

Políticas de salud en Venezuela: Ni lo urgente, ni lo importante

Marino J. González R¹

Resumen: El trabajo revisa la situación actual del sistema de salud de Venezuela. Su propósito central es proponer una agenda de temas críticos que deberán ser considerados en detalle para establecer pautas de reforma. Para la revisión se utiliza como referencia inicial la perspectiva y metodología propuesta en 1940 por José María Bengoa sobre la medicina social, con especial énfasis en la realidad del medio rural venezolano. Esta referencia es complementada con nuevos aportes en el análisis de políticas de salud, como es el concepto de sistema de políticas. La utilización de esta última perspectiva permite ilustrar que en Venezuela existen importantes limitaciones en los sistemas de políticas generales y específicos, con lo cual se afectan las condiciones de salud y se dificulta la implementación de reformas adecuadas. En líneas generales, las políticas de salud en Venezuela no garantizan la atención ni de lo urgente ni de lo importante. El trabajo concluye que es fundamental acometer cambios sustantivos que mejoren el actual desempeño del sistema de salud, especialmente en las áreas de financiamiento, organización y prestación de servicios. *An Venez Nutr 2005; 18(1): 40-45.*

Palabras clave: sistemas de salud, políticas de salud, salud.

Health policy in Venezuela: Neither the urgent nor the important

Abstract: The paper reviews the current situation in the Venezuelan health system. The main objective of the paper is to propose a general agenda of critical issues to be considered in the definition of policy options. The review takes into consideration the perspective and methodology formulated by José María Bengoa in 1940 regarding the role of Social Medicine, in the specific context of rural Venezuela. This approach is combined with recent developments in the analysis of health policies, such as the concept of policy systems. The application of this concept illustrates that the performance of the Venezuelan health systems is strongly affected by serious limitations in the general and specific policy systems. As a result, health conditions at the country level show signs of deterioration and stagnation. In general terms, health policies in Venezuela do not respond adequately neither to the urgent nor important matters. The paper proposes fundamental changes aimed to improve the current performance of the Venezuelan health system, especially in the areas of financing, organization and provision of services. Key words: Health system, health policy. *An Venez Nutr 2005; 18(1): 40-45.*

Keywords: health system, health policy, health.

Quiero rendir con este trabajo mi afectuoso reconocimiento al Dr. Bengoa, figura señera de la salud pública y de la nutrición en el contexto internacional.

Introducción

Las políticas de salud constituyen un tópico de creciente preocupación e importancia, especialmente en el contexto de los países en desarrollo. Las nuevas exigencias relacionadas con la garantía de servicios de cobertura y calidad, se han sumado a los profundos

cambios epidemiológicos, demográficos y tecnológicos. Esto es especialmente crítico en países como Venezuela en los cuales se han retrasado reformas sustantivas del financiamiento, organización y prestación de servicios de salud.

Este trabajo revisa la situación actual del sistema de salud de Venezuela. Su propósito central es proponer una agenda de temas críticos que deberán ser considerados en detalle para establecer pautas de reforma. Para cumplir los requisitos de la revisión se utilizará como referencia inicial la perspectiva y metodología propuesta en 1940 por José María Bengoa sobre la medicina social, con especial énfasis en la realidad del medio rural venezolano (1). De esta manera queremos reconocer, en la utilización y en las implicaciones, uno de los aportes pioneros de lo que luego se conoció como Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

¹Medico - Cirujano UCV, MSc en Ciencias Políticas USB, Ph. D. en Políticas Públicas, Universidad de Pittsburgh, EUA. Profesor titular a de dicación exclusiva del Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Simón Bolívar. Investigador de Políticas Públicas (UPP). Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Simón Bolívar, Valle de Sartenejas, Baruta. Correo Electrónico:margonza@usb.ve

El trabajo describe, inicialmente, los rasgos centrales de la propuesta de medicina social. A seguidas se explica el paralelismo entre esta proposición y recientes desarrollos en el campo del análisis de políticas de salud (2). Este análisis se realiza tomando en cuenta la situación de los sistemas de políticas involucrados y la realidad de las políticas de salud. Finalmente, se precisan los aspectos críticos que deben considerarse para mejorar el desempeño del sistema de salud venezolano.

La medicina social: Del medio rural venezolano a los sistemas de salud

En octubre de 1940 se publicó por primera vez, en la Revista de Sanidad y Asistencia Social, un trabajo que se ha convertido en un clásico de las políticas de salud, tanto en Venezuela como en el contexto internacional. El trabajo fue intitulado “Medicina Social en el medio rural venezolano”. Su autor, José María Bengoa, presentó en esta publicación una síntesis de su experiencia como médico rural en Sanare, en la Venezuela que recién se abría a la modernización política e institucional.

El trabajo combinó adecuadamente la valoración personal y vivencial de las circunstancias del ejercicio de la medicina en el medio rural de la época, con una reflexión profunda sobre la epistemología de la salud pública. Para ello el autor observó con detenimiento el medio y sus acciones. Dice Bengoa en el prólogo:

“Así comenzó la vida de este trabajo: debajo de los árboles. A su sombra el sol del contraste no podía cegarme. Miré el medio que me rodeaba sin precipitación ni violencia. Contemplé el ambiente lentamente, con minutos de descanso, para evitar toda impresión momentánea y fugaz.” (1)

Bengoa quiso ver más allá de la propia experiencia. Quiso vincular su praxis con las implicaciones para la salud pública, y especialmente para la administración sanitaria, y de manera visionaria, para los que décadas más tarde se conocerá como políticas de salud. Quiso evitar toda impresión transitoria. Reto difícil, afortunadamente logrado.

Más de cincuenta años más tarde, en 1992, Bengoa reflexiona, en el prólogo de la tercera edición de “Medicina Social en el medio rural venezolano”, sobre las razones que le impulsaron a plantearse esta publicación. Dice Bengoa que esta publicación responde a la necesidad de aclararse a sí mismo sobre “lo que acontecía a su alrededor”.

Ese “alrededor” no podía ser interpretado a través de las tres corrientes de pensamiento que, según Bengoa, eran predominantes en la ciencia médica.

La primera de estas corrientes correspondía a la escuela de Laenec, también denominada anatomo-clínica. Según esta corriente la explicación de la enfermedad estaba en la lesión de los órganos. La segunda corriente, derivada de Claude Bernard, enfatizaba la fisiología y la patología funcional: la medicina de las funciones. La última corriente era la proveniente del aporte de Pasteur: la que se concentraba en la causa.

Bengoa percibió con claridad que ninguna de las corrientes anteriores bastaba para interpretar aquel escenario tan complejo del medio rural venezolano. Intuyó que era fundamental asumir la multicausalidad de las enfermedades. La Medicina Social, entonces, es una forma inicial de aproximarse a la multidimensionalidad de la salud. Si contemplamos lo reciente e incompleto de la aplicación de la visión multicausal en las esferas de la salud pública, apreciaremos con más nitidez el extraordinario aporte de Bengoa.

Para justificar esta nueva corriente Bengoa señala:

“ Los médicos luchamos contra la enfermedad y la muerte. Pero eso no basta. La salud de los pueblos no puede rehacerse con medidas terapéuticas, ni aun con la profilaxis que nace de nuestros laboratorios. Hay que ir más lejos. Hay que crear la ciencia social. La Medicina Social”. (1)

Ahora bien, no le bastó a Bengoa plantear la necesidad de crear la Medicina Social. También propuso su objeto de estudio. Señala:

“Hay que estudiar la sociedad, sus hábitos y sus costumbres, las leyes, los códigos, los salarios, la moral, etc; en una palabra hay que estudiar todo lo que esté relacionado con la vida del hombre.” (1)

El resto de ese trabajo consiste en el desarrollo ordenado y sistemático de tres conjuntos articulados. El primero de ellos, en los términos de hoy en día, corresponde a los factores que afectan las condiciones de salud. Dentro de ellos Bengoa incluye la alimentación, la vivienda, el salario. En una segunda parte se concentra en la caracterización de las condiciones de salud. Entre ellas incluye: la tuberculosis, la mortalidad infantil, el paludismo, la anquilostomiasis, y el sentido moral. Este último es el título que engloba aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Finalmente, en la tercera parte del trabajo propone algunas de las alternativas de acción, a las cuales hoy llamaríamos políticas de salud. Entre ellas incorpora las cooperativas, los seguros sociales y el resurgimiento rural.

El desarrollo de los sistemas de salud de la segunda mitad del siglo XX es un avance permanente en la búsqueda y manejo de la complejidad. Es absolutamente llamativo

que una de las interpretaciones iniciales de esta complejidad se haya realizado en una población rural de la Venezuela de los cuarenta. Por eso no dudamos en catalogar esta publicación como una referencia internacional de primera línea en la aproximación al estudio de las políticas de salud en condiciones de múltiples determinantes.

Esos factores que Bengoa incluyó en la primera parte de su trabajo los hemos denominado “sistemas de políticas” (2), justamente para señalar que en esos espacios de la vida social se define, implementan y evalúan políticas públicas. Cada uno de estos sistemas de políticas afectan las condiciones de salud, que es otra manera de indicar las variables dependientes en políticas de salud. Las intervenciones que realizamos, sea en forma de programas específicos, políticas, deben ir dirigidas a mejorar las condiciones de salud, expresadas, obviamente, en contextos que son multi-sistémicos.

Estos sistemas de políticas se pueden dividir en dos tipos: generales y específicos (Figura 1). Los sistemas de políticas generales están vinculados con los fundamentos constitucionales y electorales, del sistema político y de los aspectos institucionales. Los sistemas específicos están asociados con las áreas particulares en las cuales se deben realizar políticas para mejorar problemas públicos. Estas áreas abarcan los aspectos económicos, educativos, demográficos, ambientales, entre otras.

En la próxima sección analizaremos las particularidades de estos sistemas en el caso venezolano.

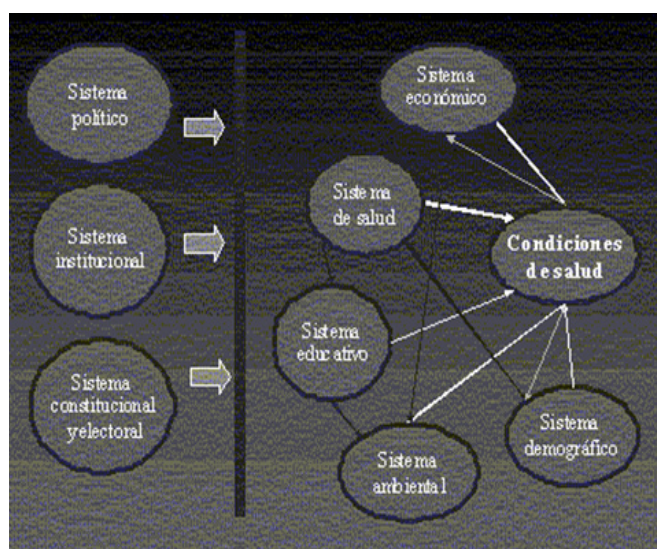


Figura 1. Los sistemas de Políticas.

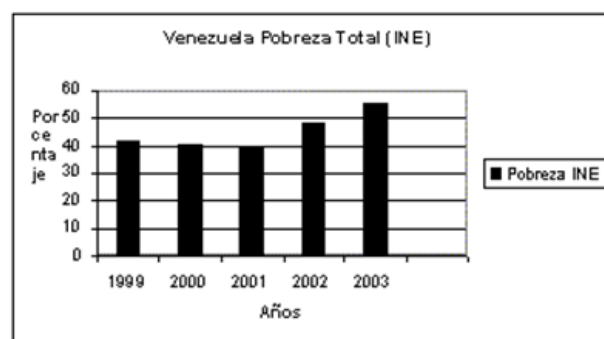
Situación actual de los sistemas de política que afectan la salud en Venezuela.

Es poco probable que las condiciones de salud puedan mejorar en un país si los factores que la afectan (muchos de ellos fuera del sistema de salud), no están ejerciendo su rol sinérgico.

En la Venezuela de la actualidad los sistemas de política denominados generales presentan limitaciones significativas. En el caso del marco constitucional, si bien es cierto que la Constitución de 1999 ofrece nuevas pautas para la definición de políticas públicas, no es menos cierto que muchas de sus disposiciones tienen una baja viabilidad política y financiera. Por otra parte, la puesta al día de la legislación de acuerdo con la Constitución de 1999 tiene atrasos significativos. Por ejemplo, la Ley de Salud y del Sistema Público de Salud no ha sido aprobada luego de casi seis años de la aprobación del texto constitucional.

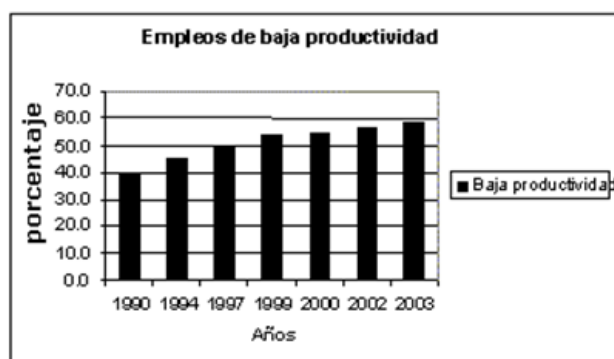
En lo relacionado con el sistema político existen signos evidentes de deterioro de la capacidad de articulación de consensos entre los actores, así como signos preocupantes de reaparición de tendencias autoritarias y centralizadoras. El sistema electoral, por su parte, no es aceptado por muchos de los participantes como un árbitro legítimo, transparente e imparcial. En tales circunstancias es difícil garantizar condiciones mínimas para la institucionalidad, sea ésta política o administrativa. En líneas generales, existe una disminución significativa de la gobernabilidad.

Las condiciones de vida de la población en Venezuela también presentan limitaciones significativas. Las cifras oficiales (Figura 2) indican un aumento de más de 10 puntos en el porcentaje de población que se encuentra en situación de pobreza.



Fuente: Website INE

Figura 2. Pobreza total en Venezuela 1999 - 2003.



Fuente: CEPAL(Panorama Social, Anexo Estadísticos 2004).

Figura 3. Empleos de baja productividad en Venezuela (1990 - 2003)

La evolución de la pobreza total en Venezuela ha marchado prácticamente en paralelo con la disminución, en términos proporcionales, de los empleos productivos. En efecto, de acuerdo con cifras de la CEPAL, Venezuela ha experimentado un aumento de casi veinte puntos en el porcentaje de la población económicamente activa que se desempeña en empleos de baja productividad (Figura 3).

Las condiciones de pobreza y el deterioro de la calidad del empleo están también relacionadas con el bajo desempeño del sistema educativo: de cada 100 niños que entraron al primer grado de educación básica (en el año escolar 1991-1992), solamente 16,8 lograron alcanzar el quinto año de bachillerato en el año lectivo 2001-2002.

A las limitaciones anteriores, se suma la cobertura incompleta de servicios básicos. Un ejemplo de ello es lo siguiente: menos de tres cuartas parte de la población es la que tiene acceso a servicios de cloacas. Esta cifra es indicativa de los efectos de la desinversión pública que ha caracterizado las dos últimas décadas en el país.

Por todo lo anterior, es claro que no existen las condiciones óptimas en las cuales la salud de los venezolanos esté beneficiada por los avances en las áreas institucionales, económicas, políticas, y sociales. No es de extrañar entonces, tal como lo analizaremos en la próxima sección, que las condiciones de salud no sean las más adecuadas para las posibilidades del país.

Ni lo urgente: Las condiciones de salud

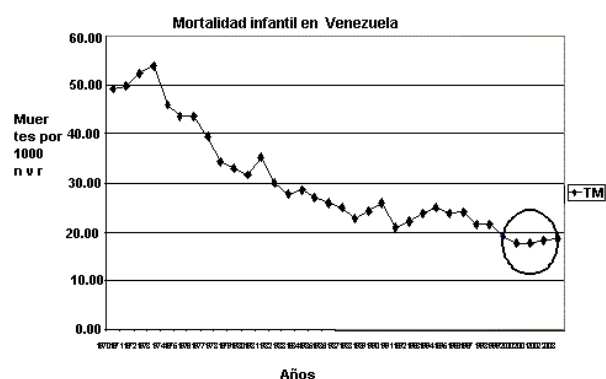
No hay nada más urgente en la atención que debe prestar un sistema de salud, que garantizar la cobertura y calidad de los servicios a las personas por aquellas causas de enfermedad o mortalidad. Esto es especialmente

crítico cuando las personas enfermas son pobres o están desprovistas de los más elementales medios para la subsistencia. En esas condiciones la enfermedad siempre será más urgente.

Para analizar la atención a lo urgente podemos diferenciar tres tipos de problemas de salud: (1) enfermedades y muertes asociadas con la pobreza, (2) las enfermedades endémicas, y (3) las enfermedades crónicas. A continuación señalaremos algunas características de la situación actual en cada uno de estos tipos de problemas de salud.

Enfermedades y muertes asociadas con la pobreza: En este grupo se encuentra el conjunto de causas de enfermedad y muerte en las cuales la pobreza es un factor condicionante y muchas veces desencadenante. En este particular la actuación del sistema de salud de Venezuela es deficiente especialmente si se compara con el resto de los países de América Latina y el Caribe.

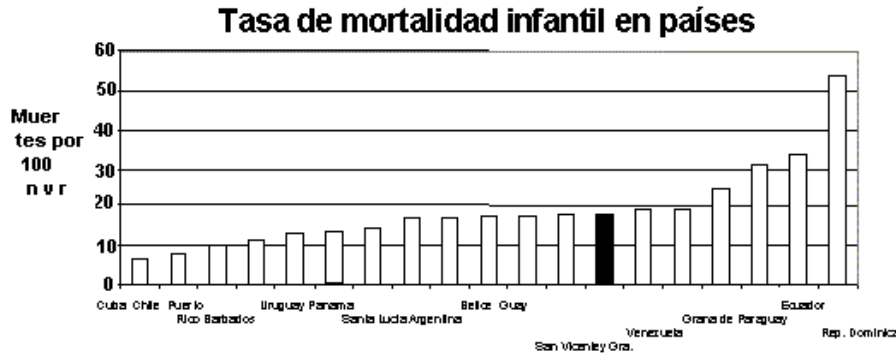
En el caso de la tasa de mortalidad infantil se ha experimentado un aumento de 5% entre los años 2001 y 2003 (Figura 4), colocándose en 18,49 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos registrados (nvr). Esta última cifra es la más alta desde 1999. En números absolutos en el año 2003 ocurrieron 1.327 muertes infantiles más que en el año precedente. En el caso de la tasa de mortalidad postneonatal el aumento entre 2001 y 2003 alcanzó un 16% (de 6,25 muertes por 1000 nacidos vivos registrados a 7,26).



Fuente: (3)

Figura 4. Tasa de mortalidad infantil en Venezuela (1970 - 2003)

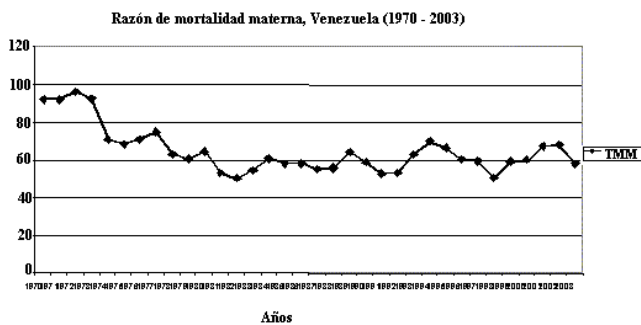
Al comparar la tasa de mortalidad infantil con la de otros países de América Latina, se aprecia que el valor de Venezuela se encuentra en el rango intermedio. Muchos de estos países ya presentan valores menores o cercanos a 10 muertes por 1000 nvr (Figura 5).



Fuente: (4)

Figura 5. Tasa de mortalidad infantil en países de AL y el Caribe

Otro indicador especialmente relevante para analizar las condiciones de salud es la razón de mortalidad materna (muertes maternas por 100.000 nvr). En Venezuela este indicador se ha mantenido prácticamente sin variaciones entre 1982 y 2003 (Figura 6). La razón de mortalidad materna del año 2003 es superior al valor de este indicador en 1981.

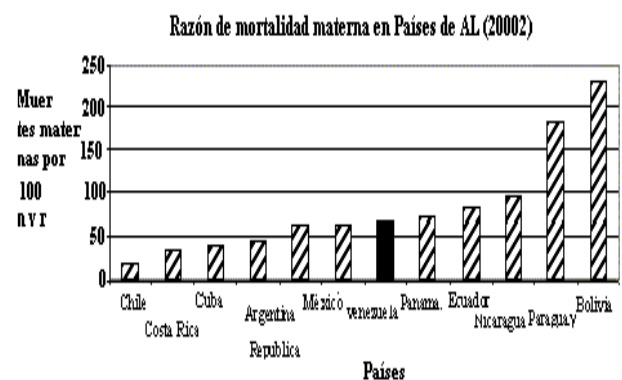


Fuente: (3)

Figura 6. Razón de mortalidad materna en Venezuela (1970 - 2003)

Solamente en el año 2003 ocurrieron 321 muertes por causas atribuibles al embarazo, parto y puerperio. Esto es especialmente preocupante cuando sabemos que el 95% de estas muertes maternas son completamente prevenibles. La razón de mortalidad materna, especialmente si se compara con países de América Latina y el Caribe (Figura 7), presenta valores intermedios, casi con el doble del valor de este indicador para Costa Rica y casi cuatro veces el de Chile

Enfermedades endémicas: Incluye el grupo de enfermedades vinculadas con la presencia de vectores específicos (tal es el caso de la malaria o el dengue) o factores climáticos (parasitosis intestinales, por ejemplo). Algunas de estas enfermedades se



Fuente: (4)

Figura 7. Razón de mortalidad materna en países de América Latina

encuentran en fase epidémica, como es el caso de la malaria con 20.003 casos hasta la semana 17 del año 2005 (5), lo cual significa un aumento de 41% con respecto al período equivalente del año 2004. Persiste la importancia como problema de salud pública del dengue, al igual que la leishmaniasis (tegumentaria y visceral) y la oncocercosis. Tampoco se ha podido erradicar algunas de estas enfermedades como es el caso de la esquistosomiasis o la lepra.

Enfermedades crónicas: Este grupo representa más del 80% de las causas de mortalidad del país. Estas enfermedades requerirán cuidados por largos períodos de tiempo. En 2003 las enfermedades cardiovasculares y el cáncer representaron respectivamente el 21,3% y 15% de las causas de mortalidad reportada (3). En términos comparados, la tasa de mortalidad específica por enfermedades cardiovasculares (en personas entre 45-64 años) en Venezuela es 70% superior a la que se presenta en el mismo grupo en Chile. La diabetes representó para ese mismo año la sexta causa de mortalidad. Existen evidencias diversas sobre el

aumento de la prevalencia de VIH-SIDA, enfermedades mentales y adicciones.

Ni lo importante: Las reformas pendientes

Las reformas claves del sistema de salud tampoco se han concretado. La retardada modificación del marco legal ha sido una característica del último lustro. Las reformas necesarias han sido señaladas previamente descritas (6). Es conveniente reafirmar que dichos cambios deben realizarse en tres áreas fundamentales: financiamiento, organización, y prestación de servicios.

En la primera área se debe impulsar un sistema financiado mayoritariamente por recursos públicos, tal como está señalado en la Constitución de 1999. Los recursos públicos deberán provenir mayoritariamente de impuestos generales, aunque se debe mantener el componente contributivo. La reforma debe consolidar un sistema intergubernamental de salud basado en la corresponsabilidad y coordinación de los niveles involucrados (nacional, estatal y municipal). La prestación de servicios debe estimular la combinación de proveedores públicos y privados según las particularidades geográficas e institucionales y enfatizar la participación de instituciones educativas, laborales, y medios de comunicación, con el objeto de favorecer la prevención y diagnóstico precoz de los problemas de salud.

En conclusión, no cumplir con lo urgente, y muchos menos con lo importante, no es buena noticia para los usuarios de nuestro sistema de salud, especialmente aquellos que dependen de la prestación de servicios públicos. Hemos visto que son la gran mayoría. Mejorar las políticas de salud, para que atiendan lo urgente y también lo importante, requiere colocar en el centro de las preocupaciones la salud de los ciudadanos. Solamente así será posible superar, de manera sostenible, los bajos niveles de desempeño que hoy presenta el sistema de salud. Queda también de parte de las múltiples instancias de la sociedad (organizaciones sociales, universidades, centros académicos, gobiernos subnacionales y municipales, asociaciones privadas, entre otras), participar activamente en la búsqueda de soluciones y nuevos caminos. El sistema de salud lo demanda con urgencia e importancia.

Agradecimientos

El autor agradece de manera especial la invitación formulada por la Fundación Bengoa para participar como ponente en el I Foro Alimentación y Nutrición: Retos y Compromisos, el cual sirvió como marco a un homenaje nacional al Dr. José María Bengoa. La preparación de ese ponencia, primera versión de este trabajo, me permitió releer la publicación del Dr. Bengoa "Medicina Social en el medio rural venezolano". Pude constatar con grata sorpresa que las propuestas de ese trabajo del Dr. Bengoa son completamente actuales. No dudo en catalogar dicha publicación como uno de los primeros aportes a la comprensión de las políticas de salud desde una perspectiva multidimensional, no sólo en Venezuela, sino en la salud pública internacional. Es, sin lugar a dudas, texto de referencia en cualquier parte del mundo en la que se quieran implementar políticas de salud centradas en la gente y atendiendo a múltiples determinantes.

Referencias

1. Bengoa, José María. 1992. Sanare hace 50 años: Medicina social en el medio rural venezolano. Caracas: Ediciones CAVENDES. Colección Temas y Autores Sanareños No. 5. Tercera edición de la publicación de 1940.
2. González R., Marino J. 1998. A policy-oriented framework to evaluate determinants of child health conditions: Conceptual foundations and empirical analysis. Ph.D. dissertation. Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos.
3. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2005. Anuario de Mortalidad del año 2003. Caracas: MSDS. (versión electrónica).
4. Organización Panamericana de la Salud. 2005. Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud 1995-2005.
5. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2005. Boletín Epidemiológico Semanal (Semana 17). Caracas: MSDS. (versión electrónica).
6. González R., Marino J. 2001. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): Balance y perspectivas. Santiago de Chile: CEPAL. Serie de Financiamiento para el Desarrollo. Número 111. Junio.