

HC 239.5
P6 616
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 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.