

La salud en Venezuela

Atención ambulatoria

María Helena Jaén I.

LAS BUENAS INTENCIONES

Quienes trabajamos en el campo de la salud, somos testigos de las declaraciones de buenas intenciones de las autoridades nacionales en relación a la atención ambulatoria y a la medicina preventiva. En reiteradas ocasiones se ha hablado de reforzar este nivel del sistema sanitario, así como de desarrollar la atención primaria de salud.

De hecho, la Comisión Rectora de Salud designada por el Presidente de la República para llevar adelante los estudios necesarios para la organización de un sistema coordinado de salud, ha promovido la integración de las diferentes instituciones de este sector en el país, y muy especialmente de sus establecimientos ambulatorios. Aún más, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, promulgada el 10 de junio de 1987, pone gran énfasis en este tipo de atención y la considera clave para lograr la implantación del sistema en referencia.

Sin embargo, creemos que en nuestro país, y específicamente en el sector salud, hace falta algo más que buenas intenciones y hermosas declaraciones de principio. Es por ello que nos planteamos qué está pasando en la realidad con la atención ambulatoria de salud en nuestro país, qué importancia le dan nuestros gobernantes en sus programas concretos de acción.

Tratando de responder a ésta y otras interrogantes, entre 1986 y 1988, se realiza una investigación sobre los establecimientos ambulatorios de salud en Venezuela (1), que pretende analizar las condiciones de la oferta de nuestro sistema ambulatorio. Esta investigación, basada en una muestra de 442 establecimientos, representativa de los 3.590 ambulatorios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPAS-ME), y Direcciones de Salud de la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal y Concejo Municipal del Distrito Sucre del Estado Miranda (CONSUCRE), ofrece información sobre sus características y condiciones físicas, instalaciones y equipamiento, organiza-

ción y funcionamiento, accesibilidad y cobertura.

Antes de entrar a presentar algunos resultados de esta investigación, es conveniente analizar las características más resaltantes del gasto en salud, ya que nos dan una primera visión de las prioridades del sector salud.

LA REALIDAD DE NUESTRA ATENCION AMBULATORIA

¿Qué está pasando en el campo de lo concreto con el sistema ambulatorio público de salud y con la atención preventiva? Responder a este cuestionamiento no es de ninguna manera tarea fácil. Una primera aproximación al problema se puede lograr en base al análisis del gasto social en salud, que como indicador general nos dice mucho de las políticas y estrategias gubernamentales relativas a este sector.

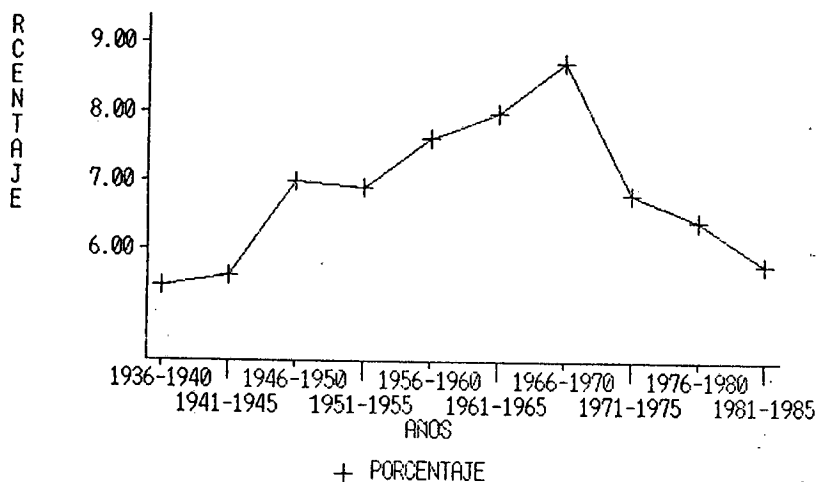
En este sentido, la proporción del presupuesto nacional destinado al MSAS varía de 5.6% en la década de 1936-46 a un

promedio de 8.5% para los sesenta. Desde los años 70 esta relación se invierte y a partir de 1972 la participación del MSAS en el presupuesto nacional comienza a declinar, representando para 1985 sólo el 5.1% (gráfico 1).

Otra característica del presupuesto asignado al MSAS es que, a pesar de que aumentó para el período 1968-1985 aproximadamente siete veces, al hacer el ajuste por el índice de poder adquisitivo de nuestro signo monetario (precio constante de 1968), el crecimiento real es solamente de 1.7 veces, llegando a ser nulo para 1985 (gráfico 2).

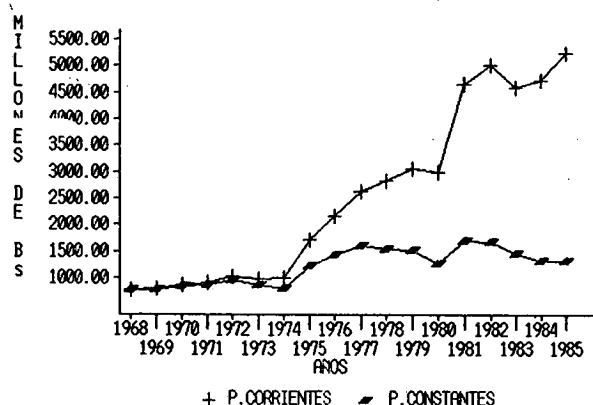
Estas características del gasto público en salud tienen repercusiones negativas, sobre las acciones del sector en su globalidad, lo cual ha llevado a un deterioro progresivo de los servicios y podría traducirse en última instancia en un estancamiento del sistema sanitario. Ahora bien, el análisis del presupuesto por área de servicios ofrece información útil sobre la orientación de la atención a la salud del MSAS, ya no en el campo del discurso sino de la

GRAFICO 1
PORCENTAJE DE PARTICIPACION DEL PRESUPUESTO DEL MSAS EN
RELACION CON EL PRESUPUESTO NACIONAL. 1968-1985.



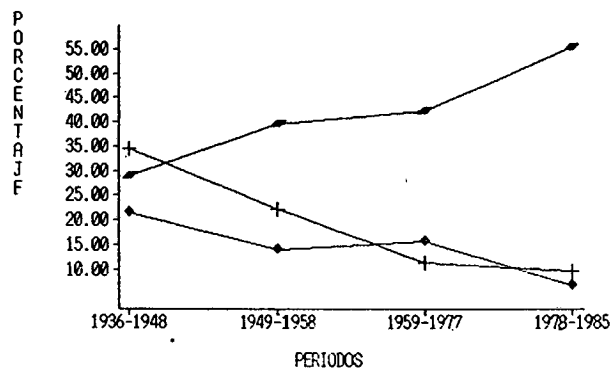
Fuente: Elaboración propia en base a Llopis L., A. et. al.: Evolución del gasto en salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela. VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas, 25 de febrero al 1º de marzo de 1986.

GRAFICO 2
PRESUPUESTO DEL GASTO DEL MSAS A PRECIOS
CORRIENTES Y PRECIOS CONSTANTES*. 1968-1985.



* A precios constantes de 1968, ajustados por índice de poder adquisitivo.
Fuente: González R., M.J.: Análisis de la viabilidad política y administrativa del Sistema Nacional de Salud. Coloquio sobre el Sistema Nacional de Salud. Caracas, ILDIS, febrero de 1987.

GRAFICO 3
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR AREAS DE
SERVICIOS DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DEL
MSAS PARA LOS AÑOS 1936 A 1985



+ A.M. PREV. ■ A.M. CURAT. ◆ SANEAM. Y MFL.
Fuente: Elaboración propia en base a Llopis L., A. et al.: Evolución del gasto en salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela. VII Congreso Venezolana de Salud Pública. Caracas, 25 de febrero al 1º de marzo de 1986.

CUADRO 1
ATENCION MEDICA AMBULATORIA DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS
TASA POR 100 HABITANTES
VENEZUELA 1980-1984

Año	1980	1981	1982	1983	1984
MSAS					
Consultas:					
* Curativa					
Número	10.092.334	9.766.142	10.288.708	9.625.120	11.083.020
Tasa	67.2	63.1	64.5	58.7	65.8
* Preventiva					
Número	3.777.682	3.698.957	3.405.015	3.121.185	3.886.430
Tasa	25.1	23.9	21.4	19.0	23.1
* Odontológica					
Número	1.276.709	1.310.450	1.449.107	1.555.146	1.602.715
Tasa	8.5	8.5	9.1	9.4	9.5
* Total					
Número	15.146.725	14.775.549	15.142.830	14.301.451	16.572.165
Tasa	100.8	95.5	95.0	87.1	98.4
IVSS					
Consultas:					
* Curativa					
Número	9.745.00	10.125.000	10.580.000	7.842.000	9.128.000
Tasa	206.8	206.3	211.4	160.0	188.1
* Odontológica					
Número	1.513.00	1.549.000	1.737.00	1.333.000	1.488.000
Tasa	34.1	31.6	34.7	27.2	30.7
* Total					
Número	11.258.000	11.674.000	12.317.000	9.175.000	10.616.000
Tasa	238.9	237.9	246.1	187.2	218.8
IPAS-ME					
Consulta Médico-odontológica					
Número	1.868.000	1.848.790	1.071.920	1.445.783	
Tasa	197.0	184.1	92.7	119.3	

Fuente: Elaboración propia en base a: OPS/OMS: "Actualización de la información básica sobre Venezuela, su problemática y sus servicios de salud", 1986. pp. 388-392.

realidad concreta, y sugiere que las acciones más afectadas son las de carácter preventivo. En una publicación oficial del Ministerio presentada en el último Congreso de Salud Pública en 1986, Llopis y sus colaboradores (2) distinguen cuatro períodos de la atención a la salud en base al análisis del porcentaje del presupuesto asignada por área. En el primero (1946-1948) la medicina preventiva representa aproximadamente el 34% del presupuesto total, la curativa el 29% y malaria y saneamiento ambiental el 21.44% (gráfico 3).

El segundo (1949-1958) da comienzo a la escalada ascendente del área curativa (aproximadamente un 40%), y decreciente de la preventiva y saneamiento ambiental, con una participación entre un 15 y un 20% del presupuesto total. En el tercer período (1959-1977) continúa la misma tendencia, llegando el porcentaje destinado a medicina curativa al 50% y a la preventiva a 12%. En el cuarto y último período (1978-1985) la medicina curativa logra una participación del 55% y la preventiva sólo de un 10% (gráfico 3).

Este patrón del gasto en salud es indicativo del trato preferencial de la medicina curativa en desmedro de la prevención y del saneamiento ambiental. Se podría plantear que esta política gubernamental se traduce en la práctica en el deterioro progresivo de la atención ambulatoria y del primer nivel de atención de carácter preventivo, tomando en cuenta, sin embargo, que la proporción del gasto no re-

CUADRO 2
DISTRIBUCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EXPRESADAS EN VOLUMENES PROMEDIO EN LOS AMBULATORIOS DE SALUD DEL IVSS, IPASME Y BENEFICENCIA, POR TIPO Y UBICACION GEOGRAFICA, VENEZUELA 1985.

Actividades	Región Capital							Resto del país					
	IVSS			IPASME			Benefi.		IVSS			IPASME	
	Urb. I	Urb. II	U. III	Urb. I	Urb. II	U. III	Rur. I	U. II	Urb. I	U. II	U. III	U. II	U. III
Total actividades nivel primario realizadas (1)	4.000	NI	5.000	0	0	0	0	0	28.000	2.000	3.000	0	0
Total actividades nivel secundario realizadas (2)		80.000	250.000	5.000	9.000	149.000	0	7.000	-	55.000	167.000	10.000	68.000

-: No informan

NI: Informan para menos del 50% de los ambulatorios

(1) Las actividades de nivel primario incluyen: fomento de la salud; consultas, inmunizaciones y otras actividades varias de primer nivel

(2) Las actividades de nivel secundario incluyen: triaje, consultas médicas, odontológicas y otras especialidades.

NOTA: Según Decreto 1798 del 20 de enero de 1983, los ambulatorios urbanos están ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes; todos brindan atención médica integral. Los Urbano I, de nivel primario, son atendidos por médico general y familiar; los II, a diferencia de éstos puede contar con servicio de obstetricia, pediatría, de laboratorio, radiología y emergencia permanente; los III prestan atención de nivel primario, secundario o ambos y ofrecen servicios de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, dermatovenereología, cardiología y emergencias.

Los ambulatorios rurales se ubican en poblaciones menores de 10.000 habitantes: los I en poblaciones menores de 1.000 habitantes están atendidos por un auxiliar de medicina simplificada y los II en poblaciones de más de 100 habitantes son atendidos por un médico general.

fleja por completo la situación de cobertura ya que la función de producción de algunos servicios curativos es significativamente más costosa que la de los preventivos.

Dentro de este marco general que dice mucho de la política gubernamental frente a la atención ambulatoria y sin ánimo de pretender ser exhaustivos en el análisis de la situación de la atención ambulatoria en cuanto se refiere, se seleccionan algunas variables más específicas que creemos podrían ser indicativas de la situación actual de la misma.

En cuanto a la cobertura de los servicios, en términos generales, resulta difícil determinarla y evaluarla dada la dificultad para sectorizar y establecer los grupos de población que son atendidos por cada institución. Esto se traduce en que distintos grupos de población tienen acceso diferencial a los servicios, por lo que algunos pueden ser atendidos por más de una institución y otros sólo por una de ellas, lo cual compromete la igualdad de acceso al sistema sanitario existente.

En cuanto al tipo y volumen de consultas, el cuadro N° 1 muestra que sólo el MSAS realiza consultas de tipo preventivo, pero éstas representan menos del 50% de las curativas. El volumen total de consultas por cada 100 habitantes para el quinquenio 1981-1984 presenta una tendencia decreciente para el MSAS, el IVSS y el IPAS-ME, que se rompe en 1984; des-

taca, sin embargo, que la tasa para ese año sigue siendo inferior a la de 1980.

Ante esta situación es posible preguntarse si la disminución del número de consultas, así como la menor proporción de las de tipo preventivo, obedece a una limitada demanda por parte de la población, o si más bien se debe, por una parte, a menos asignación de recursos no sólo hacia los ambulatorios como tipo de servicio, sino hacia los programas específicamente de tipo preventivo y; por el otro, al poco énfasis en las actividades asociadas a la prevención como las de educación de la población y promoción social de la salud. Esta es una situación sumamente compleja de analizar, tomando en cuenta la relación dinámica entre la oferta y la demanda de los servicios, ya que existen variaciones en la demanda por parte de la población que dependen de las características y la calidad de la oferta.

En este artículo, basados en los resultados de la investigación sobre ambulatorios mencionada, presentaremos datos sobre el tipo de actividades que cumplen, así como los recursos humanos y materiales con que cuentan estos establecimientos de salud. Con esta información pretendemos mostrar, por una parte, que los ambulatorios ofrecen predominantemente atención curativa y, por la otra, que dentro de las actividades de tipo primario-preventivo hay un compromiso de las acciones de fomento de la salud (3). En cuan-

to al primer punto, es decir, a la orientación de la atención de la salud, para 1985 la Dirección de Atención Médica de Beneficencia y el IPAS-ME reportan que no realizaron ningún tipo de actividad de nivel primario. El IVSS, por su parte, a pesar de ofrecer alguna, limita las mismas a consultas médicas y al programa de inmunizaciones (Cuadro 2) (4).

Las cifras que hemos presentado sugieren que el IVSS, al igual que la Beneficencia y el IPAS-ME, orientan sus servicios, como organismos dispensadores de salud, fundamentalmente hacia una atención médica de nivel secundario de tipo curativo, de las poblaciones que cubren (asegurados, comunidades de escasos recursos del Distrito Federal y personal del Ministerio de Educación).

El caso del MSAS reviste una importancia singular dado que es el principal organismo que debe garantizar el principio constitucional del derecho a la salud de toda la población y, al mismo tiempo, es la institución que explícitamente orienta sus políticas, no sólo a la atención curativa, sino preventiva e integral de la salud de la colectividad.

El cuadro 3 muestra que este organismo realiza un volumen importante de actividades de nivel primario, pero que el comportamiento no es similar para todo el país. El promedio total de actividades de primer nivel es mayor para gran parte de los ambulatorios de la Región Capital, ex-

CUADRO 3
DISTRIBUCION DE LOS PROMEDIOS TOTALES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE NIVEL PRIMARIO, SECUNDARIO Y EMERGENCIAS,
Y RAZON DE LAS ACTIVIDADES DE NIVEL PRIMARIO POR LAS DEL NIVEL SECUNDARIO PARA LOS AMBULATORIOS DEL MSAS,
CLASIFICADOS POR UBICACION GEOGRAFICA Y TIPO.
VENEZUELA 1985

	REGION CAPITAL					RESTO DEL PAIS				
	Rural I	Rural II	Urb. I	Urb. II	Urb. III	Rural I	Rural II	Urb. I	Urb. II	Urb. III
Promedio total actividades nivel primario realizadas	1.000	9.000	19.000	57.000	107.000	1.000	5.000	7.000	40.000	48.000
Promedio total actividades nivel secundario realizadas	NC	NC	4.000	18.000	66.000	NC	3.000	5.000	18.000	44.000
Promedio total emergencias realizadas	NC	NC	NI	NI	—	NC	NC	NI	NI	41.500
Razón de actividades nivel primario/actividades nivel secundario			4.75	3.16	1.62		1.66	1.4	2.22	1.09

Observación: 1) Sólo se consideran las cifras en donde hay información para el 50% o más de los ambulatorios de la muestra
 Leyenda: 1) Se usa "-" cuando la "no información" es del 100%
 2) Se usa "NI" cuando hay cifras para algunos casos pero para menos del 50% de los ambulatorios.
 3) Se usa "NO" cuando no le corresponde la actividad.

ceptuando los Rurales I donde es igual (1.000 actividades promedio por año) que el resto del país. Utilizando como indicador la razón de las actividades de nivel primario con respecto a las secundarias (cuadro 3), se observa que en la Región Capital los ambulatorios Rurales y Urbanos I realizan fundamentalmente actividades de nivel primario, y los Urbanos II y III muestran una tendencia de aumento progresivo de las actividades de nivel secundario en relación con las del primario.

En el resto del país, el comportamiento es sensiblemente diferente; los Rurales II ejecutan en una proporción importante, 3.000 consultas/año, actividades de nivel secundario, siendo la razón de estas últimas con respecto a las del primer nivel, de aproximadamente 1 a 2. En los Urbanos I, cuya atención debería ir dirigida a cumplir actividades de nivel primario, se observa una razón aproximada de igualdad (1,4) entre éstas y las de segundo nivel. Paradójicamente, en los Urbanos II esta relación favorece a la del primer nivel. En los Urbanos III la razón analizada es de igualdad (1.09), con un promedio alto de emergencias (41.500/año) (Cuadro 3), lo cual podría significar que la mayor parte de las consultas curativas se hacen en el servicio de emergencia.

Las cifras anteriormente presentadas por el MSAS, sugieren que en la Región Capital se cumple con una orientación preventiva, a diferencia del resto del país, donde el enfoque parecería ser fundamentalmente de nivel secundario curativo. Debemos ser cuidadosos analizando

estos resultados, ya que se observan diferencias importantes en la existencia, distribución y accesibilidad de los distintos tipos de servicios de salud, así como en el funcionamiento de la red sanitaria, entre la Región Capital y el resto del país, lo que podría explicar los resultados encontrados.

Como conclusión general de este punto, podemos afirmar que la orientación general de la atención ambulatoria es hacia el nivel secundario con carácter eminentemente curativo, lo que compromete la posibilidad de ofrecer una atención primaria de salud de calidad y justa para los diferentes grupos de población.

Esto nos lleva al segundo aspecto que queremos plantear, y es el relacionado con las deficiencias en la oferta de actividades de promoción de la salud, dentro de las del nivel primario. En cuanto al volumen de actividades realizadas de fomento de la salud en relación a las otras de nivel primario (cuadro 4), observamos que el IVSS limita las mismas a consultas e inmunizaciones tanto en la Región Capital como en el resto del país. El Ministerio, por su lado, en el 90% de los ambulatorios realiza más consultas de tipo médico que actividades de fomento de la salud.

Estos resultados en la oferta concreta de servicios podrían estar relacionados con algunos datos sobre los recursos materiales y humanos con que cuentan los establecimientos. Solamente el 10% de los mismos dispone de una sala o local donde se pueden realizar actividades de educación a la población. Menos del 20%

de los ambulatorios destinados a la atención de primer nivel dispone de algún tipo de vehículo para la movilización del personal de salud y de la población. A pesar que el 54% posee algún tipo de material sencillo para la actividad educativa como franelógrafo, rotafolio, cartelera y material impreso, ninguno, ni siquiera los de tipo Urbano, reporta disponer de TV, proyector de diapositivas, retroproyector, equipo de sonido, etc.

La realidad en cuanto a la limitación de los recursos de tipo material, se ve reforzada por la situación de los recursos humanos disponibles para cumplir con este tipo de actividades. Para el total de los ambulatorios estudiados, y especialmente para los del primer nivel, se observa una deficiencia importante del personal en las áreas psicosocial, siendo casi inexistentes los trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos y antropólogos, estando presente en la mayor parte de los servicios solamente el auxiliar de trabajo social.

COMENTARIO FINAL

Tomando como fundamento los datos que hemos analizado en este artículo, podríamos concluir que en el plano teórico, es decir, en los discursos, planes y programas de gobierno, la atención ambulatoria de carácter preventivo está priorizada. Nuestra realidad nos muestra que la mayor parte de los recursos se derivan hacia una atención hospitalaria, y que los servicios ambulatorios desarrollan funda-

CUADRO 4
VOLUMEN PROMEDIO DE ACTIVIDADES DE FOMENTO DE LA SALUD EN RELACION A LAS CONSULTAS DE NIVEL PRIMARIO REALIZADAS,
POR TIPO, ORGANISMO Y UBICACION GEOGRAFICA, VENEZUELA 1985.

	Región Capital									Resto del país						
	MSAS					IVSS				MSAS			IVSS			
	Rur.I	Rur.II	Urb.I	Urb.II	U.III	Urb. I	Urb. II	U.III	Rur.I	Rur.II	Urb.I	Urb.II	U.III	Urb.I	Urb.II	U.III
Act. nivel primario (1) Act. de fomento d la salud	200	600	2.000	NI	64.500	-	NI	NI	300	300	1.300	6.500	8.000	NI	NI	NI
Consultas	800	4.900	10.600	31.00	23.300	4.000	-	-	600	3.200	4.200	16.300	25.900	28.100	NI	NI

(1) Las actividades de nivel primario también incluyen inmunizaciones y otras actividades

- : No informan en el 100% de los casos

NI: Informan para menos del 50% de los casos

mentalmente actividades de carácter se-
 cundario-curativo, contando con limita-
 das facilidades para la educación y fo-
 mento de la salud de la población.

Esta situación reviste mayor gravedad,
 desde el punto de vista de la eficacia, la e-
 ficiencia, la equidad y la justicia del siste-
 ma sanitario, si aceptamos el presupon-
 to teórico que la atención ambulatoria
 puede resolver el 80% de los problemas
 de salud de la población y que las institu-
 ciones públicas cubren aproximadamen-
 te el 90% de la población venezolana.

NOTAS

- (1) Jaén, M.H.; Irueta N., F.: "Los Establecimientos Ambulatorios de Salud en Venezuela. Organización, Funcionamiento y Situación Actual. 1985". AVEDIS-OPS, 1988.
- (2) Llopis L, A. et. al.: Evolución de los gastos en salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela. VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas, 25 de febrero al 1º de marzo 1986.
- (3) Para el MSAS la atención integral de tipo ambulatoria de carácter preventivo es la de nivel primario; la de nivel secundario se diferencia de ésta en que es especializada y apoyada en medios de diagnóstico y tratamiento.
- (4) Es de hacer notar que de la Dirección de Atención Médica de CONSUCRE no fue posible obtener algún tipo de información para el año en referencia, con excepción que se realizaron 7.000 consultas de nivel secundario.

