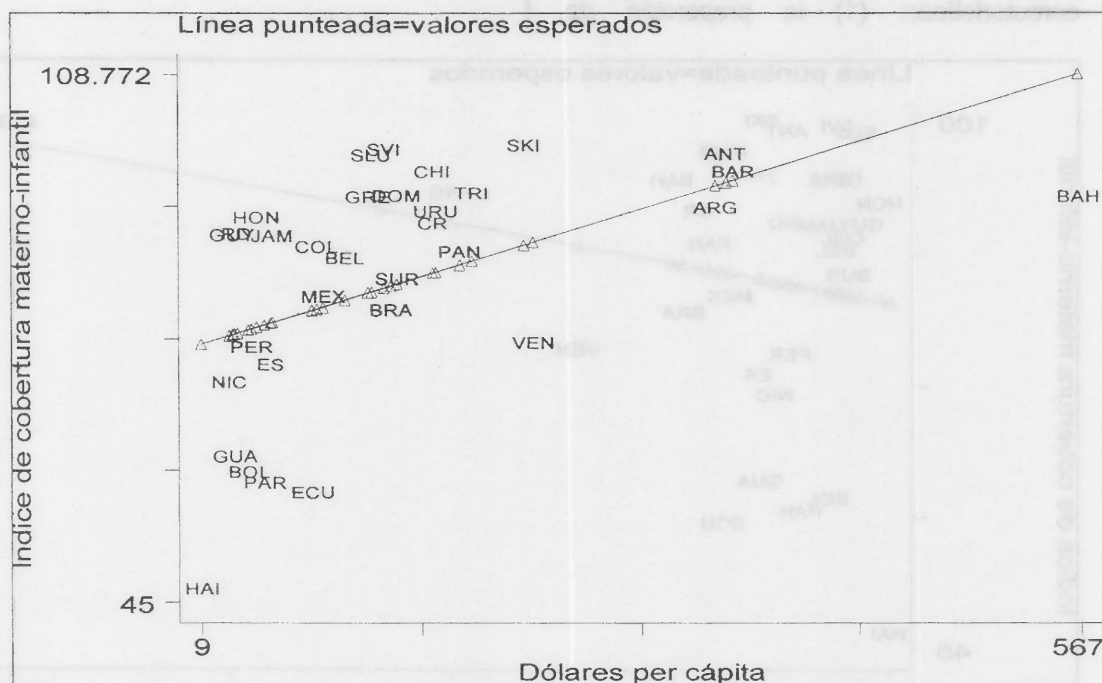
Sin embargo, lo que queremos enfatizar es que, al contrario de ciertas tesis que postulan el aumento de los recursos provenientes de las vía privada, muchas de las deficiencias del sistema de salud venezolano, si no su dificultad estructural más importante, es que la base financiera

es fundamentalmente privada. El margen de maniobra para el sector público es mucho menor que el que se presenta en países que han constituido sus sistemas de salud sobre la base de una mayor participación de los recursos públicos. No es extraño, entonces, que a las

limitaciones en su desempeño, el sistema tenga que afrontar el propio origen de ellas. Esto es, la composición financiera fundamentalmente privada del sistema. Un hecho que resalta también del gráfico 9 es que para la proporción de recursos asignados de la vía pública el desempeño del sistema debería ser menor. De manera que el sector público, con todas las limitaciones que hemos mencionado, está compensando en alguna medida los efectos negativos de una asignación de recursos fundamentalmente privada. Un elemento que agrava esta situación es que los recursos públicos (la proporción minoritaria que hemos señalado) está fraccionada entre varias instituciones de carácter público. Todos los países que tienen 70% o más de recursos públicos en el sector los tienen concentrado en una

sola institución, sea de seguridad social o tipo sistema nacional de salud financiado por impuestos generales y/o cotizaciones.

Finalmente, en cuanto a las características financieras se refiere, analizamos la relación con el gasto per cápita total en salud. Tal como puede observarse en el gráfico 10, a escala individual se repiten lo que anotábamos al nivel de países: la magnitud del gasto per cápita no es garantía de adecuadas coberturas de servicios materno-infantiles. Países con ingresos per cápita menores que Venezuela tienen coberturas mayores. Nuevamente se plantea que para la cantidad de gasto per cápita, Venezuela debería tener coberturas mayores lo cual es indicativo de los problemas reiterados del desempeño institucional.



Gráf. 10. Cobertura y gasto en salud. AL y el Caribe. 1990s.

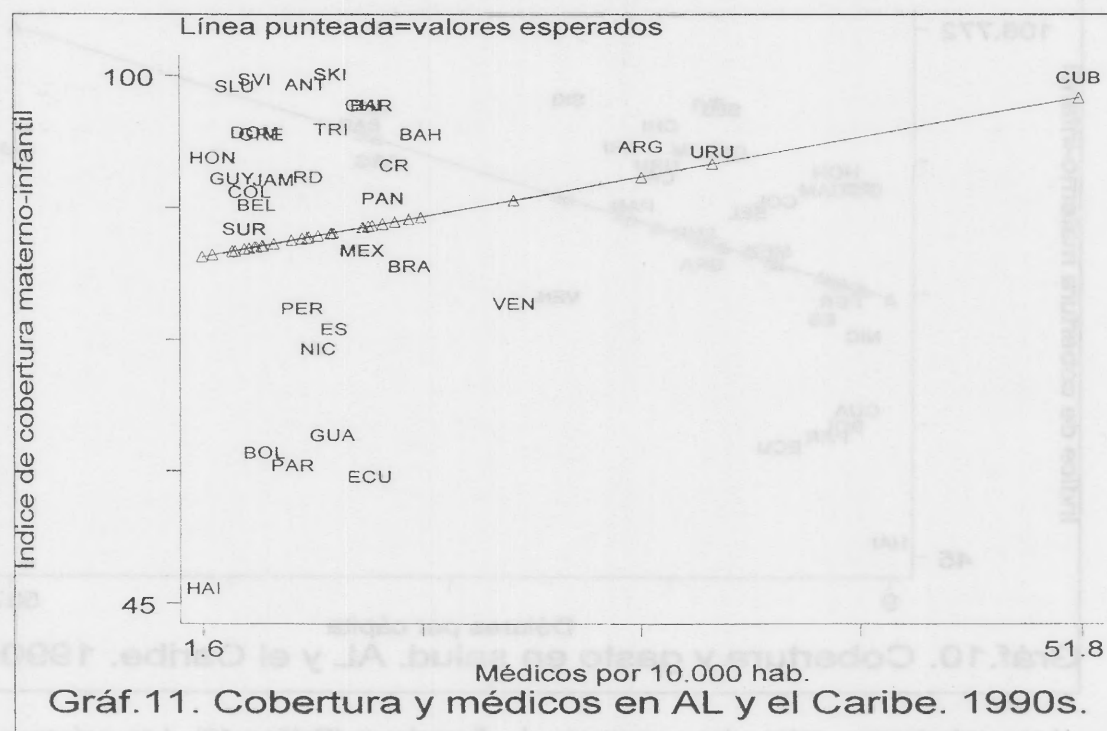
Las relaciones entre los recursos humanos y el desempeño general del sistema sirve para completar este análisis. El gráfico 11 nos muestra que la altas coberturas de servicios materno-infantiles en un número significativo de países no es sinónimo de altas cantidades de médicos por habitantes. Otro tipo de personal; enfermeras especializadas, por ejemplo; puede garantizar altas coberturas de estos servicios con menores requerimientos

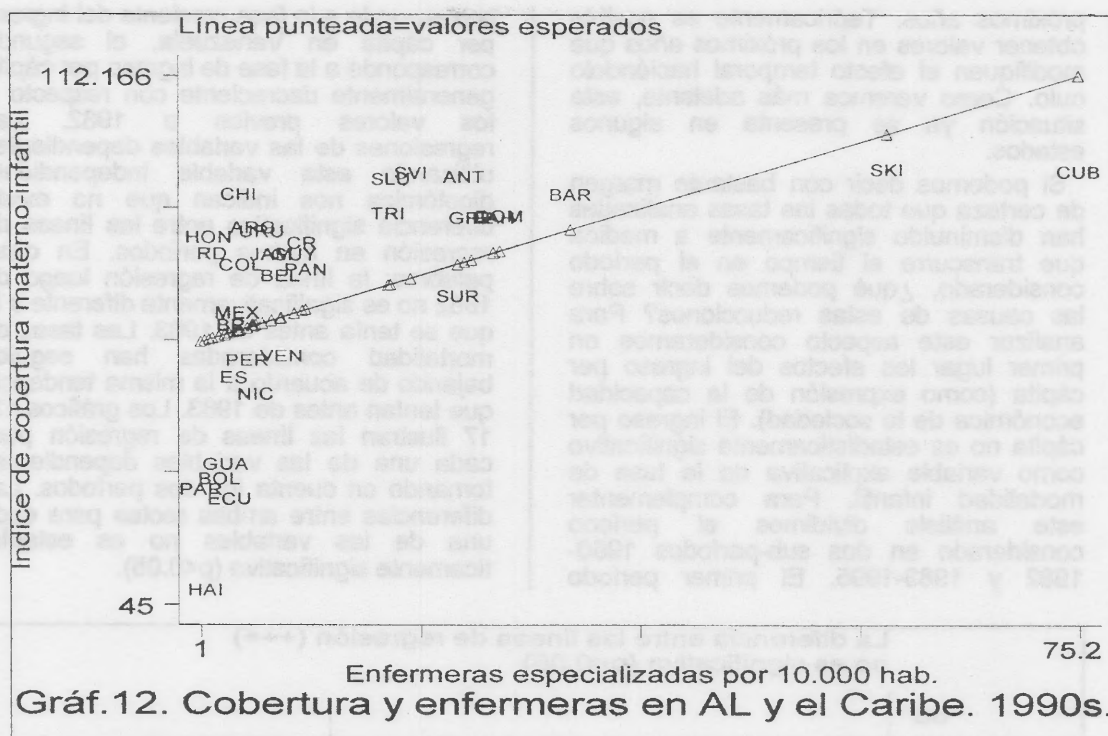
financieros (Gráfico 12). Los países con tasas mayores de enfermeras especializadas por 10.000 hab. tienden a tener mayores coberturas de servicios materno-infantiles. Ello, por supuesto, no descarta el uso de personal médico sino puede ser el fundamento de una política de reasignación de recursos de acuerdo a prioridades y efectos esperados. Venezuela es un caso donde el número de médicos no se corresponde con las bajas

coberturas relativas del sistema de salud, al menos en los servicios materno-infantiles. Una prueba de que muchos de estos médicos deben prestar sus servicios en el sector privado es que la tasa de cobertura real es mucho menor a la que se esperaría con el número de médicos por 10.000 habitantes. En el caso de las enfermeras el valor estimado es más cercano lo cual puede ser una evidencia del rol que desempeña este personal en las actividades preventivas del sector público.

Una reflexión final sobre esta parte del análisis nos permite recapitular algunas de las ideas que hemos esbozado en los párrafos anteriores. Si existe, tal como hemos señalado, un bajo desempeño relativo en el sistema de salud de Venezuela parte de las estrategias de mejoramiento deben incorporar algunas características: (1) la proporción de

recursos asignados al sector con relación al PIB total y la magnitud de recursos (expresada en gasto per cápita) no son aparentemente los factores determinantes en el incremento del desempeño, (2) en consecuencia, es posible, en teoría, con el total de recursos disponibles alcanzar niveles altos de la cobertura de servicios materno-infantiles, (3) sin embargo, para hacer un uso más efectivo de dichos recursos se impone una estrategia de financiamiento que revierta la actual composición mayoritariamente privada del sector hacia un mayor peso de los recursos públicos. El sector requiere una mayor proporción de los recursos públicos si quiere estar en capacidad de impulsar cambios sustantivos. Paralelamente a esto se debe avanzar en mecanismos que contribuyan a la consolidación de las fuentes públicas de financiamiento.





El hecho de que el sector deba avanzar hacia un predominio de las fuentes públicas de financiamiento y a su progresiva consolidación no es excluyente de la necesidad de mejorar el desempeño de las instituciones públicas. Al contrario, el mejoramiento del desempeño de las instituciones públicas a través de sus determinantes institucionales y extrainstitucionales es pieza central de la estrategia. El predominio de las fuentes públicas lo que garantiza es que el conjunto de la sociedad acepte que para adquirir niveles altos de desempeño en el sistema es fundamental el rol de este tipo de financiamiento. Tampoco debe confundirse el predominio público del financiamiento con el predominio público de la prestación. Las modalidades de prestación que aumenten la autonomía de las redes de servicios tienen un gran estímulo para la calidad y la eficiencia del sector. Sin embargo, tal como creemos haber planteado en esta parte del análisis, la efectividad del sistema de salud está fundamentalmente relacionada con su capacidad para influir en la prioridades de asignación y en la asistencia a aquellos sectores que no puede obtener servicios en el sector privado. En esta tarea el rol del sector público no sólo es indelegable sino absolutamente necesario.

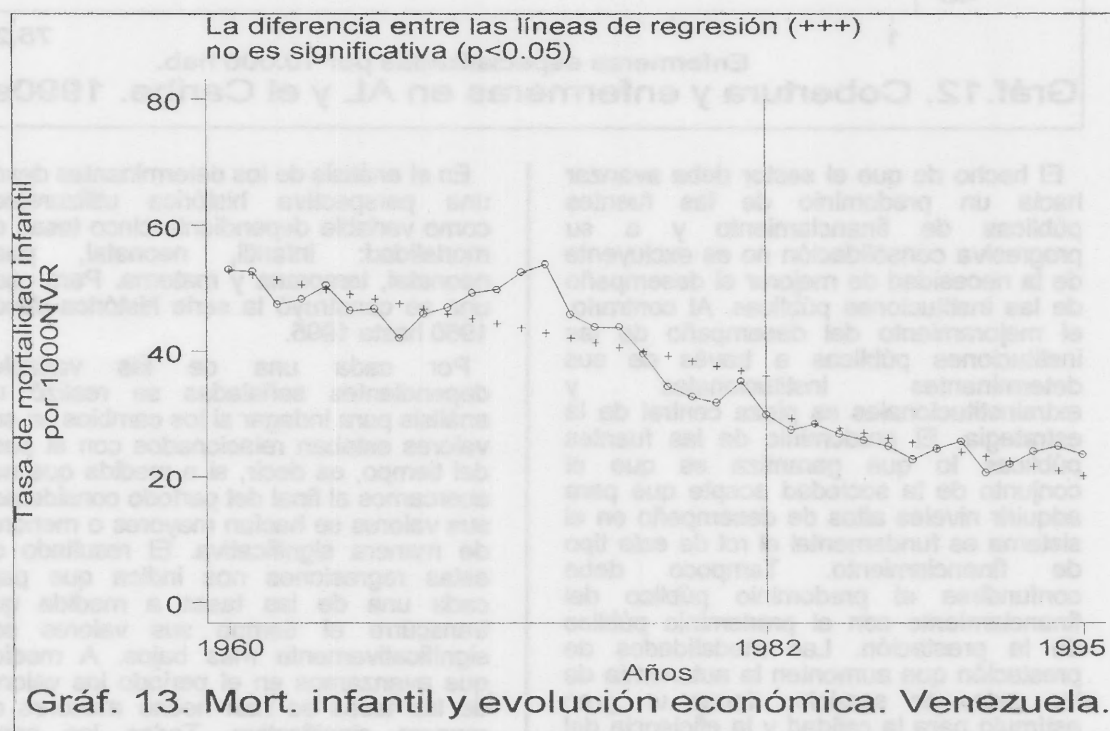
En el análisis de los determinantes desde una perspectiva histórica utilizaremos como variable dependiente cinco tasas de mortalidad: infantil, neonatal, post-neonatal, temprana y materna. Para cada una se construyó la serie histórica desde 1960 hasta 1995.

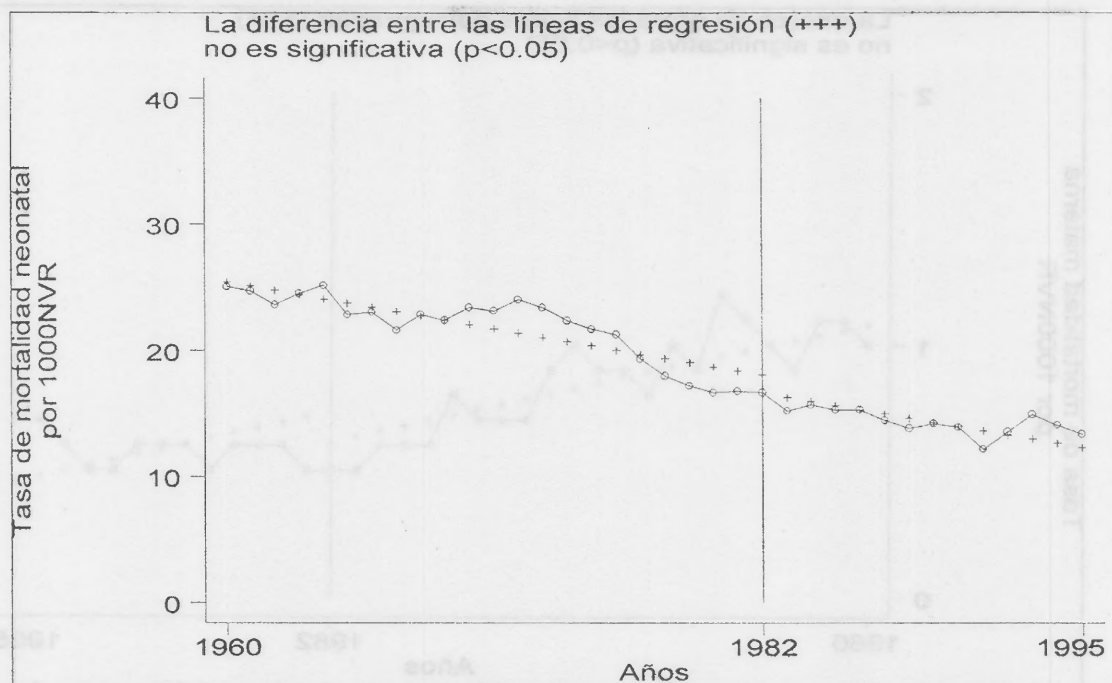
Por cada una de las variables dependientes señaladas se realizó un análisis para indagar si los cambios en sus valores estaban relacionados con el paso del tiempo, es decir, si a medida que nos acercamos al final del período considerado sus valores se hacían mayores o menores de manera significativa. El resultado de estas regresiones nos indica que para cada una de las tasas a medida que transcurre el tiempo sus valores son significativamente más bajos. A medida que avanzamos en el período los valores de las tasas se han hecho menores de manera significativa. Todos los coeficientes de la variable temporal en estas regresiones fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Estos resultados también nos indican las tasas actuales son de manera significativa más bajas que las del inicio del período pero no nos indica las causas que han afectado estas disminuciones. Tampoco, y esto es importante señalarlo, se puede asumir que este comportamiento se mantendrá en los

próximos años. Teóricamente es posible obtener valores en los próximos años que modifiquen el efecto temporal haciéndolo nulo. Como veremos más adelante, esta situación ya se presenta en algunos estados.

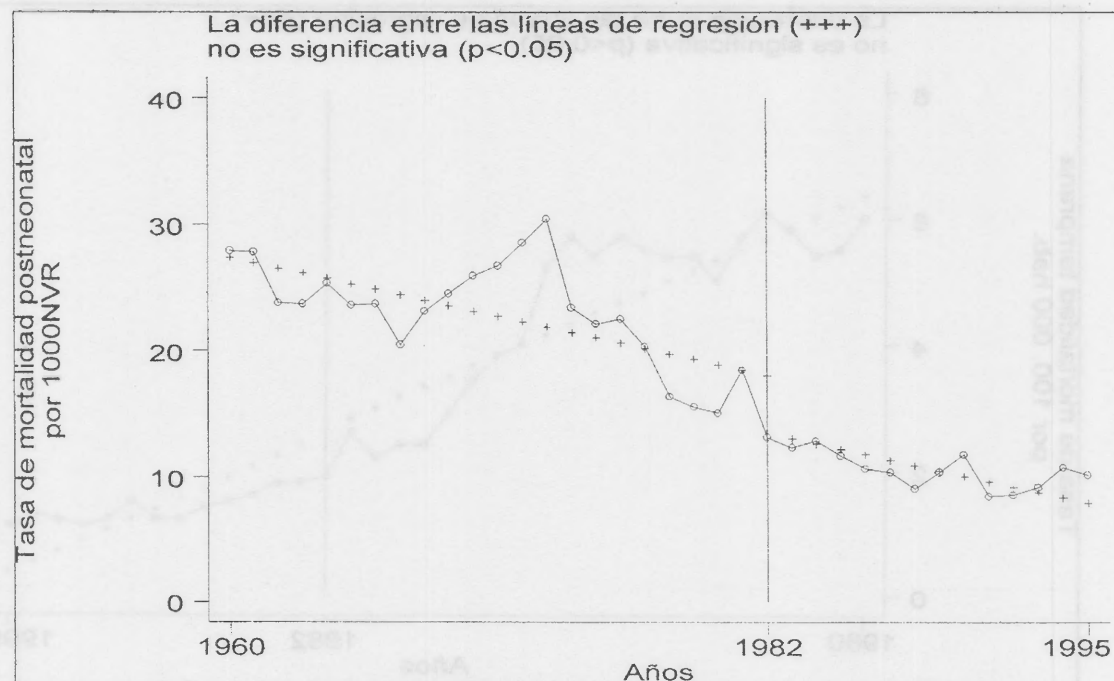
Si podemos decir con bastante margen de certeza que todas las tasas analizadas han disminuido significativamente a medida que transcurre el tiempo en el período considerado, ¿qué podemos decir sobre las causas de estas reducciones? Para analizar este aspecto consideramos en primer lugar los efectos del ingreso per cápita (como expresión de la capacidad económica de la sociedad). El ingreso per cápita no es estadísticamente significativo como variable explicativa de la tasa de mortalidad infantil. Para complementar este análisis dividimos el período considerado en dos sub-períodos 1960-1982 y 1983-1995. El primer período

corresponde a la fase creciente del ingreso per cápita en Venezuela, el segundo corresponde a la fase de ingreso per cápita generalmente decreciente con respecto a los valores previos a 1982. Las regresiones de las variables dependientes utilizando esta variable independiente dicotómica nos indican que no existe diferencia significativa entre las líneas de regresión en ambos períodos. En otras palabras: la línea de regresión luego de 1982 no es significativamente diferente a la que se tenía antes de 1983. Las tasas de mortalidad consideradas han seguido bajando de acuerdo a la misma tendencia que tenían antes de 1983. Los gráficos 13-17 ilustran las líneas de regresión para cada una de las variables dependientes tomando en cuenta los dos períodos. Las diferencias entre ambas rectas para cada una de las variables no es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

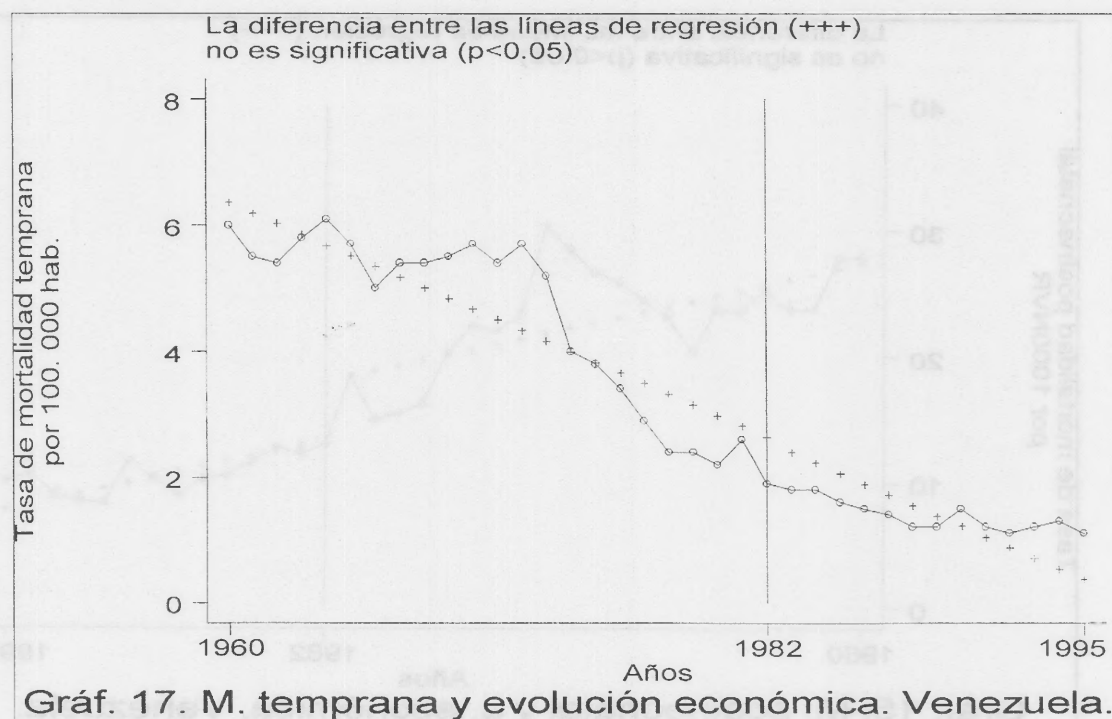
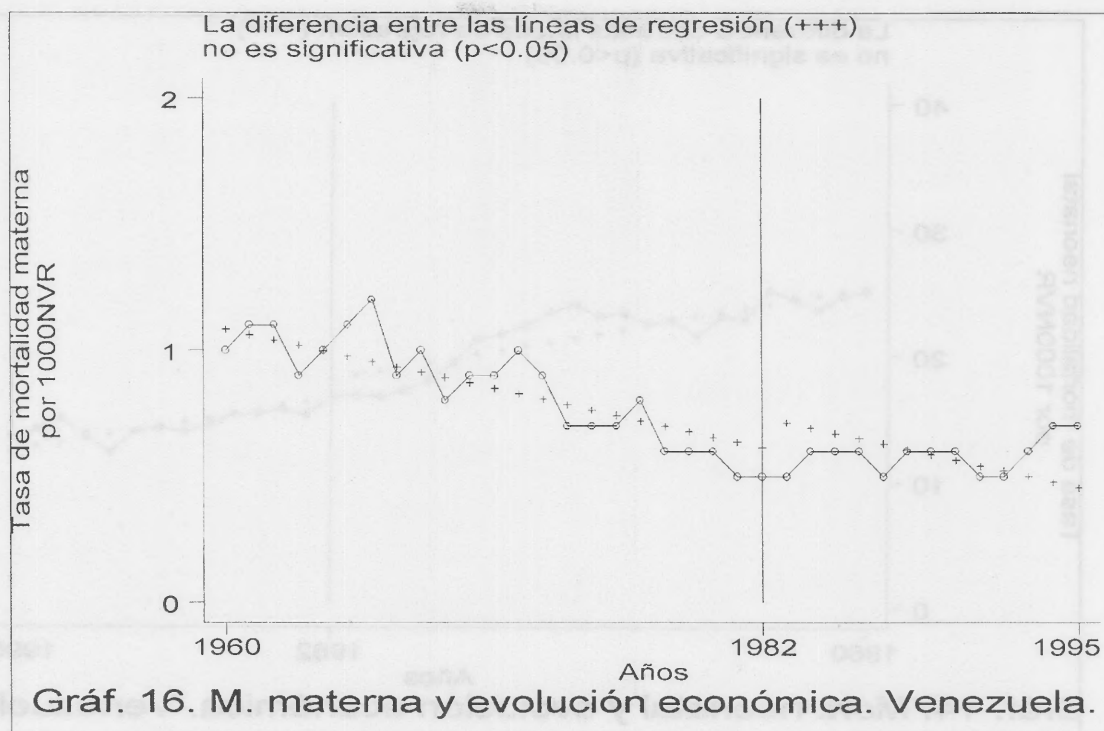




Gráf. 14. Mort. neonatal y evolución económica. Venezuela



Gráf. 15. M. postneonatal y e. económica. Venezuela.



Los resultados anteriores podrían resultar difíciles de explicar si asumiéramos que las variaciones del ingreso per cápita en las variaciones de las condiciones de salud

son altamente influyentes. El caso de Venezuela ilustra de manera clara dos aspectos: (1) se puede contar con un ingreso alto y no tener una tasa baja de

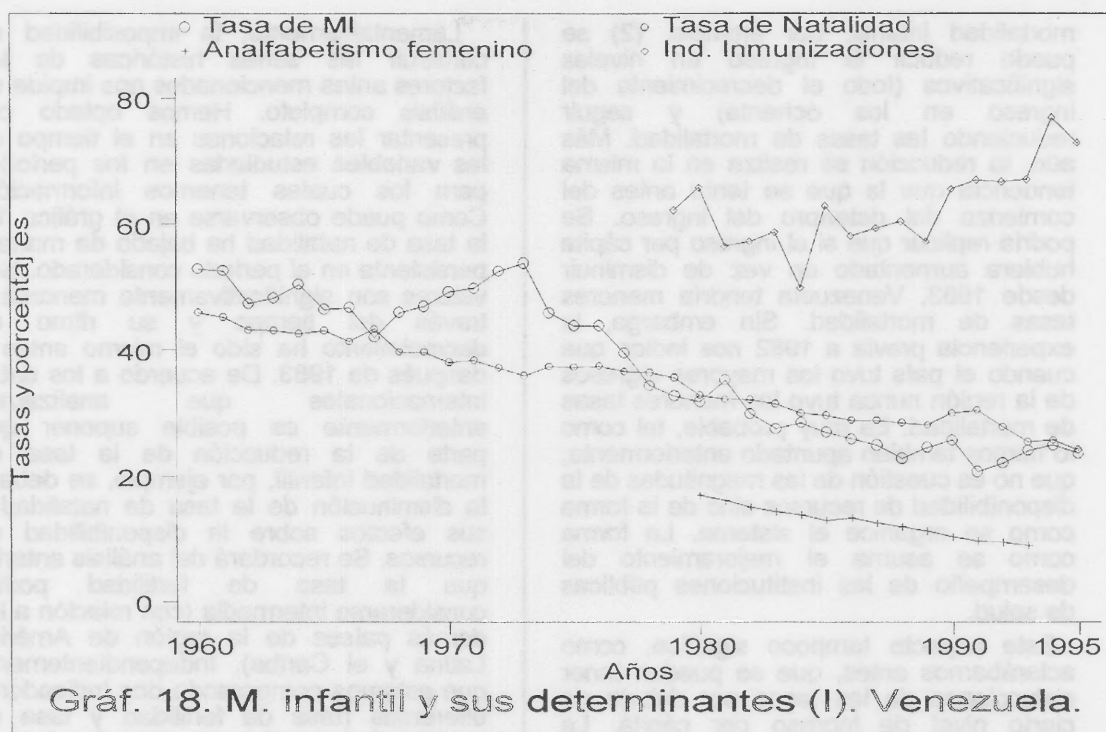
mortalidad infantil, por ejemplo, (2) se puede reducir el ingreso en niveles significativos (todo el decrecimiento del ingreso en los ochenta) y seguir reduciendo las tasas de mortalidad. Más aún, la reducción se realiza en la misma tendencia que la que se tenía antes del comienzo del deterioro del ingreso. Se podría replicar que si el ingreso per cápita hubiera aumentado en vez de disminuir desde 1983, Venezuela tendría menores tasas de mortalidad. Sin embargo, la experiencia previa a 1982 nos indica que cuando el país tuvo los mayores ingresos de la región nunca tuvo las menores tasas de mortalidad. Es muy probable, tal como lo hemos también apuntado anteriormente, que no es cuestión de las magnitudes de la disponibilidad de recursos sino de la forma como se organice el sistema. La forma como se asuma el mejoramiento del desempeño de las instituciones públicas de salud.

Este aspecto tampoco significa, como aclarábamos antes, que se puedan tener reducciones de las tasas por debajo de cierto nivel de ingreso per cápita. La experiencia de muchos países africanos refuerza este punto. Tampoco indica que se pueda alcanzar el mínimo de mortalidad infantil sin aumentar sustancialmente el ingreso per cápita. La experiencia de los países desarrollados demuestra que las reducciones por debajo de 10 def./1000 NVR sólo pueden conseguirse a través de una gran inversión en tecnología médica (especialmente en el componente neonatal de la tasa). Lo que queremos reiterar es que las reducciones de la tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, en países con ingresos intermedios (incluso con un gran intervalo de separación entre sus límites) dependen de otros factores, no de la magnitud de su ingreso per cápita.

Hasta ahora tenemos dos evidencias: (1) las tasas de mortalidad han bajado significativamente en el período considerado, (2) el ingreso per cápita no parece ser el determinante fundamental de estas reducciones. Entonces, ¿cuáles son estos posibles determinantes?

Lamentablemente, la imposibilidad de construir las series históricas de los factores antes mencionados nos impide un análisis completo. Hemos optado por presentar las relaciones en el tiempo de las variables estudiadas en los períodos para los cuales tenemos información. Como puede observarse en el gráfico 18, la tasa de natalidad ha bajado de manera persistente en el período considerado. Sus valores son significativamente menores a través del tiempo y su ritmo de decrecimiento ha sido el mismo antes y después de 1983. De acuerdo a los datos internacionales que analizamos anteriormente es posible suponer que parte de la reducción de la tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, se deba a la disminución de la tasa de natalidad y sus efectos sobre la disponibilidad de recursos. Se recordará del análisis anterior que la tasa de fertilidad podría considerarse intermedia (con relación a los demás países de la región de América Latina y el Caribe). Independientemente que estamos comparando dos indicadores diferentes (tasa de fertilidad y tasa de natalidad) es posible plantear que la tasa de fertilidad es alta pero que ha disminuido sustancialmente en el tiempo. Probablemente, como veremos a continuación, por la influencia de factores educativos.

En el gráfico 18 también se observa que el analfabetismo femenino ha disminuido de manera persistente desde 1980. Para ese año el porcentaje de analfabetismo femenino era de 16.9%. En 1993 (último año disponible) era de 8.89%. Dados los niveles relativamente altos de los años de escolaridad femenina en el país es también plausible considerar a los avances educativos como uno de los factores más relevantes para explicar la reducción de las tasas de mortalidad, especialmente la infantil. Así mismo, el mejoramiento del nivel educativo de la población femenina es influyente en la reducción de la tasa de natalidad y de la tasa de fertilidad. Mujeres más educadas tienden a tener un número menor de niños, tanto por las exigencias del mercado laboral como por la utilización de información y métodos para ejercer una adecuada salud reproductiva.

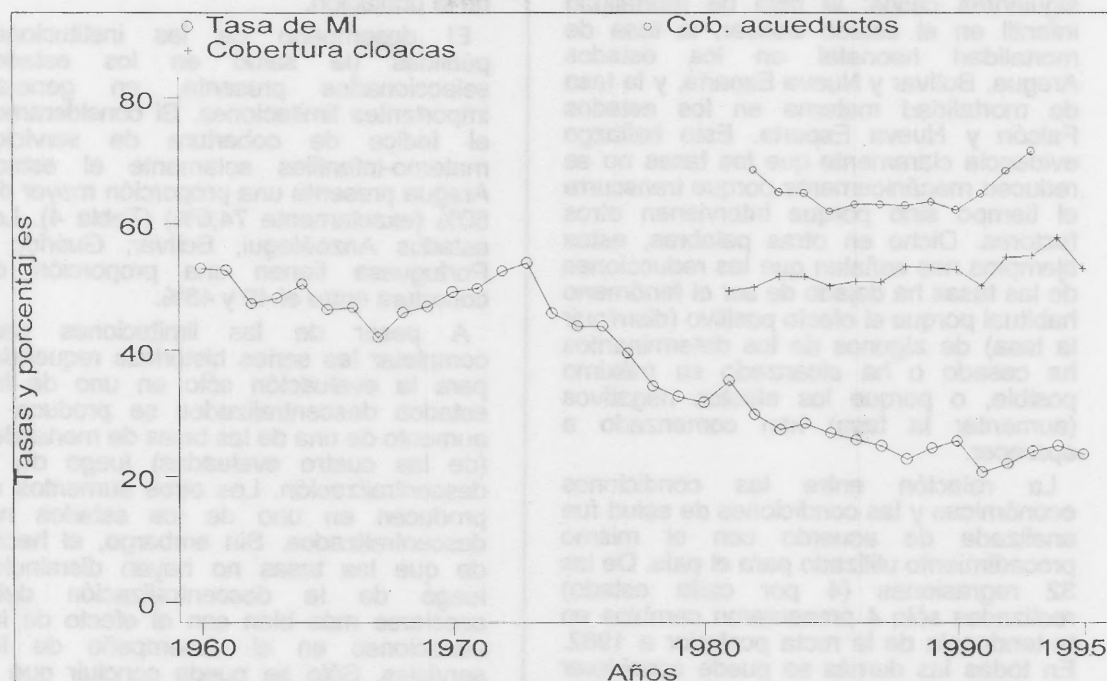


Para analizar la posible relación del desempeño del sistema de salud consideramos la cobertura de inmunizaciones. Se construyó un índice de inmunizaciones considerando la cobertura de antipolio, triple y antisarampionosa desde 1979 hasta 1995. El gráfico 18 muestra que el índice ha aumentado desde 1979. Podemos considerar este aumento como significativo desde el punto de vista estadístico. Es decir, hay razón para suponer que parte de las variaciones de la tasa de mortalidad infantil podría explicarse por este índice. Sin embargo, esta interpretación no es enteramente satisfactoria. La razón básica es que este índice afecta teóricamente una proporción pequeña de las causas específicas de mortalidad. En otras palabras, no puede asumirse tan directamente que el índice es reflejo del desempeño general del sistema. Lo que sí podemos concluir es que el esfuerzo que se ha realizado en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha sido lo suficientemente importante como para que en 1995 Venezuela tuviera una cobertura de inmunizaciones significativamente mayor que la de 1979. El impacto en términos de la morbi-mortalidad específica (sarampión y tosferina) es también significativo desde el punto de vista estadístico. Sin embargo, no tenemos cifras de otros indicadores de

cobertura de manera histórica que permitan analizar más en detalle esta relación. Las cifras reportadas en otros servicios materno-infantiles permiten suponer que la alta cobertura de inmunizaciones es, lamentablemente, más excepción que regla.

El gráfico 19 presenta la comparación entre la evolución histórica de la tasa de mortalidad infantil y la cobertura de servicios de agua y cloacas. Estos dos últimos indicadores pueden considerarse como relativamente estacionarios. La cobertura de acueductos, por ejemplo, ha aumentado apenas un 3% desde 1982 hasta 1993 (de 68.5 a 71.5%). La cobertura de cloacas ha aumentado apenas 3.5% en el período 1981-1995 (de 49.4% a 52.9%). Tal parece que el efecto de estos servicios en las reducciones de la tasa de mortalidad, por ejemplo, permanece invariable. Se recordará que en el análisis comparado sugeríamos a estos factores como parte explicativa de la tasa de mortalidad infantil. Ahora, si analizamos históricamente esta relación es posible argumentar que incrementos sustanciales de la cobertura de acueductos y cloacas (a 80%, por ejemplo) deben tener efectos importantes en la reducción de la tasa de mortalidad infantil (especialmente en el componente postneonatal). Las cifras

indican que el país todavía tiene un gran trecho por recorrer en esta dirección.



Gráf. 19. M. infantil y sus determinantes (II). Venezuela.

El análisis integrado de estos determinantes nos permite plantear algunas conclusiones. En el caso venezolano es posible que las reducciones que se han efectuado en las tasas de mortalidad han tenido su origen en un mejoramiento sostenido, a pesar de las dificultades económicas, en las posibilidades de información de la población femenina. Este hecho tiene repercusiones demográficas y en el uso de los servicios de salud. Ello no significa que los restantes factores no estén contribuyendo, sólo queremos enfatizar el mayor impacto de este factor. El desempeño del sistema de salud puede estar mediado también por este factor en la medida que una población más informada está en mayor capacidad para requerir servicios y otorga más importancia a los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad. Obviamente, la naturaleza de los servicios de salud, especialmente en el área de planificación familiar, ha podido ejercer un importante rol en la reducción de la tasa de natalidad del país. Sin embargo, las tradicionales bajas coberturas de estos servicios son un argumento a favor de que el efecto

mayoritario ha sido derivado de las mejoras en educación y no del impacto de los servicios de planificación familiar.

Es muy posible suponer, entonces, que las deficiencias que existen en el desempeño del sistema de salud, especialmente en la atención materno-infantil que ya hemos discutido, sean en parte responsable que tengamos una tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, incompatible con el nivel de desarrollo educativo y económico. La necesidad de enfatizar los servicios de saneamiento básico es clara ante el estancamiento de sus indicadores de cobertura. Es muy plausible proponer que en este caso estamos en presencia de un efecto indirecto de la caída del ingreso per cápita. También ha quedado reiterado que las variaciones en las condiciones de salud no están afectados directamente por las magnitudes de los recursos de los cuales dispongan la sociedad, los sistemas de salud o incluso los individuos.

El análisis de los determinantes de las condiciones de salud se realizó en los siguientes estados: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Guárico, Nueva Esparta y Portuguesa. Los hallazgos más

resaltantes fueron los siguientes. Las tasas de mortalidad señaladas disminuyeron en el período 1960-1995 excepto en los siguientes casos: la tasa de mortalidad infantil en el estado Bolívar, la tasa de mortalidad neonatal en los estados Aragua, Bolívar y Nueva Esparta, y la tasa de mortalidad materna en los estados Falcón y Nueva Esparta. Este hallazgo evidencia claramente que las tasas no se reducen mecánicamente porque transcurre el tiempo sino porque intervienen otros factores. Dicho en otras palabras, estos ejemplos nos señalan que las reducciones de las tasas ha dejado de ser el fenómeno habitual porque el efecto positivo (disminuir la tasa) de algunos de los determinantes ha cesado o ha alcanzado su máximo posible, o porque los efectos negativos (aumentar la tasa) han comenzado a aparecer.

La relación entre las condiciones económicas y las condiciones de salud fue analizada de acuerdo con el mismo procedimiento utilizado para el país. De las 32 regresiones (4 por cada estado) realizadas sólo 4 presentaron cambios en la tendencia de la recta posterior a 1982. En todas las demás se puede considerar que la línea de regresión entre 1983 y 1995 corresponde a la misma tendencia que en el período precedente. A los efectos prácticos podemos plantear que si el deterioro del ingreso nacional también se manifestó en los estados (en proporciones variables, claro está) su impacto en las variaciones de la mortalidad (hacia una afectación de su tendencia a la reducción) no fueron significantes. Aparentemente, las variaciones de las tasas de mortalidad en los estados seleccionados no están ligada de manera significativa a los determinantes económicos. Tal como veíamos desde la perspectiva nacional, es muy posible que los cambios en estas tasas se deban al efecto de otros determinantes.

El análisis de los determinantes en los estados revela que el efecto nacional de los factores educativos y demográficos parece ser un fenómeno generalizado (Tabla 4). Incluso en los estados con menor desarrollo educativo es posible argumentar un efecto relativo de este factor. En el caso de las variables demográficas (especialmente la tasa de natalidad) es notable que muchos de los

estados no hubieran podido reducir sus cifras de mortalidad si no se hubiera producido una disminución del crecimiento de la población.

El desempeño de las instituciones públicas de salud en los estados seleccionados presenta, en general, importantes limitaciones. Si consideramos el índice de cobertura de servicios materno-infantiles solamente el estado Aragua presenta una proporción mayor del 50% (exactamente 74,6%) (Tabla 4). Los estados Anzoátegui, Bolívar, Guárico y Portuguesa tienen una proporción de cobertura entre el 40 y 46%.

A pesar de las limitaciones para completar las series históricas requeridas para la evaluación sólo en uno de los estados descentralizados se produce el aumento de una de las tasas de mortalidad (de las cuatro evaluadas) luego de la descentralización. Los otros aumentos se producen en uno de los estados no-descentralizados. Sin embargo, el hecho de que las tasas no hayan disminuido luego de la descentralización debe asociarse más bien con el efecto de las variaciones en el desempeño de los servicios. Sólo se puede concluir que el proceso de descentralización no ha repercutido en un aumento de las tasas.

También se encontró en este estudio que los estados descentralizados habían aumentado las coberturas de las consultas de prenatal, infantiles y preescolares (Tabla 5). La cobertura de estas consultas había disminuido en los tres estados no-descentralizados. La cobertura de servicios de planificación familiar disminuyó más en los estados no-descentralizados que en los descentralizados.

Los estados descentralizados aumentaron en mayor proporción las coberturas de inmunizaciones que los estados no-descentralizados.

En el análisis de los determinantes del desempeño de las instituciones públicas de salud se encontró que los estados descentralizados han incluido los programas materno-infantiles como una prioridad en mayor proporción que los estados no-descentralizados (Tabla 6). Así mismo, se encontró una mayor capacidad de los estados descentralizados en las funciones de planificación y evaluación que los no-descentralizados (Tabla 6).

Tabla 4
Condiciones de salud y sus determinantes en estados seleccionados.
Venezuela, 1995.

	Venezuela	Anzoátegui	Áragua	Bolívar	Carabobo	Falcón	Girón	N.España	Portuguesa
Tasas de mortalidad (1)									
Infantil *	235	75	278	361	19	177	256	264	252
Normal *	134	45	193	204	11.1	11	153	209	139
Postnecrotal *	101	3	85	157	79	67	103	55	113
Temprana **	1.1	0.5	0.8	1.5	1	0.8	1.2	1.1	1.2
Materna ***	0.7	0.5	0.8	1.1	0.5	0.4	0.7	0.6	1.2
Determinantes									
Tasa de mortalidad (1) #	241	24	208	243	216	286	256	257	266
Variación 190-1995 (%)	-43.69	-52.66	-48.64	-45.64	-50.12	-40.29	-43.86	-38.81	-50.28
Ind. de inmunizaciones (2)	7297	61.77	9290	6930	7490	6687	9297	9283	7757
Cobert. prenatal (%) (3)	36	55.5	76.4	33.1	nd	nd	11	25.3	nd
Cobert. de infantiles (%) (3)	35	42.3	81.8	61.8	nd	nd	40.5	34.1	nd
Cobert. pla. familiar (%) (3)	106	11.9	47.4	34.5	nd	nd	11.9	31.9	nd
Índice de cobertura (%) (4)	38.64	42.87	74.63	49.73	nd	nd	39.09	46.03	nd
Ind. de saneamiento (%) (5)	622	593	592	719	860	457	532	741	442
Índice educativo (6)	0.8141	0.8085	0.8355	0.8288	0.8317	0.8287	0.8108	0.8056	0.7289

Fuentes: (1) Datos de 1995 en base a Godoy et al 1996. (2) Cálculos propios en base a MSAS 1996.

(3) Datos nacionales en base a MSAS (DAMNA) 1997a 1997b. Estados: Datos de 1996 para todos excepto Bolívar (1995).

(4) Cálculos propios. (5) Cálculos propios en base a datos suministrados por OCH. (6) OCH-NUDEFUNAP 1997.

Notas: (1) * (x1000 nvr), ** (x100000 hab.), *** (x100.000 nvr; # (x1000 hab.). (2) nd: no disponible.

Tabla 5
Variaciones de las coberturas de servicios materno-infantiles
en estados seleccionados (1990-1996)
(en porcentajes). Venezuela

	Estados descentralizados						Estados no descentralizados			
	Anzoátegui	Aragua	Bolívar	Carabobo	Falcon	Puerto Rico	Cúcuta	Nueva Esparta	Paraguaná	Puerto Rico
Consultas										
Prenatal	288	239	-270	nd	nd	86	20	-669	nd	-319
Infantil	230	380	nd	nd	nd	305	nd	-306	nd	-306
Preescolar	98	427	nd	nd	nd	262	nd	-207	nd	-207
Planificación familiar	-680	325	-157	nd	nd	-170	-160	-363	nd	-261
Imunizaciones										
Antipolio	nd	33	nd	241	nd	137	-96	136	194	78
Antisarampión	nd	62	nd	67	nd	64	-87	161	117	63
Tríplice	nd	11	nd	70	nd	41	-155	99	118	21
BCG	nd	-134	nd	187	nd	27	66	197	132	131

Fuente: Información suministrada por los estados de acuerdo al instrumento 3 (ver Anexo 3). Cálculos propios.

Notas: (1) Los porcentajes de variación corresponden a la diferencia entre el valor de 1996 y el de 1990 excepto en los siguientes casos:

Anzoátegui: cobertura prenatal corresponde al período 1992-1996

Bolívar: coberturas prenatal y de planificación familiar corresponden al período 1990-1996

Carabobo: cobertura de BCG corresponde al período 1993-1996

Nueva Esparta: cobertura prenatal corresponde al período 1990-1996, coberturas de infantil y preescolar corresponden al período 1993-1996 y la de BCG al período 1991-1996

Paraguaná: cobertura de BCG corresponde al período 1991-1996

(2): nd: no disponible

Talla 6
Determinantes del desempeño institucional en estados seleccionados
Venezuela (1990-1996).

	Estados descentralizados						Estados no descentralizados			
	Aracataca	Aragua	Bolivar	Carabobo	Falcon	Puerto	Guano	N Esparta	Portuguesa	Puerto
Factores internos										
Prioridad del programa materno-infantil (PMI) (a)	Nb	Si (1995)	Nb	Si	nd	*	Nb	Nb	Nb	*
Elaboración del plan (a)	Si (1995)	Si (1995)	Nb	Si (1995)	Si (1995)	*	Nb	Nb	Nb	*
Evaluación del PM	Nb	nd	Nb	nd	Nb	*	Nb	Nb	Nb	*
Informes contables (b)	Si (1994)	Si (1994)	nd	nd	Si (1996)	*	Si (1992)	Si (1996)	Si (1995)	*
Duración promedio de Coordinadores de IPSE (años)	0.75	1.4	nd	nd	23	1.48	nd	1.75	nd	1.75
Duración promedio de los Coordinadores del PM (años)	6	35	nd	nd	nd	4.75	nd	35(c)	nd	35
Prioridad del PM en el plan de salud (a)	Nb	Si (1995)	*	Si	Si	*	*	*	*	*
Factores externos										
Evaluación del PM por parte del MNAS	Nb	nd	nd	nd	Nb	*	Nb	Nb	Nb	*
Inclusión del PM como prioridad del plan estatal de desarrollo (a)	*	Si	Si (1996)	nd	Nb	*	nd	nd	Nb	*

Fuente: Información suministrada por los estados de acuerdo al instrumento 3 (ver Anexo 3). Cálculos propios.

Notas: (a) la cifra entre paréntesis corresponde al primer año en el cual se realizó la actividad respectiva.

(b) la cifra entre paréntesis corresponde al último año en que se realizó el informe contable.

(c) corresponde al promedio de las Coordinaciones de Atención Materna y Atención del Niño.

Abreviaturas: nd: no disponible; *: no aplica.

5. Implicaciones de políticas

De acuerdo a lo expuesto en las secciones anteriores los aspectos centrales de una propuesta de reforma del sector salud en Venezuela debería considerar los siguientes aspectos:

- El diseño de políticas en un proceso multifactorial que requiere el concurso de diversos sistemas entre los cuales se encuentra el sector salud.

- La mayor integración de sistemas de políticas es una garantía de que se están cubriendo los factores más relevantes.
- El fortalecimiento de un Sistema Intergubernamental de Salud (González 1997) en el cual los distintos tipos de gobierno (nacional, estatal y municipal) establecen acuerdos institucionales para financiar y prestar servicios de salud.
- Promover políticas y programas que consideren el desempeño

institucional como un objetivo fundamental. Las evidencias señaladas anteriormente apuntan a las grandes limitaciones que tiene el sector salud en este particular.

- La consolidación de las fuentes públicas de financiamiento es una opción que el país no ha considerado en detalle. Dadas las limitaciones y dispersión de recursos en el sector salud, las extraordinarias complicaciones institucionales que conllevan las reformas aprobadas en 1998, el estado de las cuentas fiscales y la estructura de nuestro mercado de trabajo, esta opción cobra mayor vigencia.
- También se debe avanzar en el desarrollo y evaluación de nuevas modalidades de autonomía de las redes de servicios públicos con el objeto de promover una mejor utilización de recursos y crear una mayor responsabilidad por parte de los gerentes, personal y usuarios.

Todo lo anterior supone la revisión de las macro-reformas aprobadas a finales de 1998 y la combinación con procesos de cambio en los servicios e instituciones del sector público (micro-reformas).

6. Agenda pendiente

Tal como hemos señalado a lo largo de este trabajo, el diseño de políticas más atinadas en nuestro sector salud requiere la realización de evaluaciones más rigurosas sobre la efectividad, eficiencia y equidad del financiamiento y prestación de servicios. Una agenda de estas evaluaciones debe continuar profundizando en los aspectos descritos en anteriormente. Para ello se proponen las siguientes tareas:

- Análisis de los determinantes de las condiciones de salud en el país y en los estados con el máximo de información histórica disponible. La

investigación realizada anteriormente (González 1997) debería ser completada con los datos de país y los ocho estados analizados. Esta investigación sólo se concentró en los programas de salud materno-infantil.

- Como complemento de lo anterior se debe completar el análisis de los determinantes del desempeño institucional tanto en el país como en los ocho estados señalados.
- Incluir en el análisis anterior (tanto de los determinantes de las condiciones de salud como del desempeño institucional) otras áreas de políticas y programas. Por ejemplo, los cinco o diez problemas de salud del país seleccionados con una metodología diseñada a tal efecto. Para ello se debe revisar la propuesta de priorización de problemas desarrollada en González 1998b e introducir las modificaciones requeridas.
- Ampliar los anteriores análisis a todos los estados descentralizados.
- Elaboración de una propuesta de reforma que establezca un marco financiero predominantemente público no contributivo y un marco institucional compatible con la descentralización de servicios y una mayor autonomía de la gestión de servicios públicos. Esta propuesta también debería desarrollar los mecanismos de relación entre el sector público y privado tanto en el financiamiento, producción de bienes y servicios asistenciales y no asistenciales.
- Evaluación de intervenciones seleccionadas en estados específicos orientadas al mejoramiento de las capacidades de planificación, asignación de recursos y evaluación.

Referencias

- Barro, Robert J. 1996. "Health and economic growth". Cambridge: Harvard University. (mimeo).
- González R., Marino J. 1998a. A policy-oriented framework to evaluate determinants of child health conditions: Conceptual foundations and empirical analysis. Ph.D. dissertation. Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos.
- González R., Marino J. 1998b. Formulación del sistema de seguimiento y evaluación en áreas prioritarias para el desarrollo social: Sector salud. Caracas: CIES.
- González R., Marino J. 1997. "Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela (1990-1996): Una Aproximación Inicial." Informe elaborado para el Proyecto Salud (MSAS-BID-Banco Mundial). Caracas.
- MacRae, Duncan Jr. 1985. Policy indicators: Links between social science and public debate. Chapel Hill: University of Chapel Hill Press.
- PAHO. 1996. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 1996. Washington: PAHO. Health Situation Analysis Program.
- PAHO. 1995. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 1995. Washington: PAHO. Health Situation Analysis Program.
- PAHO. 1994. Health Conditions in the Americas. Washington: PAHO. Vol 1.
- Strauss, John, Duncan Thomas. 1998. "Health, nutrition, and economic development." *Journal of Economic Literature*. 36(June): 766-817.
-