

La agenda prioritaria en salud

Salud

Este artículo trata de desmitificar las causas atribuidas a la situación del sector salud en Venezuela. A partir de un modelo donde se integran múltiples variables se constata que las mejoras mostradas por los indicadores de salud pública han mejorado históricamente gracias a la intervención de variables no relacionadas con la prestación de servicios de salud en el país. Si queremos, como debemos, mejorar los indicadores de salud, especialmente en los grupos más pobres, se deben realizar evaluaciones más rigurosas sobre la efectividad, eficiencia y equidad del financiamiento y prestación de servicios en salud.

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. 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, estatal 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 realidades y problemas.

Como expresión de lo anterior, el sector ha sido movido al menos por cuatro ideas centrales. 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 el 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. 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 analizado.

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, el deterioro de las condiciones de salud es debido a un bajo gasto per cápita en salud proveniente de fuentes públicas. Se ha propuesto incluso que el sector público de la salud debe recibir el 10% de PIB del país. De manera invariable se citan propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con esta recomendación. La política que se desprende de esta tesis es que hasta que el país no asigne tal porcentaje de recursos al sector, poco podrá esperarse en 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 tomados medidas de contención de costos de manera estricta. Tampoco se expresa que la mención realizada por la OMS se refiere a la asignación del 5% del PIB para 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 años más tarde.

La tercera idea es que la reforma del sistema de salud de un país debe enfatizar los aspectos macroestructurales sean estos organizativos, financieros o de prestación de servicios. Más aún, la concepción de reforma está asociada con una mayor complejidad de los cambios. La consecuencia de esta idea fuerza es que limita las posibilidades de realizar cambios progresivos en cada espacio institucional. La pretensión de resolver los problemas del sector solamente con aspectos macroestructurales está condenada al fracaso si no hay claridad conceptual y consideración de los múltiples niveles (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. 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.

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 directamente 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 posible esperar buenos resultados de una política dirigida primordialmente al aumento de los recursos? ¿Cuál es la realidad de los procesos de planificación, presupuestación 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?

Este trabajo tiene por objetivo presentar pautas de análisis para las preguntas del párrafo anterior. Está dividido en cuatro partes además de la introducción. La primera parte es una revisión de los determinantes de las condiciones de salud. La segunda parte es un análisis de los determinantes de las condiciones de salud en el caso de Venezuela. La tercera parte es una formulación de las prioridades de política derivadas del análisis de la segunda parte. La cuarta parte es una presentación de las tareas que deben acometerse para establecer con mayor rigurosidad los determinantes del desempeño institucional en Venezuela.

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 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. La consideración de las unidades de análisis ba-

sadas 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 en base a reducciones de tasas de mortalidad o morbilidad de manera automática. 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 relativo al 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.

Tomando en cuenta estas limitaciones, se ha elaborado un marco conceptual para analizar las condiciones de salud desde la perspectiva institucional cuando las unidades de análisis son geográfico-políticas (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 ese trabajo se define un modelo conceptual para el análisis de los determinantes de la tasa de mortalidad infantil (González 1998a). Las varia-

bles independientes corresponden a la operacionalización de los cinco sistemas de políticas señalados anteriormente. Se realizó un análisis multivariado transversal en una muestra de 144 países con datos entre 1990 y 1995. Los resultados finales demostraron que a excepción del sistema económico todos los demás sistemas fueron significativos. Las variables significativas explican el 91% de la varianza de mortalidad infantil en la muestra señalada.

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 desde una perspectiva comparada e histórica. En la segunda se analizan los determinantes de las condiciones de salud en ocho estados (cinco descentralizados y tres no descentralizados).

Para el análisis de las condiciones de salud se seleccionó la tasa de mortalidad infantil como variable dependiente. Se puede señalar que países con menor ingreso per cápita presentan menores tasas de mortalidad infantil que Venezuela. La tasa de mortalidad infantil reportada para el país es menor de su valor estimado de acuerdo a la tasa de fertilidad. Este 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. 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.

Si esta hipótesis es correcta, ¿cuál es el rol de los servicios de salud? Nuestro interés central es observar si el efecto de los servicios de salud en el caso de Venezuela es deficitario o no en relación al efecto de este factor en otros países. 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. Este hecho apunta a una probable deficiencia estructural del sistema de salud de Venezuela: la dificultad de garantizar una cobertura significativa de su población. 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. 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 revisar las causas de este bajo desempeño relativo. En segundo lugar, un aspecto positivo es que si se resolviera desarrollar una estrategia sistemática para mejorar el desempeño del sistema intergubernamental de salud, los efectos en las condiciones de salud (esto es, la reducción de las tasas de morbi-mortalidad) pudiera ser mayor que cualquier otro factor.

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. El gráfico 1 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 con relación al PIB nacional. Un gran número de países tienen coberturas cercanas al 100% con una menor proporción de recursos con relación al PIB.

Gráfico 1 Índice de cobertura y PIB en América Latina y El Caribe 1990

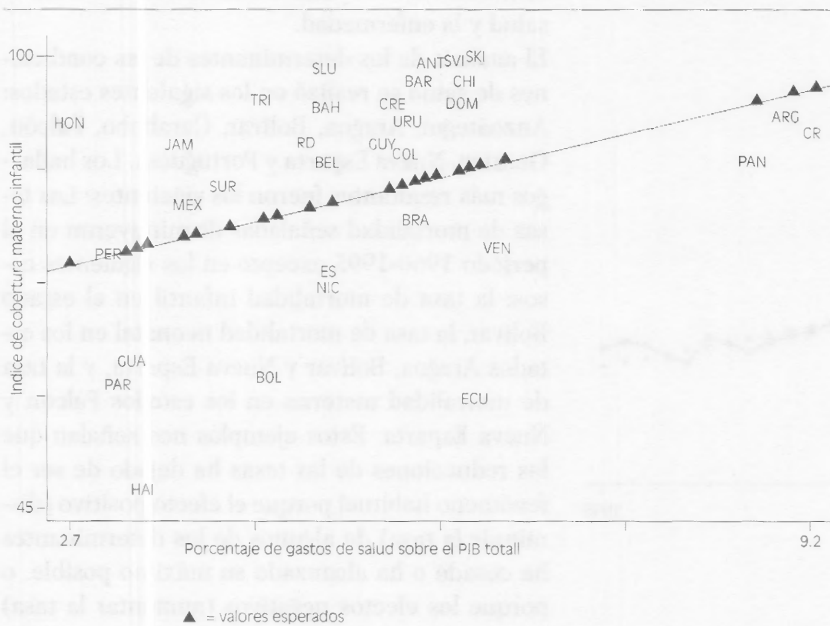
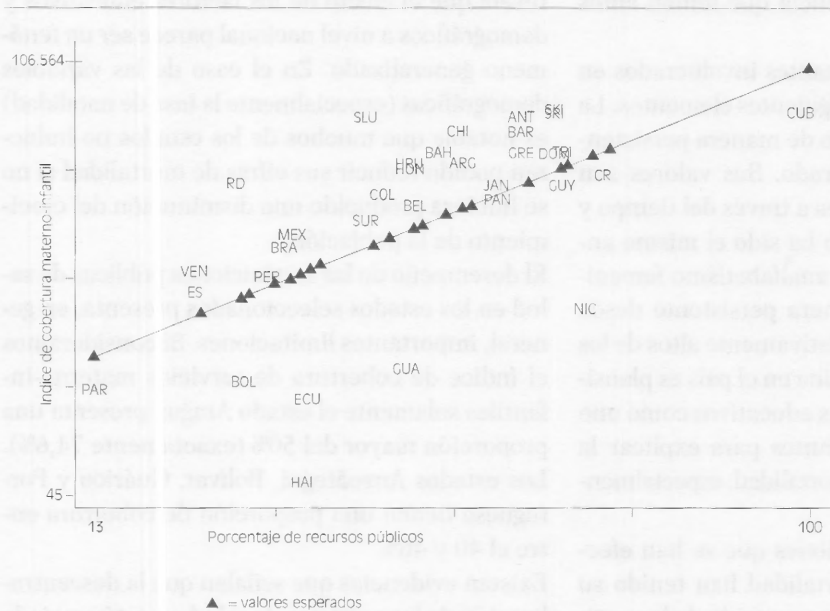


Gráfico 2 Cobertura y recursos en América Latina y El Caribe 1990



El gráfico 2 ilustra que los países que tienen coberturas altas de sus servicios materno-infantiles son aquellos que tienen asociado una proporción mayoritaria del total de sus recursos provenientes de fuentes públicas. Es muy probable que una gran parte del financiamiento del sistema de salud en Venezuela 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.

Lo que queremos enfatizar es que, al contrario de ciertas tesis que postulan el aumento de los recursos provenientes de la 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 hecho de que el sector deba avanzar hacia un predominio de las fuentes públicas de financiamiento y a su progresiva consolidación no es excluyente del mejoramiento del desempeño de las instituciones públicas. Al contrario, este mejoramiento es una pieza central de la estrategia. El predominio de las fuentes públicas garantiza que el conjunto de la sociedad acepte que para alcanzar altos niveles de desempeño 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, la efectividad del sistema de salud está fundamentalmente relacionada con su capacidad para influir en las prioridades de asignación y en la asistencia a aquellos sectores que no pueden obtener servicios en el sector privado. En esta tarea el rol del sector público no sólo es indelegable sino imprescindible.

El análisis de los determinantes desde una perspectiva histórica fue realizado para cinco tasas de mortalidad: infantil, neonatal, post-neonatal, 1-4 años, y materna. Para cada una se construyó la serie histórica desde 1960 hasta 1995. A medida que avanzamos en el período los valores de las tasas se hacen menores de manera significativa. Para analizar el efecto del ingreso dividimos el período considerado en dos sub-períodos 1960-1982 y 1983-1995. El primer período correspon-