

# GASTO PÚBLICO EN SALUD

Autores: Víctor C. Sava Vera

## CONTENIDO

Mayo 1982

Objetivos y metodología.

1.- Supuestos teórico-metodológicos.

1.1.- El concepto de Salud.

1.2.- Definición del Sector Salud.

1.3.- El financiamiento de los gastos en salud.

1.4.- El Gasto Público en Salud.

1.5.- Objetivos de la acción estatal en salud.

2.- Análisis del Gasto Público en Salud entre los años 1962-1979.

2.1.- Las políticas confesadas de salud del Estado venezolano.

2.2.- Gasto Público en Salud y su relación con los Gastos Totales del Estado.

2.3.- Gastos del MSAS y su relación con los Gastos en Sanidad del Gobierno General.

2.4.- Análisis del destino del presupuesto del MSAS y de la  
2.4.1.- Gastos Corrientes y Gastos de Capital en Salud.  
distribución de su gasto.

2.5.- Análisis de la eficiencia del Gasto Público en Salud.

3.- Gasto Privado y Gasto Público en Salud.

3.1.- Justificación de la inclusión del Gasto Privado en el análisis del Gasto Público en Salud.

3.2.- Análisis comparativo del crecimiento e importancia de los subsectores público y privado de salud en las últimas dos décadas.

4.- Gastos en salud y su redistribución

4.1.- Distribución regional del Gasto Público en Salud.

5.- Perspectivas para la próxima década.

6.- Recomendaciones.

INDICE DE CUADROS

N°	Nombre del cuadro	Pag.
01	Ingresos del IVSS y aportes al Fisco Nacional	13
02	Relación entre el Presupuesto del MSAS y el Presupuesto Nacional 1962-1979.	18
03	Relación entre Gastos del MSAS y Gastos en Sanidad del Gobierno General.	36
04	Gastos por función del Gobierno General.	38
05	Gastos por función del Gobierno General	39
06	Relación entre Gastos Totales, Gastos Sociales y Gastos de Sanidad	40
07	Gastos en Sanidad per cápita.	43
08	Relación entre Gastos del MSAS y Gasto en Sanidad del - Gobierno General.	45
09	Relación entre Presupuesto Nacional y Presupuesto del MSAS.	47
10	Distribución del Presupuesto del MSAS	52
11	Velocidad de crecimiento del Presupuesto del MSAS según actividad (en números índices)	53
	Cambio en los patrones de morbilidad	
13	Gastos Corrientes y Gastos de Capital en Sanidad del -- Gobierno General.	64
14	Tasa Bruta de Mortalidad en Venezuela. (1960-1979)	70
15	Tasa de Mortalidad Infantil. Venezuela.	72
16	Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años. Venezuela.	73
17	Esperanza de vida al nacer.	75
18	Número de habitantes por médico en Venezuela.	76
19	Proporción de médicos por Regiones del mundo.	77
20	Número de hospitales y camas según propiedad.	79

21	Camas por 1.000 habitantes. Venezuela. 1962-1979	81
22	Gasto Público en Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto para América Latina.	83
23	Gasto de consumo privado en Salud	90
24	Gasto Privado y Gasto Público en Salud.	91
25	Porcentaje de incremento de camas privadas y públicas 1962-1979.	94
26	Gasto per cápita en salud según ingresos de la población.	98
27	Camas por 1.000 habitantes según ingreso de la población.	100
28	Servicios médico-asistenciales. Camas por cada 1.000 habitantes por regiones.	107
29	Servicios médico-asistenciales (habitantes por médico) por Regiones.	111
30	Tasas de mortalidad por entidades	114

INDICE DE GRAFICOS

N°	Nombre del gráfico	Pag.
01	Crecimiento del Presupuesto Nacional y del Presupuesto del MSAS.	48
02	Crecimiento del Presupuesto destinado a Sanaeamiento Ambiental, Medicina Preventiva y Medicina Curativa.	52

## 1.- Supuestos teórico-metodológicos.

### 1.1.- El concepto de Salud.

Se hace necesario al comienzo de este trabajo intentar definir lo que se entiende por salud. Haremos mención a las principales tendencias -- que han predominado en los últimos dos siglos en la interpretación del fenómeno salud-enfermedad; es decir, las concepciones biologicista y economicista y las distintas concepciones que se autodenominan "sociales".

La concepción biologicista considera que el fenómeno de salud-enfermedad obedece a factores propios del ser humano y a agentes patógenos -- que ingresan en su organismo. Es decir hay una causa (agente patógeno), una interacción (agente-huésped) y un efecto (la enfermedad). Esta concepción postula que toda enfermedad puede ser explicada por una causa productora.

"Ya en la segunda mitad del siglo XIX la explicación de la enfermedad pasa a ser hegemónicamente de carácter biológico y unicausal. Es la teoría microbiana de la enfermedad la que permite identificar un agente específico que produce una determinada enfermedad". (1)

Se trata de una forma novedosa de intentar explicar científicamente la presencia de agentes microbianos como causantes de la enfermedad, intentos que aparecen ya entrada nuestra era moderna industrial y producto del desarrollo alcanzado por ella y que viene a reemplazar las con-

(1) ROSEN, G.: "The Evolution of Social Medicine" en H. Freeman, et alii (ed) Handbook of Medical Sociology, New York, Prentice-HaÑñ. 1963. pp. 17-64.

cepciones mágicas y religiosas de la producción de la enfermedad.

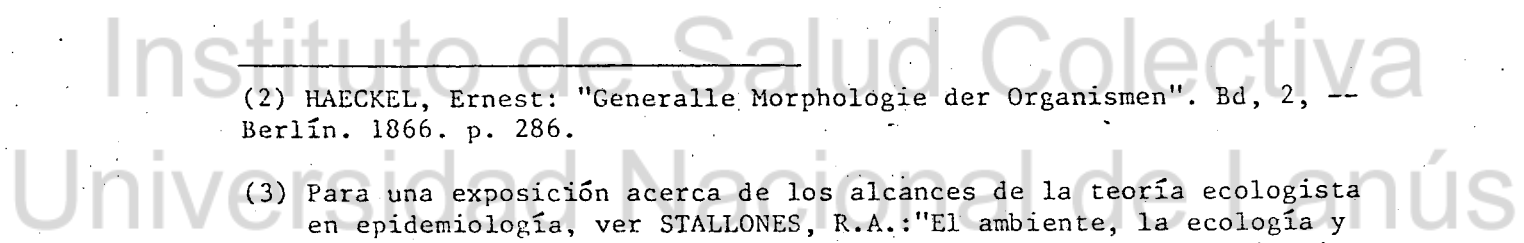
La segunda concepción comienza a tener gran peso con el surgimiento de las teorías ecologistas como rama especial del conocimiento biológico. Su principal exponente es Ernest Haeckel, quien conceptualizó la ecología como " la ciencia general sobre las actitudes del organismo respecto al mundo exterior que le rodea y que nosotros podemos considerar como todas las condiciones de existencia en sentido amplio".(2)

Comienza así a tomarse en cuenta el medio ambiente, junto al agente ( microbios, etc.) y el huésped (organismo humano) como los tres factores determinantes del fenómeno salud-enfermedad. En tal contexto, la salud aparece como el perfecto estado de equilibrio en dicha tríada ecológica. Al romperse dicha situación de equilibrio se produce la enfermedad. Se observa como tal concepción, al igual que la biologicista, individualiza también al hombre y deja de lado su relación con los demás integrantes del todo social. (3)

La tercera concepción es la social, en la cual podemos distinguir varias tendencias. Una de ellas es la que representa a la Organización Mundial de la Salud, que define el concepto de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple carencia de enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos de todo ser humano, sin distinción de raza, re-

(2) HAECKEL, Ernest: "Generelle Morphologie der Organismen". Bd, 2, -- Berlín. 1866. p. 286.

(3) Para una exposición acerca de los alcances de la teoría ecologista en epidemiología, ver STALLONES, R.A.: "El ambiente, la ecología y la epidemiología", en materiales del V Curso Regional de Epidemiología y Administración de programas de Control de la Tuberculosis. OPS, OMS, MSAS.



ligión, ideología política o condición socioeconómica".(4)

Esta definición pretende ser completa, ya que abarca, además de los aspectos físicos y psíquicos del hombre, "lo social". Se trata, sin embargo, de una visión de lo social que resulta de la operación de factores aislados que influyen en la determinación de la salud-enfermedad. En esta concepción "... las investigaciones epidemiológicas incorporan las variables sociales, comprendidas como 'nivel socioeconómico'. El concepto es operado por indicadores de ingreso familiar, nivel educativo y ocupacional y por lugar de residencia. La determinación de la enfermedad es directa entre lo 'económico' y lo 'biológico' ". (5)

Estas son variables que intervienen en el proceso pero no conforman el todo social, sino que como fenómenos externos al hombre llegan a influir en él. Son elementos eventuales que no se hayan constantemente en la vida del hombre. Esta concepción evade todo lo que se refiere a las clases sociales, al tipo de relaciones sociales que dominan en nuestra sociedad, al Estado como correlación de fuerzas sociales en el contexto nacional, etc.

Una segunda concepción social de la salud es aquella que considera al hombre como parte de una compleja totalidad social cuya existencia -- constituye la esencia de la naturaleza humana. Esa totalidad abarca -- los principales elementos que van a incidir sobre la vida del hombre, -- es decir, la vivienda, las condiciones de trabajo, la comunidad, el u-

(4) De la declaración de principios de la Organización Mundial de la Salud en 1946, tomado de la Revista, Tomado de la Revista Nacional de Hospitales, julio y diciembre de 1951. Diciembre 1952.

(5) GORDON, et al: "Disease, the Individual, and Society, New Haven, Colledge & University Press. 1968. p.p. 10-73

so del tiempo libre, la recreación, la educación, el funcionamiento ( adecuado o no) de los servicios públicos, las condiciones de ejercicio de sus derechos civiles, etc. En suma, el hombre está inserto en un determinado modo de producción, que en el caso de Venezuela y el hemisferio al cual pertenece es el capitalista. Este peculiar modo de producción determina la vida social del hombre de manera particular, que le es propia y diferenciable de la determinada por otros modos de producción. Es por esta razón que esta concepción intenta "...identificar la unidad contradictoria del proceso de internacionalización del modo de producción capitalista, en la formación social y sus nexos con la producción y distribución de la enfermedad" (6)

Su objetivo es establecer las relaciones entre los grupos sociales y naturales, teniendo como medida el trabajo y siendo sobredeterminada por las relaciones de producción. "La enfermedad tiene una historicidad, las de las formas de adaptación y de la relación hombre-naturaleza".(7). La enfermedad varía de una a otra época histórica, como varía la forma de relación del hombre con la naturaleza en cada modo de producción.

Esta concepción se aboca a la búsqueda de la unidad entre lo biológico y lo social y se considera que la enfermedad debe ser estudiada en la totalidad del hombre en su esencia biológica y en su esencia como ser-social, ya que es la resultante de un modo de expresión de la vida del hombre.

---

(6) CORDEIRO, H., LAURELL, C, et al: "Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. Biblioteca de Salud y Sociedad. Brasil. 1979. p.169.

(7) IBID. p.170



5.

"Estudiando la unidad contradictoria entre lo biológico y lo social, podemos considerar que la esencia de la enfermedad tiene una historicidad como expresión del surgimiento y de la superación de las tradiciones. Para ello se debe recurrir al estudio de las causas genéticas (como historia de las contradicciones entre lo biológico y social) y las causas estructurales (como las condiciones biológicas y sociales que interactúan en un momento dado, de forma necesaria y suficiente, con un único y determinado mecanismo)".(8)

Aunque los fines de este trabajo no son llegar a una conceptualización acabada de lo que consideramos es la salud, sí nos parece pertinente - señalar que esta última concepción la consideramos más completa ya que trata de abarcar la totalidad del hombre, sus condiciones de vida y sus condiciones de trabajo en sociedad en las particulares relaciones sociales de producción en que le toca vivir.

#### 1.2.- Definición del Sector Salud.

Acogeremos aquí la definición del sector salud como:

"conjunto de organismos, agencias, instituciones, etc., que realizan acciones que tienen que ver con la salud. Subsector es la primera división de ese sector, que agrupa organismos que operan bajo un mismo régimen, o similar. Institución, agencia u organismo son los entes que operan bajo una administración local".(9)

El mismo autor distingue entre el lado oferta y el lado demanda del sector. En cuanto al primero, señala:

"Se encuentra en nuestros países generalmente constituido por tres subsectores principales: público, privado y seguro social. Las áreas que cubren estos subsectores difieren. El subsector público se ocupa de todos los problemas de salud, en general a través de agencias o departamentos especializados; el privado se ocupa únicamente de atención médica; en tanto el seguro, además de atención médica, cubre a ve

(8) IBID. p. 176

(9) TESTA, Mario: "Aspectos sociales del financiamiento del sector salud. Mimeografiado. CENDES. Caracas. p.4

3-1

ces otras áreas que no se relacionan directamente con salud. Además, - cada subsector está dividido en diversos tipos de agencias u organizaciones, que en el subsector privado pueden caracterizarse como organizado (sanatorios) y liberal (consultorios) y en el seguro como obligatorio y voluntario".(10)

Cada subsector le da mayor peso y prioridad a ciertas áreas de acción. El subsector privado estará básicamente del lado de la curación, de la propia prestación de servicios en clínicas privadas. El subsector público, prestará una asistencia más integral que supera la atención de la enfermedad, ya que se encargará además de la construcción de acueductos y alcantarillado, de la infraestructura hospitalaria, de la formación del personal médico y paramédico, de los institutos de investigaciones médicas, de la construcción de viviendas rurales y también de la medicina preventiva y saneamiento ambiental.

El seguro social, además de la prestación de atención médica y rehabilitación, realiza actividades de prevención, tanto de accidentes como <sup>de</sup> enfermedades profesionales y cuenta para esto con la División de Medicina del Trabajo que se encarga fundamentalmente de la salud del obrero en su sitio de trabajo. Como actividad específica está la atención del trabajador en cuanto a las prestaciones sociales <sup>(relativas a los seguros)</sup> de vejez, invalidez y muerte.

En cuanto al lado demandante del sector salud <sup>funcional</sup> :  
 Testa :

"... Toda la población puede acudir al subsector público o al privado en busca de atención médica. Parte de la población puede además buscar atención mediante el seguro. Los elementos que van a determinar que una persona acuda a uno u otro de los servicios, dada su propensión a hacerlo, dependerán de la existencia del servicio en la región, de la elegibilidad para acudir a ese servicio, de la posibilidad financiera de utilizarlo y de la eficiencia del mismo"

El subsector público da la atención médica que se le demande, ya <sup>para ello</sup> que posee los equipos médicos y personal muy especializado. Utiliza el sistema de hospitales <sup>que contiene</sup> ~~que contiene~~ las categorías de hospitales centrales, hospitales generales, hospitales periféricos, centros de salud, medicaturas rurales y centros ambulatorios.

El subsector privado utiliza un sistema que abarca instituciones con alto grado de especialización, que contienen todos los servicios y los consultorios médicos privados que se encuentran en cualquier lugar del país.

El seguro social obligatorio, se encuentra <sup>generalmente</sup> localizado en zonas con cierto grado de desarrollo industrial y concentración obrera, por tanto no abar-

(11) Ibid, p. 5

ca totalmente al país. Lo que hace este subsector para abastecer la deman  
da es contratar servicios médicos a otros subsectores.

Esta misma diferenciación en subsectores está determinando una distinta -  
calidad en la atención médica, dirigida a sectores específicos de <sup>la</sup> pobla  
ción.



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO (CENDES)  
XII CURSO DE POSTGRADO EN PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO Y II CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN PLANIFICACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
(ENERO-ABRIL 84)

ASIGNATURA: POLÍTICAS DE SALUD

PROFESOR (ES): SARA VERA

C E N D E S

TEMA: Gasto público en salud

FUENTE:

AUTOR: Víctor CORZO  
Sara VERA  
Mayo 1982.

(SÓLO PARA DISTRIBUCIÓN INTERNA)

1984

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

1.3.- El financiamiento de los gastos en salud.

Muy pocos países presentan una forma única de financiamiento de sus servicios de salud. Por el contrario, en la mayoría de los casos se combinan diferentes formas de financiamiento, sin que ello impida que algunas de ellas predominen sobre las demás.

A continuación haremos una clasificación de las principales formas actuales de financiamiento de los servicios de salud, haciendo mención al caso específico de Venezuela y presentando algunos ejemplos de otros países donde predominen otras modalidades. (12)

- Pago Personal: es la adquisición privada del servicio con los recursos personales del individuo. Es la forma típica de financiamiento de lo que se ha dado en llamar "medicina liberal". El servicio es prestado por médicos independientes y la responsabilidad de buscarlo recae directamente sobre el paciente. Si observamos el cuadro N°24 veremos que en Venezuela el gasto privado en salud es prácticamente la mitad de lo que se gasta en salud en el país.

- Caridad: es la ayuda con fondos donados por personas o instituciones que pueden o no convertirse en beneficiarios del servicio.

Esta forma de financiamiento tuvo gran importancia hace varios siglos y llegó a nuestro continente con españoles y portugueses. Su importancia ha ido disminuyendo a lo largo de la historia, pero se mantiene en todo el mundo, como por ejemplo, las misiones religiosas en Africa y o

(12) Véase a tal respecto: ROEMER, Milton I, Perspectiva mundial de los sistemas de salud, Siglo XXI. Mexico. 1980.

9.

tras formas. En nuestro continente, la Cruz Roja sería un buen ejemplo, aunque paulatinamente ha tenido que ir dependiendo de subsidios oficiales.

En nuestro país las fundaciones benéficas tenían en 1962 alrededor del 3,5% de todas las camas del país. Ese porcentaje ha ido en declinación hasta llegar alrededor de un 2% en los últimos años de la década del-70 (ver Cuadro N°20).

Pago por el sector económico privado: la prestación de servicios se realiza a expensas de la empresa empleadora del usuario. Esta forma de financiamiento es utilizada en muchos países en desarrollo, donde los servicios públicos de atención médica suelen ser deficientes. Es la propia industria la que toma en sus manos el cuidado de la salud de sus trabajadores, sabiendo que un obrero sano es un obrero productivo y por ende un buen negocio. En Venezuela, el ejemplo típico de esta situación lo ha dado la industria petrolera antes de su nacionalización, e incluso ha persistido después de ella.

- Seguro voluntario: financiamiento por medio de fondos reunidos mediante contribuciones periódicas de grupos de personas. Los servicios son sólo para los que contribuyen al seguro o para sus dependientes. Esta forma es de poca importancia relativa en nuestro país y en el mundo. Australia y Estados Unidos son los países que presentan una mayor cobertura de los costos de atención médica por este tipo de financiamiento. En otros países, como en el caso de Argentina, han servido como paliativo a los crecientes costos de la medicina privada.(13)

(13) "El caso del seguro voluntario es similar al del conjunto del subsector privado ya que utiliza los mismos elementos: consultorios y sanatorios privados"... "Es un ejemplo claro de cómo la formalización de una situación funcionalmente eficiente puede disminuir la eficiencia ... (cont.)"

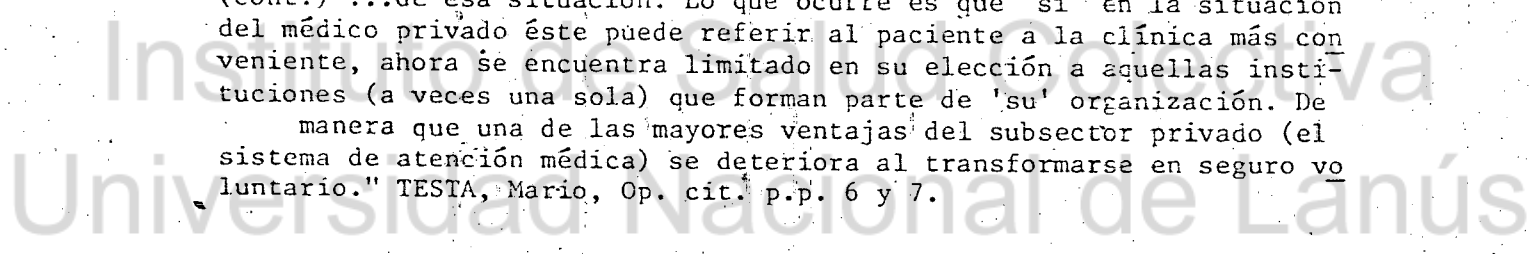


- Seguro Social: esta forma de financiamiento es exigida por la ley para prestar determinados servicios a beneficiarios designados. Dicho sistema ha sido utilizado en nuestro continente para cubrir la atención de salud de los sectores laborales, a veces en un solo servicio, a veces en servicios diferenciados para trabajadores de "cuello blanco" y trabajadores de "cuello azul".-En Venezuela esta modalidad de financiamiento aparece en el año 1944. En nuestro caso, el seguro social es financiado con aportes de los trabajadores, del sector empresarial y del Estado. Si tomamos el número de camas como índice de su importancia en la atención sanitaria vemos que éste ha ido creciendo - llegando al 8% del total nacional. (Cuadro N°20). El presupuesto que maneja oscila entre el 40% y el 50% en relación a lo que gasta el subsector público.

- Fondos Públicos: en este caso el financiamiento proviene de lo que recaudan el Gobierno Central, Estatal, Municipal u otra forma de división administrativa por concepto de impuestos, ventas, gravámenes, derechos varios, y en el caso particular de Venezuela, de lo que produce el petróleo. Los servicios que se prestan suelen abarcar a toda la población sin distinciones.

En todo el mundo está presente esta forma de financiamiento de los servi

(cont.) ...de esa situación. Lo que ocurre es que si en la situación del médico privado éste puede referir al paciente a la clínica más conveniente, ahora se encuentra limitado en su elección a aquellas instituciones (a veces una sola) que forman parte de 'su' organización. De manera que una de las mayores ventajas del subsector privado (el sistema de atención médica) se deteriora al transformarse en seguro voluntario." TESTA, Mario, Op. cit. p.p. 6 y 7.



cios de salud, en distintos grados. Casos típicos de coberturas amplias - por este sistema son el de Gran Bretaña que data de 1948 (Servicio Nacional de Salud), que se financia en un 80% por la Hacienda Pública y que asegura virtualmente una cobertura total de la población.

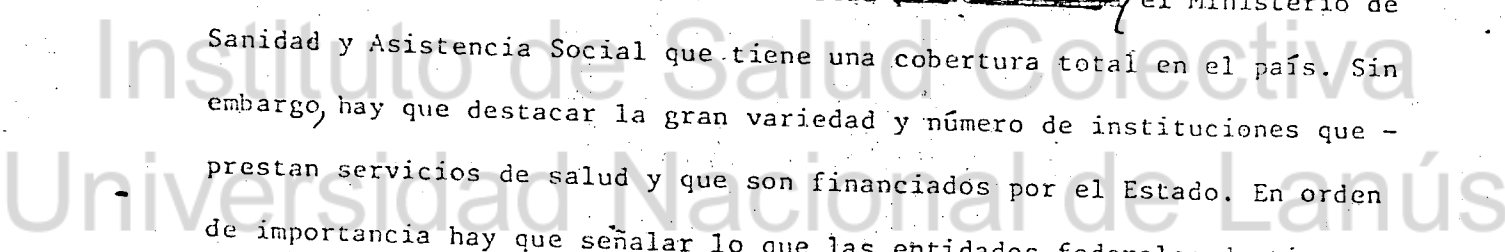
En nuestro continente Chile fué el primer país en implantar un Servicio Nacional de Salud financiado casi integralmente por el Estado. Data de -- 1924 y ampliado en 1952 aseguraba una cobertura del 75% de la población. Los países socialistas cubren al 100% de la población financiando sus ser vicios de salud en un 100% con fondos estatales.

*(en síntesis)*  
En  ~~síntesis~~ Podemos decir, que en la Venezuela de <sup>hoy</sup> la actualidad se encuentran todas estas formas de financiamiento de la atención sanitaria, pero <sup>con</sup> predominio del pago personal, el seguro social y <sup>el financiamiento con</sup> los fondos públicos. <sup>El análisis de este</sup>  ~~Este~~ <sup>El</sup> último sector <sup>será</sup>  ~~será~~ <sup>el</sup> objeto específico de este trabajo.

1.4. Gasto Público en salud

Entendemos por Gasto Público en salud el  ~~gasto que~~ <sup>gasto</sup> realiza <sup>el</sup> Estado a -- través de las distintas instituciones <sup>de</sup>  ~~del~~ Sector Público que prestan atención a la salud. Estos gastos están contemplados en el Presupuesto Nacional y los fondos provienen en su mayoría de los ingresos por la renta del petróleo y otros ingresos del Estado.

*Dicho gasto es*  
 ~~Este Gasto Público en Salud lo administra~~ <sup>do</sup>  ~~el~~ <sup>fundamentalmente por</sup> el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que tiene una cobertura total en el país. Sin embargo, hay que destacar la gran variedad y número de instituciones que prestan servicios de salud y que son financiados por el Estado. En orden de importancia hay que señalar lo que las entidades federales destinan - del Presupuesto Coordinado con ese fin, lo que gastan las municipalida-



des, especialmente las más populosas, los institutos autónomos, empresas del Estado, las universidades, etc. Por eso, todo intento de abarcar la totalidad del Gasto Público en Salud resulta prácticamente imposible, aún sin contar los gastos indirectos en salud que realiza el Estado como, por ejemplo, la formación de profesionales en salud.

De acuerdo a las definiciones anotadas, tanto al hablar del sector salud y de sus componentes, como al referirnos al concepto de Gasto Público en Salud, quedarán fuera de este último concepto y, por ende -- fuera del objeto de estudio de este trabajo, las actividades del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Las razones de tal exclusión son las siguientes:

1.- Aunque el Estado realice aspectos financieros al IVSS (14) (ver cuadro N°1), su financiamiento proviene fundamentalmente de los aportes de los trabajadores y del sector empresarial.

2.- Aunque el Estado está representado en el Consejo Directivo del IVSS al igual que la Central de Trabajadores de Venezuela (CTV) y FEDECAMARAS, no es él quien fija exclusivamente sus políticas sanitarias.

---

(14) Dichos aportes están directamente destinados a cubrir parte de los gastos de administración, construcción de nuevas instalaciones y equipamiento de las mismas. (Véase: Felix Rojas-Martínez, "El IVSS. Un Modelo para la Administración de Servicios de Atención Médica Institucional". Publicaciones del IVSS. Caracas, Octubre de 1979.

Ingresos del IVSS y aportes del Fisco Nacional  
(miles de Bs.)

Años	Total ingresos	Aportes del Fisco Nacional	%
1960	183181		
1961	201696	22498	12,28
1962	205029	27819	13,79
1963	216138	27158	13,25
1964	244255	20681	9,57
		24300	9,95
1965	263877		
1966	303653	27839	10,55
1967	551218	27198	8,99
1968	710585	82500	14,97
1969	802566	80000	11,26
		95000	11,84
1970	843560		
1971	942769	95000	11,26
1972	1049657	108500	11,51
1973	1158582	120000	11,43
1974	2344832	120000	10,36
		387398	16,52
1975	2138637		
1976	2272047	355800	16,64
1977	2649503	297635	13,10
1978	3140497	410119	15,48
1979	3165976	418198	13,31
		433032	13,67

Fuente: Anuarios Estadísticos IVSS. (1966 - 1979)

1.5.

Objetivos de la acción estatal en salud.

La acción estatal en salud tiene como norte "mejorar los niveles de vida de la población" (VI Plan de la Nación).

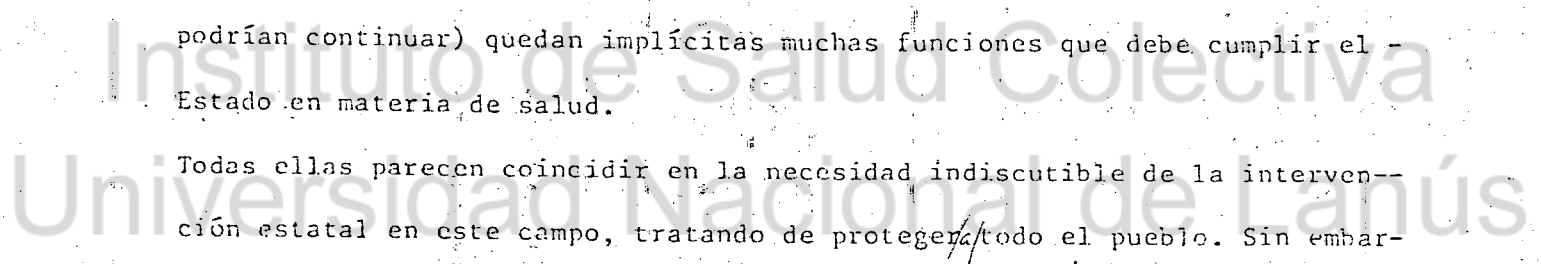
"La tarea del Gobierno respecto al mejoramiento de la salud pública es de primordial importancia en un plan de desarrollo, tanto directamente, en vista de la cabal significación que corresponde a la salud para el bienestar de la población, como en sentido indirecto en virtud del impacto que tiene la salud sobre la productividad del trabajo" (Plan de la Nación 1963-1966. p.325.

"El Gobierno Nacional hace frente a los problemas de salud del pueblo venezolano con la utilización de toda la tecnología moderna y el propósito de hacer de la salud el baluarte de la economía nacional y del bienestar social". (Carlos Andrés Pérez: Primer mensaje al Congreso Nacional. 12 de marzo de 1975)

"La salud de un pueblo es un bien tangible en el haber de un estado o región y es el recurso más importante con el cual debemos contar si queremos impulsar nuestros destinos". (Dr. Renato Grossi: Introducción a "Acción sanitaria en Venezuela y Presupuesto 1936-1971. p.1).

Detrás de estas declaraciones sacadas de los Planes de la Nación, del mensaje de un presidente al Congreso de la República y del libro de un eminente sanitarista dedicado a los problemas sanitarios de nuestro país (y las citas podrían continuar) quedan implícitas muchas funciones que debe cumplir el Estado en materia de salud.

Todas ellas parecen coincidir en la necesidad indiscutible de la intervención estatal en este campo, tratando de proteger todo el pueblo. Sin embar-



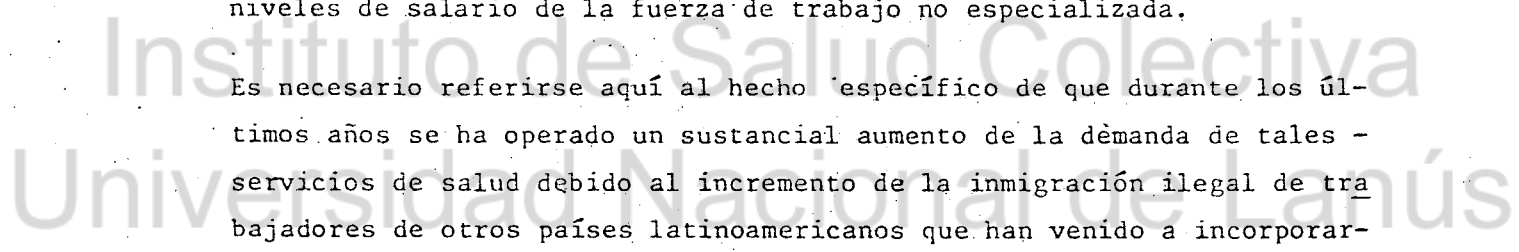
go, más allá de estas declaraciones de principio la acción estatal en salud cumple con objetivos claramente definidos dentro del sistema económico y social.

En los puntos anteriores (1.2 y 1.3) definíamos al sector salud y sus subsectores y las formas en que se financian los servicios de atención médica. De allí podemos desprender que hay un sector minoritario de la población que no necesita de la acción estatal ni del Gasto Público en Salud puesto que está en condiciones de elegir y de adquirir directamente los servicios de salud que necesita y que integran el subsector privado. Por otra parte, el subsector seguro social, financiado por el aporte de trabajadores y empresarios se encarga de cubrir la atención médica de la fuerza laboral y de sus familiares, sobre todo de aquella -- que está integrada en los sectores más dinámicos de la industria; con lo cual parecería que queda asegurada la reproducción de dicha fuerza de trabajo.

¿Cuáles serían entonces los beneficiarios directos e indirectos del Gasto Público en Salud?. Analicemos por separado las distintas actividades cumplidas en este campo por la acción del Estado.

a) En el ámbito de la Medicina Curativa el subsector público se orienta a brindar atención preferente a aquella parte de la fuerza laboral que por diversas circunstancias estructurales o coyunturales se encuentra fuera del proceso de "producción social" a que se refieren los sistemas de Cuentas Nacionales. Como ha sido ampliamente señalado, la conservación de tal fuerza de trabajo en condiciones de ser incorporada a dicho proceso productivo "social", es decir, capitalista, es un importante aspecto del buen funcionamiento del sistema, pues ello constituye una importante reserva potencial de mano de obra no utilizada o subutilizada cuya presencia constituye un factor que presiona hacia la baja de los niveles de salario de la fuerza de trabajo no especializada.

Es necesario referirse aquí al hecho específico de que durante los últimos años se ha operado un sustancial aumento de la demanda de tales servicios de salud debido al incremento de la inmigración ilegal de trabajadores de otros países latinoamericanos que han venido a incorporarse al mencionado sector del mercado de trabajo.



b) Un objetivo similar cumple la acción estatal en salud a través de los programas de protección materno infantil, profusamente propuestos por los Planes de la Nación e implementados por el MSAS. En este caso se trata de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo tanto nacional como inmigrada para que esté en condiciones de reemplazar la que va saliendo del proceso productivo por vejez o incapacidad.

Con respecto a este objetivo, el pasaje ya citado del Plan de la Nación 1963-1966 en su página 325 es lo suficientemente clara para ahorrarnos mayores comentarios.

c) En el campo del saneamiento ambiental la acción estatal ha tenido importancia fundamental para la expansión del desarrollo capitalista. La ampliación de nuevas áreas del territorio nacional al ámbito especial de vigilancia de los circuitos capitalistas de acumulación han estado estrechamente ligadas a las actividades de saneamiento y al combate de las endemias tropicales.(15)

En nuestro país, el exitoso combate contra la malaria estuvo estrechamente vinculado a la apertura y explotación de los nuevos campos petroleros. (16)

Hoy en día, cuando la mayor parte del territorio nacional está incorporado plenamente al mercado y al quehacer económico del país, estas actividades han ido perdiendo su importancia, sin querer por esto decir que

(15) "...Los programas de Salud Pública fueron indispensables en los países tropicales porque no se podía extraer minerales, ni cultivar bananas, ni bombear petróleo, a menos que ellos fueran realizados" (Citado por BROWN, Richard, Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Foundation Programs at home and Abroad", 103ed, Annual Meeting of Am.Pub. Health Asoc, 1975, en Pedro Luis Castellanos: "Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela". Revista Latinoamericana de Salud. México. Editorial Nueva Imagen.1981. p.8)

(16) "La exploración petrolera hacía indispensable el control de las endemias que diezaban la población sin preguntar su nacionalidad, y comprometían seriamente la productividad de las cuantiosas inversiones extranjeras. Al conocer las vinculaciones de la Fundación Rockefeller con los monopolios petroleros norteamericanos, resulta fácil explicar su profundo interés por el control de tales endemias en nuestro país. Por otra parte, estas vinculaciones explican, así mismo, la creciente influencia de dicha Fundación en este período; sin duda su papel debió ser importante en la lucha interimperialista por ganarse la confianza de los dirigentes nacionales". CASTELLANOS, Pedro Luis. Op. cit. p.16.

17

tiendan a desaparecer, puesto que el saneamiento ambiental sigue siendo central en toda política estatal de salud, pero el carácter de esa actividad ha cambiado. Para afirmar lo anterior basta con mirar el cuadro - N°10, donde se observa claramente como lo que se destina a Malariología y Saneamiento Ambiental ha ido disminuyendo porcentualmente dentro del presupuesto del MSAS.

d) Otro objetivo <sup>vº</sup> menos importante que cumple la acción estatal en salud es la de generar consenso en torno al proyecto político vigente en cada momento, así como crear las mejores condiciones posibles para el funcionamiento del mismo. Un ejemplo importante a tal respecto es la creación de nuevos empleos en el sector, de lo que parece bastante ilustrativo - el incremento del presupuesto del MSAS, tal como puede comprobarse en el Cuadro N°2. En atención a lo dicho, hay que referirse también a ciertos programas oficiales de salud tendientes a controlar determinados conflictos sociales. Un ejemplo típico a tal respecto es el control de la natalidad a través de la llamada Planificación Familiar. (17)

e) Aunque se trata de un aspecto de la actividad estatal escasamente estudiado y considerado, el Estado cumple una función fundamental en la expansión y profundización del sistema económico capitalista, intentando integrar a él a todos los que se encuentran dentro del marco del Estado nacional, homogeneizando el modo de producción y rompiendo las formas tradicionales de vida. En este sentido, el gasto en salud juega un papel de mucha importancia. (18)

f) Finalmente, el Estado cumple también programas de carácter preventivo, como los de vacunación masiva.

---

(17) "El control de la natalidad, cuando tiene altas coberturas, contribuye a disminuir la conflictividad por reducción de la demanda de servicios, pero aún con bajas coberturas, ya cumple un papel de control ideológico fundamental, al difundir una falsa conciencia sobre la 'causa' - de la problemática de 'salud-enfermedad', descargándola en 'padres irresponsables' o 'madres con embarazos indeseados', exonerando en definitiva al Estado y a la sociedad de su responsabilidad". CASTELLANOS. Op. cit. p.9

(18) Al respecto consultar el excelente trabajo de CLEAVER, Harry: "Malaria and the Political Economy of Public Health" publicado en International Journal of Health Services, Volumen 7, Número 4. 1977.



Cuadro N: 2

Relación entre el Presupuesto del MSAS y el Presupuesto Nacional (1962 - 1979)

Año	Presupuesto Nacional		Presupuesto MSAS		Presupuesto MSAS/Presupuesto Nacional (%)
	(Millones de Bs)	Índice	Millones de Bs	Índice	
1962	5942	100	430	100	7.2
1963	6225	105	494	115	7.9
1964	6349	107	527	123	8.3
1965	7260	122	625	145	8.6
1966	7852	132	685	159	8.7
1967	8186	138	734	171	9.0
1968	8965	151	771	179	8.6
1969	9280	156	802	187	8.6
1970	9886	166	880	205	8.9
1971	10988	185	907	211	8.3
1972	13412	226	1034	240	7.7
1973	15042	253	981	228	6.5
1974	44000	740	1078	251	2.5
1975	42000	707	1715	399	4.1
1976	33000	555	2175	506	6.6
1977	35836	603	2632	612	7.3
1978	44480	759	2847	662	6.4
1979	46541	783	3065	713	6.6
Tasa de incremento	12,11		11,53		

Fuente: GROSSI : Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971

" : Cálculos del Presupuesto del MSAS para los años 1972-1978.

2.- Análisis del Gasto Público en Salud entre los años 1962-1979.

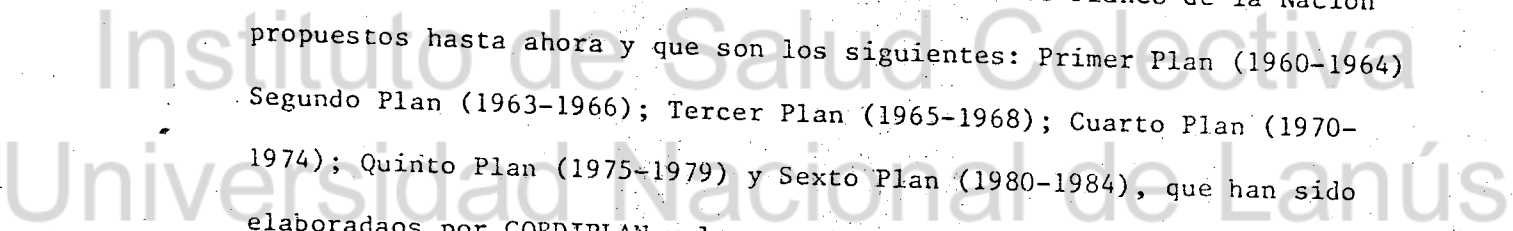
En esta sección se hará el estudio del Gasto Público en Salud en las dos décadas que comprende este trabajo. Para ello seguirá el siguiente orden: en primer término, se expondrán cuáles han sido las políticas confesas del Estado en materia sanitaria y en segundo lugar se revisará su cumplimiento o su falta de implementación de acuerdo a la forma en que se ha realizado el Gasto Público en Salud. Creemos que esta es una buena forma de analizar la coherencia de las políticas estatales, puesto que en definitiva, la forma en que son implementadas depende de su funcionamiento.

2.1.- Las políticas confesas de salud del Estado venezolano.

Revisar lo que dice y propone los Planes de la Nación, en cuanto a diagnósticos y metas a alcanzar puede resultar muy provechoso e ilustrativo a los fines del presente trabajo.

Cabe imaginar que entre diagnósticos y proposiciones por una parte, y la acción sanitaria, estimada en este caso a través de la utilización del Gasto Público en Salud, debe haber una necesaria coherencia. Esa es la justificación de la inclusión de un análisis de lo que corresponde al sector salud en los Planes de la Nación escritos hasta ahora.

Para la realización de este punto contamos con los Planes de la Nación propuestos hasta ahora y que son los siguientes: Primer Plan (1960-1964) Segundo Plan (1963-1966); Tercer Plan (1965-1968); Cuarto Plan (1970-1974); Quinto Plan (1975-1979) y Sexto Plan (1980-1984), que han sido elaborados por CORDIPLAN y lo que respecta al sector salud en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.



Para una mejor comprensión de las distintas características que presentan los Planes de la Nación, nos parece conveniente comentar algunos aspectos relevantes que han marcado el desarrollo de CORDIPLAN y de la planificación en Venezuela.

"La creación de la Oficina Central de Coordinación y Planificación (CORDIPLAN) para "auxiliar al Presidente de la República y al Consejo de Ministros" en las funciones relacionadas con la coordinación y planificación". (19)

Siguiendo el artículo citado de Ramón Piñango, existen tres grandes períodos en el Sistema Nacional de Planificación venezolano, al cual habría que agregarle el período actual correspondiente al VI Plan de la Nación.

Los primeros tres períodos y sus particularidades señaladas por Piñango son:

- 1962-1968 (Hurtado, período de A.D.).

El Sistema Nacional de Planificación aparece como poco estructurado. CORDIPLAN actúa como "eminencia gris" en la toma de decisiones, especialmente durante el Gobierno de Leoni, dado el acceso de Hurtado al Presidente. El equipo de trabajo en planificación es pequeño, con disparidades en cuanto al nivel técnico e importancia de las distintas unidades que lo integraban. Se trata de lograr un liderazgo informal en el resto de la administración pública.

(19) PIÑANGO, Ramón: "El Sistema Nacional de Planificación, Evolución en su organización formal y comentarios desde la perspectiva de la planificación de situaciones. FORMEPLAN. CENDES. Caracas. 1981. p.16.

- 1969-1973 (Oberto-Casas, del período de COPEI).

Se trata de darle mayor estructuración al Sistema Nacional de Planificación y de formalizar su funcionamiento. Se hacen esfuerzos especiales por desarrollar el sistema a nivel sectorial y regional, aún cuando esos esfuerzos no logran trascender la creación formal de nuevas unidades y mecanismos de participación. Aumenta el tamaño de CORDIPLAN; se crean unidades que incrementan su grado de involucramiento en decisiones coyunturales, tal es el caso de la unidad de evaluación de proyectos. CORDIPLAN aparece de manera más notoria en la discusión pública.

- 1974-1976 ( Rodríguez, período A.D.).

Alta concentración de poder en el Jefe de CORDIPLAN, quien participa directa, abierta y formalmente en decisiones referidas al corto, mediano y largo plazo. El esfuerzo principal parece centrarse en el desarrollo de CORDIPLAN. "Más que nunca CORDIPLAN aparece como jefe de la discusión sobre el desarrollo del país, como consecuencia de la personalidad controversial del Ministro Rodríguez. La preocupación es por trazar grandes líneas y tomar decisiones sobre el corto plazo que respondan a esas líneas y no tanto por la adecuación técnica de la planificación!" (20)

Para el período actual, el autor citado señala las características que tendrá CORDIPLAN (Herrera Campíns 1978)

"Las primeras acciones del nuevo gobierno indican que CORDIPLAN va a desempeñar un rol eminentemente técnico antes que político. Así lo sugieren los nombramientos de personas con experiencia en planificación pero

(20) IBID. p.p. 9 y 10.

públicamente desconocidas por su peso en la discusión política en el país y en el mismo partido de gobierno" (29)

Estas características señaladas en los diferentes períodos muestran el distinto carácter que presenta cada Plan. Revisando el área de nuestro interés, el sector salud, encontramos en cada uno de ellos diferencias que van desde las formas de presentación y desarrollo del Plan con una mayor o menor descripción de la política sobre salud a seguir.

El análisis de los Planes se centrará en los siguientes puntos: tipo de programas, a quienes están dirigidos y objetivos de los mismos.

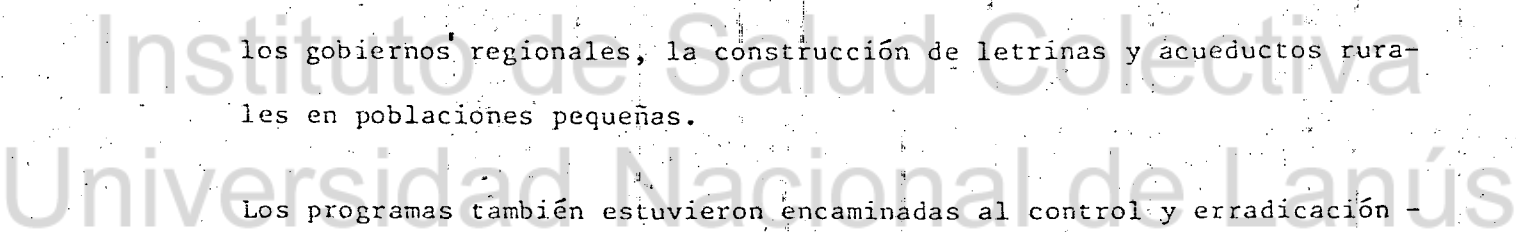
I Plan de la Nación . 1960-1964.

Este primer Plan produce un reducido diagnóstico administrativo, utilizando para ello indicadores de tipo tradicional (hospitales, camas, mortalidad, morbilidad, personal y obras sanitarias). En el diagnóstico se plantea que existe una baja cobertura de los servicios de asistencia médica, las grandes endemias que requieren de un eficiente saneamiento ambiental, la necesidad de formación de personal médico y paramédico que cubra los requerimientos de los nuevos centros de atención médica.

Otro aspecto importante es la construcción de obras sanitarias. Se programó la construcción de redes cloacales y acueductos urbanos. Además, con los gobiernos regionales, la construcción de letrinas y acueductos rurales en poblaciones pequeñas.

Los programas también estuvieron encaminadas al control y erradicación de grandes endemias y epidemias con la finalidad de cambiar los actuales

(21) Ibidem p. 45



patrones de morbilidad (que las enfermedades infecciosas bajen de lugar, ya que pueden ser más fácilmente controladas, <sup>ya que</sup> este tipo de enfermedades son las comunes en los países menos desarrollados). La disminución de la mortalidad infantil por enfermedades carenciales fue otra de las metas a lograr.

En <sup>que el primer plan</sup> contramos en este primer plan, resolver problemas sanitarios prioritarios, enfocándose la acción a los sectores más desatendidos (población rural, sectores urbanos marginales), para lograr reducir la mortalidad (principalmente la infantil). Intenta el Estado crear la infraestructura básica y de servicios que contribuya a mejorar la salud de la población, especialmente <sup>de</sup> las clases pobres.

II Plan de la Nación. 1963-1966.

Se considera en este Plan, en primer término la organización hospitalaria que tendrá a su cargo la restauración o recuperación de la salud. Se señala también la conservación y mejoramiento de la salud mediante la protección y prevención de la enfermedad. Plantea como objetivos de la política de salud los siguientes: Servicio de Estadística Vital, Servicio de Epidemiología,, Servicio de Higiene Ambiental, Servicio de Higiene Materno-Infantil, Servicio de Enfermedades Crónicas y de Higiene del Adulto, Educación Sanitaria, Servicio Social, Servicio de Odontología Sanitaria y Laboratorio de Salud Pública.

Ya en este Plan podemos apreciar con toda claridad el papel del Estado y de sus gobernantes ~~en~~ intentar plantear los lineamientos de la política, que lo convierte en estado benefactor de las mayorías, además de su importante papel en el control social, ~~y además aliado de los~~ <sup>sectores</sup> ~~poseedores.~~ <sup>poseedores.</sup>

"La tarea del Gobierno respecto al mejoramiento de la salud pública es de primordial importancia en un plan de desarrollo, tanto directamente, en vista de la cabal significación que corresponde a la salud para el bienestar de la población, como en sentido indirecto en virtud del impacto que tiene la salud sobre la productividad del trabajo".(II Plan)

III Plan de la Nación. 1965-1968.

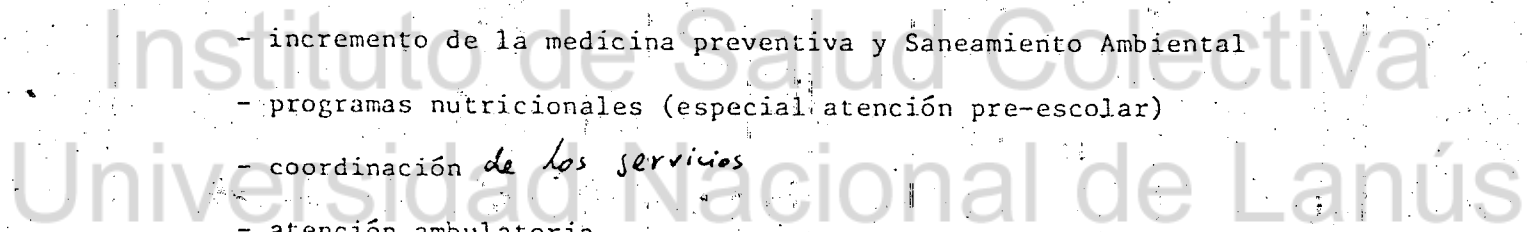
Se comienza el Programa de Sanidad para este plan con un diagnóstico administrativo de la situación de salud, con los indicadores que resultaron más positivos para el período analizado, tales como la baja en la tasa de la mortalidad infantil:

"Se debe más que todo a las campañas de Saneamiento Ambiental, a otros programas preventivos como el de vacunaciones, al uso de mejores medios terapéuticos, y en general al mejoramiento de los servicios sanitarios". (III Plan de la Nación. p.363)

Aumento de la esperanza de vida al nacer en el sector rural, aumento de construcciones hospitalarias y aumento del índice de camas, mayor cobertura de la población con acueductos urbanos y rurales y aguas servidas-- respectivamente, mejoras en las condiciones nutricionales por la apertura de comedores. Consideramos que un análisis de este tipo no puede mostrar la realidad sanitaria del país, para saber qué se puede planificar.

Lo que básicamente propone este plan lo podemos resumir así:

- incremento de la medicina preventiva y Saneamiento Ambiental
- programas nutricionales (especial atención pre-escolar)
- coordinación de los servicios
- atención ambulatoria
- centros hospitalarios (ambulatorios, psiquiátricos y hospitales en la



zona metropolitana.)

Los programas especiales a llevarse a cabo en este período son:

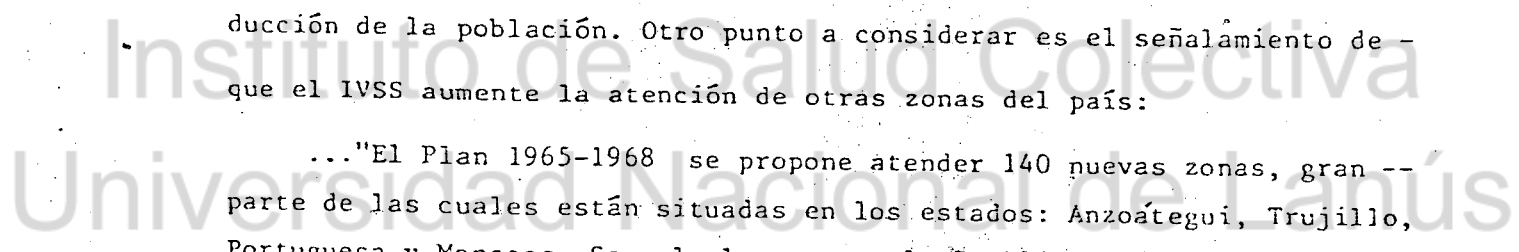
- Atención pediátrica (aumentar la cantidad y calidad del control pre-natal, utilización de más camas de otros servicios para obstetricia y el incremento de servicios de prematuros).
- Atención Cardiológica y Oncológica.
- Programas de Higiene Mental.
- Programa de Odontología.

Sus principales metas son:

- \* Aumento del número de camas;
- \* Construcción de acueductos rurales y urbanos;
- \* Construcción de cloacas rurales;
- \* Campañas de erradicación de la malaria;
- \* Aumentar la cobertura del IVSS.

Como podemos observar, los programas propuestos están dirigidos a los sectores mayoritarios de la población con muy malas condiciones sanitarias, con más alto riesgo y con imposibilidad de asumir el costo del servicio. Es importante tomar en cuenta el peso que se le da a los programas de atención pre-natal y pediátrica a la población de menores recursos, que se justifica por la necesidad de lograr que se lleve a cabo la reproducción de la población. Otro punto a considerar es el señalamiento de que el IVSS aumente la atención de otras zonas del país:

..."El Plan 1965-1968 se propone atender 140 nuevas zonas, gran parte de las cuales están situadas en los estados: Anzoátegui, Trujillo, Portuguesa y Monagas. Se calcula que en el año 1965 según la nueva Ley -





u b

se incorporarán a los beneficios del Seguro otros 252.000 trabajadores". Se señala además la necesidad de ... "desarrollar programas en materia de prevención de riesgos e intensificará este aspecto de medicina laboral - en el próximo cuatrienio" (IBID p.367). De lo que se desprende la inminente necesidad de atención a la salud de la clase trabajadora y por tanto asegurar su reproducción y conservación en la sociedad.

#### IV Plan de la Nación . 1970-1974.

Comienza al igual que los anteriores con un diagnóstico meramente administrativo. Trataremos de resumir en un párrafo muy elocuente del propio documento el planteamiento general como estrategia para el desarrollo.

" El mantenimiento y mejoramiento del nivel de salud y su más justa distribución entre toda la población requiere la integración de los servicios de salud en sus aspectos normativos, programáticos, técnicos y administrativos a fin de evitar el desperdicio de recursos y dispersión de esfuerzos que hoy existen como consecuencia de la multiplicidad de instituciones y de comando dentro de este campo. Por ello el objetivo más importante de la política del sector en el período de este IV Plan de la Nación será la creación y puesta en marcha del Servicio Nacional de Salud".(IV Plan. p. 218)

Plantea metas referiadas a los indicadores tradicionales en salud que son la disminución de la tasa de mortalidad ; aumento de la esperanza de vida, aumento de nuevas camas, formación de personal médico y auxiliar y técnico, aumento del Gasto Público en salud e inversión en edificaciones médico-asistenciales.

Se propone para la instrumentalización del Plan lo siguiente: regionalización de la administración de la salud, la reorganización de los servi-

cios de atención médica, la organización de las estadísticas del sector, la reforma administrativa y la preparación y puesta en ejecución (para) el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Programas que propone este Plan:

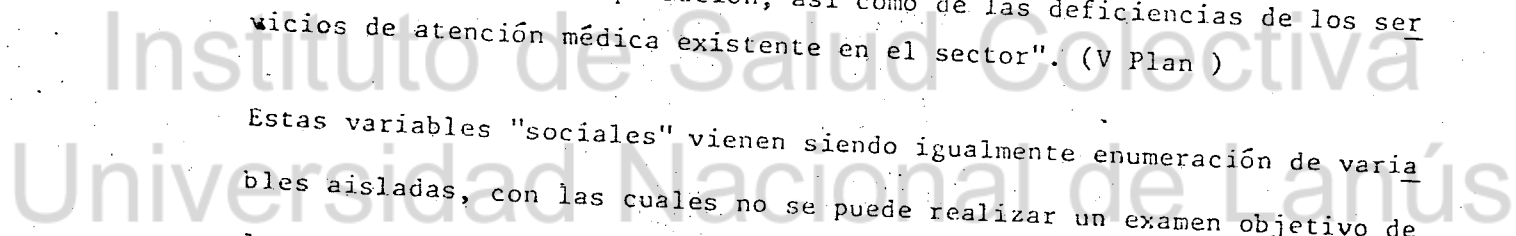
- 1.- Programas de tratamiento: a.- enfermedades cardiovasculares; b.- oncología; c.- Higiene Mental; d.- Dermatología; e.- Tuberculosis.
- 2.- Programas Preventivos: a.- Saneamiento Ambiental (control de endemias, acueductos y cloacas); y b.- Nutrición.
- 3.- Programas complementarios: a.- Construcción de edificaciones médico-asistenciales; b.- Mantenimiento e ingeniería de Hospitales y; c.- Programa gerontológico.

V Plan de la Nación. 1975-1978.

El diagnóstico que se desarrolla en este plan intenta considerar para el análisis de la situación de salud no sólo los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad, número de camas, etc., sino que además trata de integrar otro tipo de variables.

"La problemática de salud en Venezuela es la consecuencia de la interrelación de las variables ambientales y socioeconómicas (saneamiento, vivienda, ingreso, seguridad social, nutrición, etc.) que inciden en el estado de salud de la población, así como de las deficiencias de los servicios de atención médica existente en el sector". (V Plan )

Estas variables "sociales" vienen siendo igualmente enumeración de variables aisladas, con las cuales no se puede realizar un examen objetivo de la situación de salud. No toca la situación de clase, por tanto no -



puede llegar a apreciar el comportamiento y la realidad de las clases - en la sociedad.

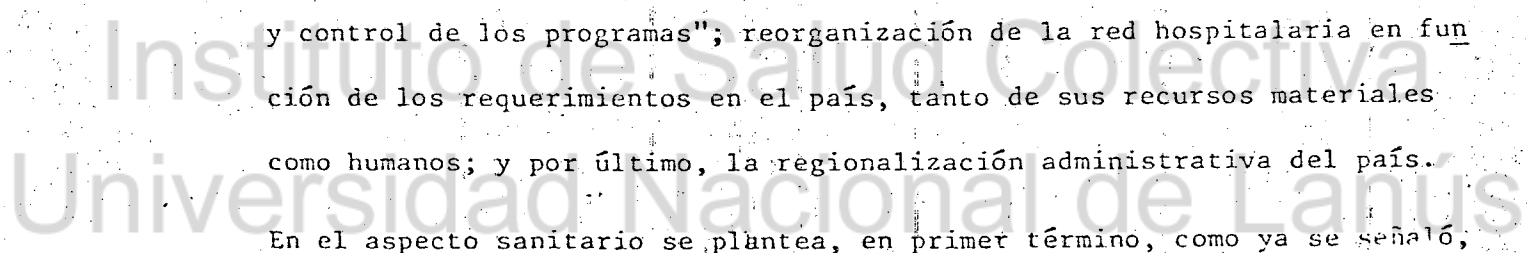
El aspecto más resaltante que trae el Plan en cuanto al grupo social que intenta reproducir y conservar en sociedad en lo que se refiere a los - programas dirigidos a la atención de la madre y el niño y a la prevención de enfermedades más vulnerables de los sectores "marginales".

" Con referencia a los niveles de salud, se requiere lograr la disminución de los índices de mortalidad infantil y materna, así como los - de mortalidad y letalidad de enfermedades infecto-contagiosas prevenibles por medios biológicos o de otra índole".

Además continúa esbozándose en los planes la dotación de agua potable, redes cloacales, viviendas tanto para el sector rural quien cuenta con - menores recursos y peor situación de sus servicios y para el sector urbano, especialmente los grupos más pobres.

El V Plan expone cinco prioridades que son: estructuración y funcionamiento del Servicio Nacional Coordinado de Salud como medida hasta tanto no se lleve a efecto la creación del Servicio Nacional de Salud; establecimiento de relaciones inter-sectoriales a fin de aumentar la cobertura y aumentar la calidad de los servicios de atención médica; formación de -- personal, creación de infraestructura y recursos, así como "... un perfeccionamiento de los sistemas de información, decisión, administración y control de los programas"; reorganización de la red hospitalaria en función de los requerimientos en el país, tanto de sus recursos materiales como humanos; y por último, la regionalización administrativa del país.

En el aspecto sanitario se plantea, en primer término, como ya se señaló,



~~de~~ aumentar la protección de la madre y el niño, higiene del adulto y - la reducción de las principales causas de muerte (corazón, cáncer y accidentes), aumentar la cobertura de atención médica, especialmente a los - sitios más desasistidos, saneamiento y control del ambiente, erradicación de enfermedades, disminución de las enfermedades infecto-contagiosas con programas tanto en el área preventivo <sup>Como</sup> ~~con~~ curativa, y por último ampliar la cobertura de los programas de Planificación Familiar.

Los programas planteados en este plan son:

- Programa materno-infantil (ampliación de la cobertura en la atención pre y post natal) con la finalidad de reducir las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna.
- Programa de saneamiento, que incluye: construcción de acueductos y cloacas rurales, vivienda rural, contaminación ambiental, control de enfermedades transmisibles agudas, higiene de alimentos, control de drogas y -- cosméticos, programa cardiovascular, lucha contra el cáncer, accidentes, higiene mental, atención médica integral, bienestar social (principalmente se destacan acá los programas de Planificación Familiar) y por último los programas de rehabilitación.

VI Plan de la Nación. 1982.

Este plan, al igual que los anteriores intenta realizar un diagnóstico de la situación de salud en Venezuela, que aunque más completo que los anteriores, <sup>concordamos en su evaluación</sup> ~~estamos de acuerdo~~ con las propias palabras del Ministro de Sanidad, Dr. González Herrera <sup>(2)</sup> ~~en los foros sobre el SNS. UCV, ya mencio~~ ~~en cuanto a~~ ~~nades anteriormente~~ que se queda corto en diagnóstico en describir la <sup>hay que destacar</sup> ~~realidad de la salud en nuestro país, aún cuando consideramos que toma~~

(2) Emitidas en los foros sobre SNS organizado por la Dirección de Cultura de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, Marzo de 1982.

en cuenta tanto aspectos positivos como negativos de nuestra realidad, <sup>pero</sup> se continúa realizando un ligero diagnóstico administrativo. <sup>Se</sup> Tomando ~~en~~ en cuenta la medición de los indicadores tradicionales y <sup>se</sup> lanzando ~~se~~ ciertas - propuestas con muy poca viabilidad.

Los programas que expone son los siguiente:

- Programa de atención materno-infantil. Sub-programas: Planificación Familiar, Atención al niño sano. Pre-natal y postnatal.
- Programa de inmunizaciones (para el control y erradicación de las enfermedades a la población susceptible de contagio)
- Programa de Saneamiento Ambiental. Sub programas: Control de endemias rurales; Obras de saneamiento; Control de calidad ambiental; Dirección y apoyo; Recursos humanos.
- Programa de infraestructura médico-asistencial.

Aún cuando desde la elaboración del IV Plan ya se expone la creación del Servicio Nac. de Salud como la organización administrativa que dará respuesta a los problemas de atención a la salud, con respecto a este punto solamente se plantea:

"Elaboración de un anteproyecto de Ley a través del Consejo para el Servicio Nac. de Salud y complementación de todos los otros elementos legales y reglamentarios que apoyarán dicho servicio" (p.70)

Expone como complementario a la creación del Servicio Nacional de Salud el desarrollo de fuentes de financiamiento adicionales para el sector salud, para lo cual se precisa conocer realmente el gasto necesario para el sector, revisión de las cotizaciones del IVSS e incremento de su cobertura a la población trabajadora, tarifas para industrias y servicios, etc.

Los lineamientos generales más importantes del Plan para llevar a cabo los programas de salud son:

- \* "Necesidad de apoyar la integridad del núcleo familiar".
- \* "Reordenamiento de los servicios públicos en favor de los sectores populares".
- \* "Participación efectiva de la población en los niveles de elaboración, adopción y ejecución de decisiones (Medicina Participativa)".
- \* "Promoción de las construcciones de interés social"
- \* "Aumento de la producción de bienes de consumo esencial"
- \* "Aumento de las actividades preventivas relacionadas con los grupos más vulnerables. Aumento de la cobertura con énfasis en la atención médica ambulatoria, aumento de las redes primarias de atención con especial énfasis en los programas dirigidos al 'binomio madre-hijo' "
- \* "Racionalización de los recursos"
- \* "Puesta en marcha del Servicio Nacional de Salud". (23)

Se encuentra planteado de forma evidente que los lineamientos y estrategias de la política de salud se afianza en los programas dirigidos a los sectores mayoritarios de la población, que cuenta con peores condiciones de vida y lo que se intentó con programas de este Plan es lograr la -- *sociales implantes* "integración", la adaptación de estos individuos a las condiciones para que cambien algunas cosas para que nada cambie. No se trata de que la -- población participe en la discusión de sus problemas, en la proposición de sus propias soluciones, de lo que se trata es que participe pero no modificando la estructura social. El problema se enfoca como el problema individual de cada uno, no como que los afecta como clase social que son.

(23) FORMEPLAN: Evaluación del VI Plan de la Nación, Sector Salud. mimeo. CENDES, UCV, ~~Caracas~~ Caracas, 1981

"Se define como un renglón muy importante la participación de la -- población en todas las fases del proceso de atención a la salud. Los programas que sirven de base para la participación en el sector salud presentan una característica muy notable: pautan excesivamente tal participación. Tal normativización resta autenticidad a los planteamientos de fondo, de tal forma que dichos planteamientos aparecen entonces como formas o mecanismos de dominación de la población" ... " Los programas de -- participación aparecen entonces como formas mediante las cuales se intenta la búsqueda de la legitimidad de las acciones y el discurso que les sirve de fundamento ... cumple la función de legitimar esas mismas acciones, desde el punto de vista de la consolidación del saber dominante sobre salud y enfermedad".<sup>(24)</sup>

#### CONCLUSION:

"Si bien se establece formalmente que el Plan de la Nación es vinculante para el sector público e indicativo para el sector privado, en la práctica se ha visto claramente que dicho plan no es obligatorio para nadie. Las razones por las cuales el Plan no llega a ser obligatorio ni siquiera para el mismo sector público son muchas. Debe destacarse, sin embargo, que la naturaleza general del Plan dificulta determinar cuando no se está cumpliendo, lo que obviamente no facilita sancionar el incumplimiento por parte de entes públicos determinados".<sup>(25)</sup>

- A lo largo de los seis Planes de la Nación encontramos que se -- privilegia el diagnóstico administrativo del sector. Entendemos por diagnóstico administrativo lo siguiente: "Este es el diagnóstico clásico de la planificación, el que mide recursos, cuantifica objetivos, relaciona unos y otros mediante procedimientos que se aproximan a alguna forma de evaluación que implique algún óptimo. Por otra parte, las categorías específicas que utiliza eluden cualquier contenido social, centrándose en los aspectos más directamente económicos, tratándolos como si en realidad -- fueran separables".<sup>(26)</sup>

(24) *Ibid*, p. 31

(25) Ramón Pitaugo, *Op. cit.* p. 35

(26) TESTA MARIO: "Planificación Estratégica en el sector Salud. Mimeo. CENDOS. CARACAS. 1981. p. 3

Para ser más precisos diremos que se hace el diagnóstico administrativo - del subsector público. Este diagnóstico administrativo no permite ahondar mucho en la realidad del sector y de las condiciones de salud del país, si es que aceptamos que medir las condiciones de salud implica analizar una serie de factores económicos, sociales, ambientales, etc. En este sentido la utilización reiterada de los indicadores tradicionales no arroja luz sobre el problema.

- En los últimos planes se insinúa que el problema de la salud efectivamente no es algo que incumba exclusivamente al sector, pero en ninguna parte se especifica cómo debe ser el paso del nivel sectorial al nivel general del problema.

- Reiteradamente se repite en los planes que los principales problemas de salud se localizan en aquellos sectores de escasos recursos, tanto rurales como urbanos. Esta reiteración hace pensar que las políticas sanitarias han fracasado, puesto que se persiguen metas cuantificadas que nunca se alcanzan.

- Otro aspecto en el cual se insiste invariablemente es el del Saneamiento Ambiental y el de la importancia de lo preventivo sobre lo curativo para ayudar a solucionar los problemas de salud. Sin embargo, tal como se expuso en el punto II, esto no se traduce en el destino del Gasto Público en Salud.

- Otra incoherencia Plan-Gasto Público en Salud se observa cuando se leen lo importante que parece ser la construcción de edificios para la atención médica y los escasos recursos que se destinan a gastos de ca



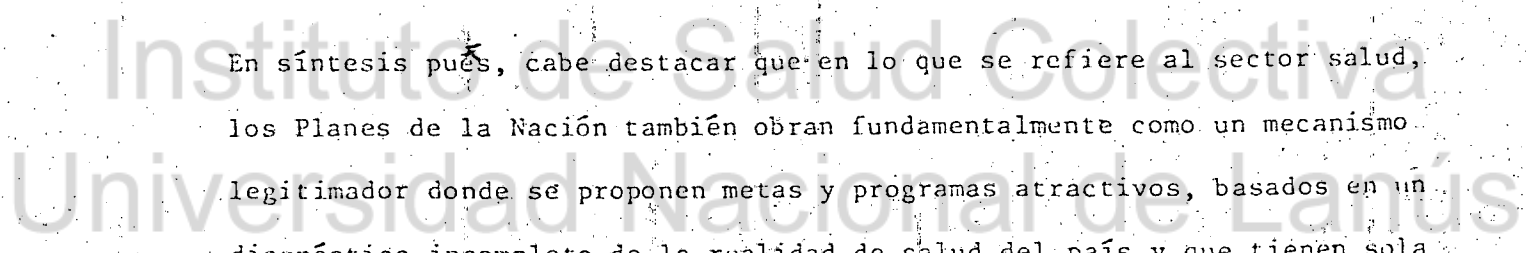
pital en el subsector público.

- Se hace hincapié en la necesidad de favorecer la reproducción de la fuerza de trabajo (Programa materno-infantiles) y de protección de la fuerza de trabajo (aumento de cobertura del IVSS). No obstante lo anterior, no existe un plan coherente, a nivel nacional, de prevención de las enfermedades laborales y más allá aún, un diagnóstico y un plan de acción que permita contrarrestar el impacto de la contaminación ambiental sobre las condiciones de salud de la población en general.

- El Servicio Nacional de Salud (SNS) es propuesto desde el IV Plan como la solución para los problemas de salud de nuestro país. Tal proposición obviamente es coherente con la importancia que se le da al diagnóstico administrativo. No obstante en una década se ha avanzado escasamente en la concreción de dicha proposición. Hoy, cuando reposa un anteproyecto de Ley en el Parlamento, no parece que el SNS tuviera más viabilidad que hace diez años. Lo anterior nos debe hacer pensar que en esta proposición de los gobiernos de turno existe más que una intención de legitimación de sus actividades que una política coherente en este sentido. Otra proposición contenida en los Planes, y que apunta en la misma dirección de legitimar la acción estatal es la de la participación popular en el sector ; participación que nunca se ha concretado y que en el mejor de los casos será limitada y controlada desde el Estado.

En síntesis pues, cabe destacar que en lo que se refiere al sector salud, los Planes de la Nación también obran fundamentalmente como un mecanismo legitimador donde se proponen metas y programas atractivos, basados en un diagnóstico incompleto de la realidad de salud del país y que tienen sola

mente una traducción parcial en la realidad, *tal como se desprenderá del análisis del Gasto Público a Salud que se desarrolla a continuación.*



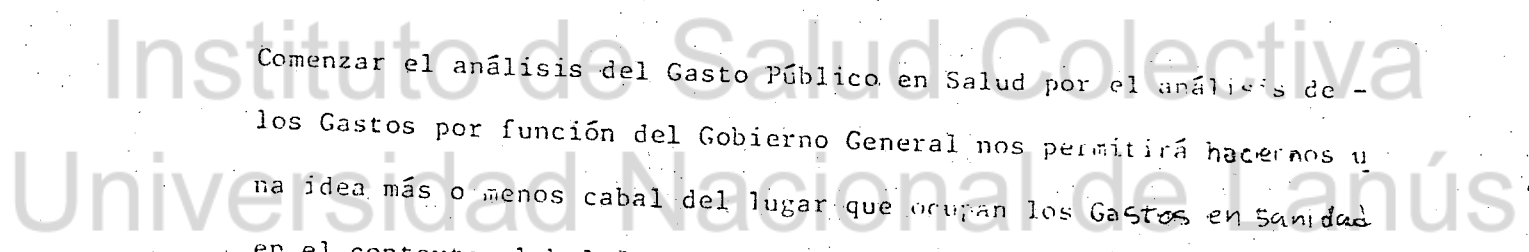
2.2.- Gato Público en Salud y su relación con los Gastos Totales del Estado.

Habiendo definido ya en el punto 1.4 lo que se entiende por Gasto Público en salud, iniciaremos este acápite diferenciando lo que son -- Gastos de Sanidad del Gobierno General, de lo que es el Presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Los Gastos de Sanidad del Gobierno General comprenden todo lo que se gasta en este rubro por el Gobierno Central, Gobiernos Regionales, - Gobiernos Municipales, Ministerio de Defensa y otras dependencias del Estado, que realizan gastos en sanidad. Este gasto incluye, por supuesto, lo que gasta el MSAS.

El hecho de que exista tal dispersión en el manejo de los Gastos de Sanidad del Gobierno General, dificulta enormemente el seguimiento y la obtención de datos confiables para su análisis. Sin embargo, el MSAS es quien maneja la mayor parte de los recursos que gasta el Gobierno General en sanidad (ver cuadro N°3 ). Es el MSAS quien fija además las políticas del sector. Por esta razón, el análisis que se hará en el punto 2.4 se basará en el Presupuesto de MSAS que nos parece lo suficientemente expresivo de lo que ocurre al interior del sector en cuanto a distribución en partidas.

Comenzar el análisis del Gasto Público en Salud por el análisis de los Gastos por función del Gobierno General nos permitirá hacernos una idea más o menos cabal del lugar que ocupan los Gastos en Sanidad en el contexto global de los gastos gubernamentales.



Cuadro N° 3

36

Relación entre Gastos del MSAS y Gastos en Sanidad  
del Gobierno General (Mill. de Bs.)

AÑO	GASTOS MSAS	GASTOS SANIDAD	GASTOS MSAS/ G. SANIDAD %
1967	734	1188	62
1968	756	1172	65
1969	804	1365	59
1970	877	1272	69
1971	924	1006	92
1972	1020	1261	81
1973	1005	1470	68
1974	1426	1877	76
1975	1713	2495	69
1976	2152	2953	73
1977	2652	3636	73
1978	2861	3834	75
1979	3116	3714	84

Fuente: <sup>8CV</sup> Cálculos propios de porcentajes G. MSAS/Gastos Sanidad.

36

En el cuadro N°4 hemos resumido los gastos por función del Gobierno General en el último decenio. Se puede apreciar que el Gasto Total ha crecido con una tasa del 15,9% anual y los respectivos números índices reflejan la velocidad del crecimiento de dicho gasto.

Si observamos las otras columnas podemos apreciar que hay tres de ellas (Defensa, Gastos Sociales y Gastos Económicos) que crecen a una velocidad menor y con una tasa de incremento inferior a la de los Gastos Totales. Sólo los gastos en Servicios, y sobre todo los dedicados a Otras Finalidades, crecen a una velocidad mayor y con una tasa de incremento anual superior a los Gastos Totales.

Los Servicios incluyen a la Administración General (que es la que insu-me la mayor parte de los gastos en esta función y crece a un ritmo mayor), Asuntos Exteriores, Orden Público y Seguridad (que es el otro gran insumidor de recursos en esta función) e Investigaciones Generales.

La función Otras Finalidades incluye Intereses de la Deuda Pública, Amortización de la Deuda Pública, Deuda Administrativa, Adquisición de Activos Financieros, Fondo de Financiamiento a la Exportaciones y Fondos de Financiamiento a la OPEP. Son los primeros tres rubros los que presentan un crecimiento mayor en el decenio 1970-79 (ver cuadro N°5)

Ahora estamos en condiciones de apreciar donde se inscriben y con que magnitud los Gastos en Sanidad del Gobierno General. Para ello basta observar el cuadro N°6. Allí podemos apreciar con mucha claridad como los Gastos Sociales han ido creciendo a una velocidad menor que los

Cuadro N° 4

Castos por Función del Gob. Gral

(Mill. de Bs.)

AÑO	SERVICIOS*	i	DEFENSA	i	SOCIALES**	i	ECONOMICOS***	i	OTRAS FINALIDADES****	i	TOTAL	i
1970	1472	100	901	100	5551	100	3568	100	840	100	12332	100
1971	1612	110	1164	129	5866	106	3833	107	1496	178	13971	113
1972	1951	133	1311	146	6625	119	4010	112	1165	139	15062	122
1973	2133	145	1368	152	7548	136	4909	138	1428	170	17386	141
1974	2957	201	1949	216	10095	182	25548	716	2938	350	43487	353
1975	4122	280	2304	256	12284	221	21242	595	2262	269	42214	342
1976	4652	316	1925	214	15538	280	17561	492	5130	611	44806	363
1977	5749	391	2430	270	19089	344	22252	624	7718	919	57238	464
1978	6572	446	2681	298	19685	355	18222	511	10107	1203	57267	464
1979	6896	468	3005	334	19439	350	11019	309	13496	1607	53855	437
Tasa de incremento	16,7		12,8		13,4		11,9		32		15,9	

Fuente BCV

\* Incluye: Administración General, Asuntos Exteriores, Orden Público y Seguridad e Investigación General.

\*\* Incluye: Educación, Sanidad, Seguridad y Asistencia Social, Vivienda y Ordenación Urbana y Rural, Otros.

\*\*\* Incluye: Administración General, Reglamentación e Investigación, Agricultura, Silvicultura, Caza y Pêche, Minería, Industria Manufacturera y Construcción, Electricidad, Gas y Agua, Vías Terrestres, Vías Navegables Interiores y Costeras, Otros Transportes y Comunicaciones, Otros Servicios Económicos.

\*\*\*\* Incluye: Intereses de la Deuda Pública, Amortización de la Deuda Pública, Deuda Administrativa, Adquisición de Activos Financieros, Fondo de Financiamiento a las Exportaciones y Fondo de Financiamiento de la OPEP.

A — V — 9  
**GASTOS POR FUNCION DEL GOBIERNO GENERAL**  
 (Millones de Bolívares)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979(*)
<b>Servicios</b>	<b>1.472</b>	<b>1.612</b>	<b>1.951</b>	<b>2.133</b>	<b>2.957</b>	<b>4.122</b>	<b>4.652</b>	<b>5.749</b>	<b>6.572</b>	<b>6.896</b>
Administración General	847	1.052	1.255	1.411	1.772	2.721	2.881	3.553	4.327	4.576
Asuntos Exteriores	75	84	88	109	387	292	382	640	375	332
Orden Público y Seguridad	520	445	556	557	732	1.007	1.261	1.416	1.729	1.845
Investigación General	30	31	51	56	66	102	128	140	141	143
<b>Defensa</b>	<b>901</b>	<b>1.164</b>	<b>1.311</b>	<b>1.368</b>	<b>1.949</b>	<b>2.304</b>	<b>1.925</b>	<b>2.430</b>	<b>2.681</b>	<b>3.005</b>
<b>Sociales</b>	<b>5.551</b>	<b>5.866</b>	<b>6.625</b>	<b>7.548</b>	<b>10.095</b>	<b>12.284</b>	<b>15.538</b>	<b>19.089</b>	<b>19.685</b>	<b>19.439</b>
Educación	2.227	2.383	2.836	3.235	4.236	5.754	6.495	7.997	8.636	9.588
Sanidad	1.272	1.106	1.261	1.470	1.877	2.495	2.953	3.636	3.834	3.714
Seguridad y Asistencia Social	1.418	1.510	1.576	1.677	1.809	2.485	2.998	3.243	3.754	3.523
Vivienda y Ordenación Urbana y Rural	503	714	751	944	1.903	1.121	2.604	3.650	2.735	1.934
Otros Servicios Sociales para la Comunidad	131	153	201	222	270	429	488	563	726	680
<b>Económicos</b>	<b>3.568</b>	<b>3.833</b>	<b>4.010</b>	<b>4.909</b>	<b>25.548</b>	<b>21.242</b>	<b>17.561</b>	<b>22.252</b>	<b>18.222</b>	<b>11.019</b>
Administración General, Reglamentación e Investigación	134	113	94	110	120	171	226	238	204	282
Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca	1.132	1.308	1.159(a)	1.620(a)	4.307	4.916	4.824	4.774	3.697	3.678
Minería, Industria Manufacturera y Construcción	637	698	790	1.009	4.271	4.789	7.905	4.215	2.421	2.195
Electricidad, Gas y Agua	360	349	332	459	1.314	739	1.105	5.245	5.509	7.716
Vías Terrestres	827	644	1.091	1.051	1.381	1.679	2.062	3.164	2.445	2.081
Vías Navegables Interiores y Costeras	148	145	159	175	225	285	306	1	39	128
Otros Transportes y Comunicaciones	313	349	354	426	831	1.047	1.002	1.868	2.698	1.718
Otros Servicios Económicos	17	27	31	49	13.099	7.616	131	2.747	209	221
<b>Otras Finalidades</b>	<b>840</b>	<b>1.496</b>	<b>1.165</b>	<b>1.428</b>	<b>2.938</b>	<b>2.262</b>	<b>5.130</b>	<b>7.718</b>	<b>10.107</b>	<b>13.496</b>
Intereses de la Deuda Pública	166	189	164	190	206	301	762	1.007	2.068	3.300
Amortización de la Deuda Pública	163	702	411	433	537	259	2.053	3.195	2.495	4.328
Deuda Administrativa	73	118	86	127	192	178	169	123	146	1.362
Adquisición de Activos Financieros	438	487	504	678	1.953	1.474	1.846	3.343	5.298	4.506
Fondo de Financiamiento a las Exportaciones	—	—	—	—	50	50	100	50	100	—
Fondo de Financiamiento a la OPEP	—	—	—	—	—	—	200	—	—	—
<b>Total</b>	<b>12.332</b>	<b>13.971</b>	<b>15.062</b>	<b>17.386</b>	<b>43.487</b>	<b>42.214</b>	<b>44.806</b>	<b>57.238</b>	<b>57.267</b>	<b>53.855</b>

(a) Incluye transferencias netas de capital del IAN por Bs. 94 millones y Bs. 291 millones, respectivamente.

Fuente: B.C.V.

Cuadro N° 6

Relación entre Gastos Totales, Gastos Sociales y Gastos de Sanidad  
(mill. de Bs.)

Años	Gastos Totales	i	Gastos Sociales	i	$\frac{\text{Cast. Soc.}}{\text{Cast. Total}}$	Gastos Sanidad	i	Sanidad/Gasto Total	Sanidad/Gasto Soc.
					%				
1970	12332	100	5551	100	45	1272	100	10.3	22.9
1971	13971	113	5866	106	42	1106	87	7.9	18.9
1972	15062	122	6625	119	44	1261	99	8.4	19.0
1973	17386	141	7548	136	43	1470	116	8.5	19.5
1974	43487	353	10095	182	23	1877	148	4.3	18.6
1975	42214	342	12284	221	29	2495	196	5.9	20.3
1976	44806	363	15538	280	35	2953	232	6.6	19.0
1977	57238	464	19089	344	33	3636	286	6.4	19.0
1978	57267	464	19685	355	34	3834	301	6.7	19.5
1979	53855	437	19439	350	36	3714	292	6.9	19.1
Tasa de incremento	15,9		13,4			11,3			

Fuente: BCV y cálculos propios de los porcentajes.

Gastos Totales y con una tasa de incremento menor. Los Gastos Sociales - significaban el 45% de los Gastos Totales en 1970. Entre 1976 y 1979 su porcentaje oscila entre el 33% y el 36%.

Algo similar ocurre con los Gastos en Sanidad que crecen a un ritmo aún menor, con una tasa de incremento anual inferior a los Gastos Sociales. En 1970 los Gastos en Sanidad eran del 10,3% del Gasto Total y del 22,9% de los Gastos Sociales. En 1979 el porcentaje había disminuído a 6,9% y 19,1%.

Es evidente que una explicación para este fenómeno está dada por la mayor importancia que se le ha dado a otros sectores a los cuales se destina el Gasto Público. Concretamente, en este decenio ha crecido la Deuda Pública más que ninguna otra <sup>variable</sup> ~~variable~~. Son los sectores a los cuales se destinan la Deuda los que se han visto privilegiados por la política de gasto del Estado venezolano en los últimos años.

~~En la parte de los~~ <sup>Mientras tanto,</sup> los Gastos Sociales y específicamente los Gastos en Sanidad han visto decrecer su importancia. Hipótesis explicativas de esta situación <sup>se</sup> ~~se~~ irán entregando a lo largo del trabajo a medida que <sup>se</sup> profundicen en el conocimiento del Gasto Público en salud y de los indicadores que nos permitan medir su eficiencia.

Sin embargo, el Gasto de Sanidad per cápita ha ido creciendo en el país, tal como queda reflejado en el Cuadro N°7. Que este crecimiento se revierta o no en una mejoría de las condiciones de salud de la población se analizará en el punto 2.5.



Cuadro N°5

## GASTO EN SANIDAD PER CAPITA

Años	Población (en miles)	Gasto en Sanidad (mill. de Bs.)	Gasto per cápita (Bs. por habitante)
1967	9352	1188	127
1968	9686	1172	121
1969	10035	1365	136
1970	10399	1272	122
1971	10721	1106	103
1972	11149	1261	113
1973	11269	1470	130
1974	11631	1877	161
1975	11993	2495	208
1976	12361	2953	239
1977	12736	3636	285
1978	13121	3834	292
1979	13515	3714	275
		3186	
		2431	

Fuente: OCEI, BCV.

- 2.3.- Gastos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y su relación con los Gastos en Sanidad del Gobierno General.

Habiendo ubicado en el punto 2.2 los Gastos en Sanidad del Gobierno General con relación al resto del Gasto Público, en este ítem queremos ~~añon-~~dar en la relación entre los Gastos del Ministerios de Sanidad y Asisten

ría

cia Social y los Gastos en Sanidad del Gobierno General . Al respecto --  
ver cuadro N° 8 .

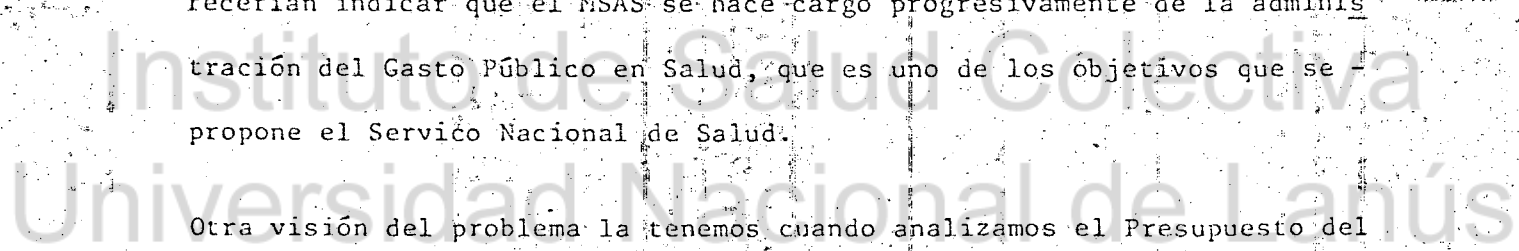
El análisis comienza en el año 1967 debido a un cambio en la metodología usada para el cálculo de estas cifras por parte del Banco Central de Venezuela, lo cual hace que no sea posible comparar estas cifras con las de años anteriores.

Lo más resaltante de esta relación es la constatación de que lo que gasta el MSAS corresponde a mucho más del 50% de los Gastos Globales en Sanidad del Gobierno General. Aunque hasta el año 1974 los porcentajes oscilan grandemente entre el 59% (1969) y el 92% (1971), a partir del año 1975 creemos observar una tendencia creciente hacia la centralización del Gasto en Sanidad en el MSAS.

Esta centralización podría deberse a una política específica del Estado venezolano para centralizar el gasto que realiza en sanidad, evitando así su dispersión. Esto se podría inscribir dentro de una política de racionalización del Gasto Público en salud, de confirmarse esta tendencia en los años venideros. En teoría, una administración centralizada debería -- disminuir los gastos.

Otra implicancia importante habría que verla a la luz del proyecto del Servicio Nacional de Salud, puesto que las cifras de los últimos años parecerían indicar que el MSAS se hace cargo progresivamente de la administración del Gasto Público en Salud, que es uno de los objetivos que se propone el Servicio Nacional de Salud.

Otra visión del problema la tenemos cuando analizamos el Presupuesto del Ministerio de Sanidad en relación al Presupuesto Nacional. En este caso



Cuadro 1-8

Relación entre Gastos del MSAS y Gastos en Sanidad  
del Gobierno General (Mill. de Bs.)

AÑO	GASTOS MSAS	GASTOS SANIDAD	GASTOS MSAS/ G. SANIDAD %
1967	734	1188	62
1968	756	1172	65
1969	804	1365	59
1970	877	1272	69
1971	924	1006	92
1972	1020	1261	81
1973	1005	1470	68
1974	1426	1877	76
1975	1713	2495	69
1976	2152	2953	73
1977	2652	3636	73
1978	2861	3834	75
1979	3116	3714	84

Fuente: UCV. Cálculos propios de porcentajes G.MSAS/Gastos Sanidad.

46  
K

sí contamos con las cifras desde 1962. Observando el cuadro N° 8, podemos inferir que se confirman las tendencias que señalábamos cuando comparábamos Gastos en Sanidad con Gasto Total. El Presupuesto Nacional crece a una velocidad superior al Presupuesto del MSAS e igualmente la tasa de incremento anual es mayor para el Presupuesto Nacional que para el Presupuesto del MSAS (12,11% y 11,53% respectivamente para el lapso comprendido entre el año 1962 y 1979). Un reflejo de esto es que mientras en la primera década de este análisis la relación Presupuesto MSAS/Presupuesto Nacional o si se quiere el porcentaje que corresponde al Presupuesto dentro del MSAS dentro del Presupuesto Nacional va creciendo, en la segunda década (1970-79) esta proporción comienza a bajar tendencialmente. Hacemos notar que a efectos del análisis deben excluirse los años 1974-75, pues en ellos el Presupuesto Nacional casi se triplicó dando para el MSAS un porcentaje muy bajo.

Sin embargo esto último se puede deducir que en el momento en que los ingresos del Estado aumentaron extraordinariamente, dentro del Presupuesto Nacional fueron destinados mayoritariamente a financiar otros proyectos, sin que se reflejara este aumento en el Presupuesto del MSAS que siguió creciendo a las tendencias históricas (ver gráfico N° 1).

#### 2.4.- Análisis del destino del Presupuesto del MSAS y de la distribución de su gasto.

Para poder realizar un análisis ordenado de las partidas presupuestarias asignadas al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, estas han sido condensadas en los siguientes rubros: Dirección Superior y Administración, Medicina Preventiva, Medicina Curativa, Malariología y Saneamiento Ambien

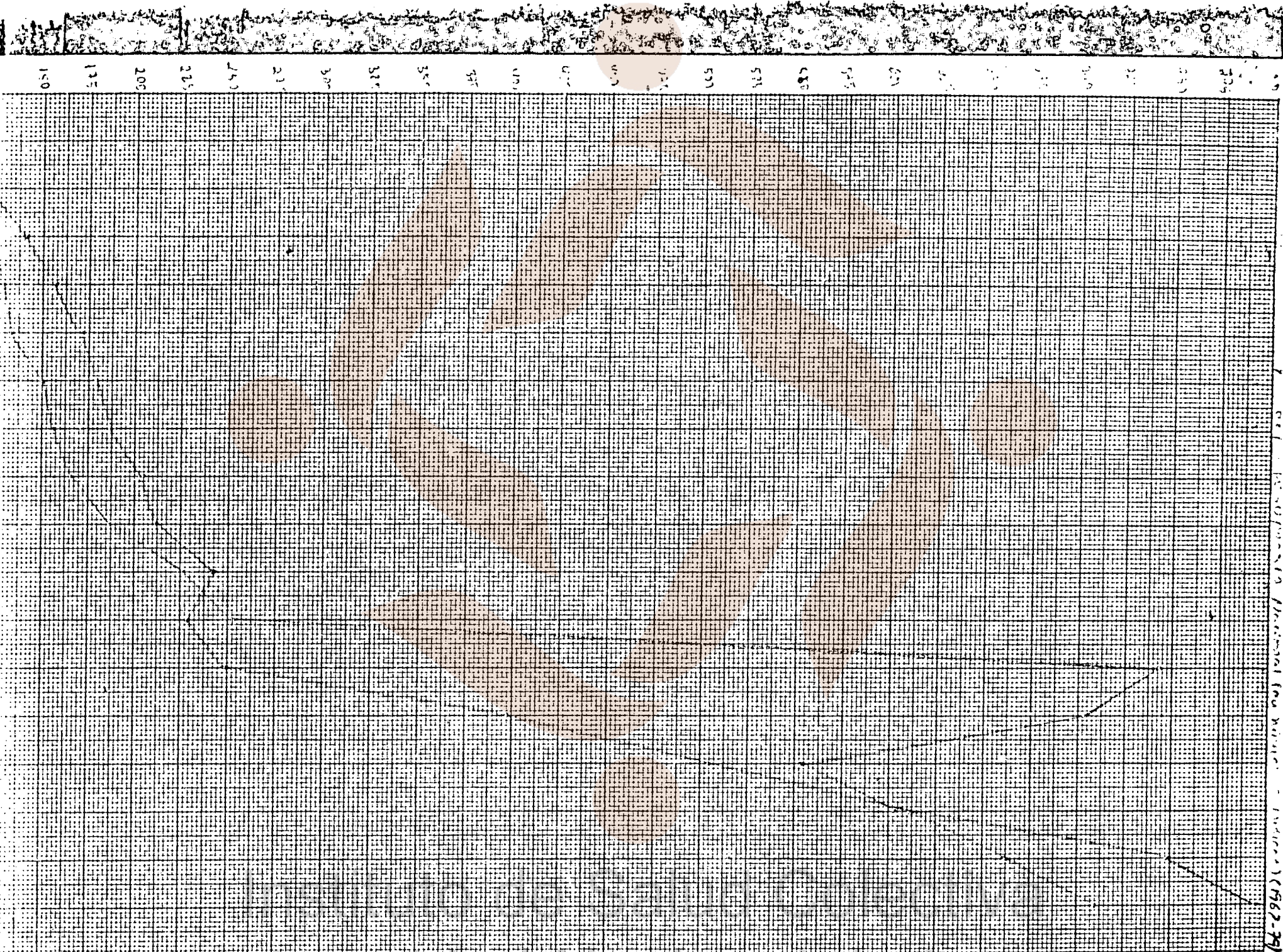
Cuads N° 9

RELACION ENTRE EL PRESUPUESTO DEL MSAS Y EL PRESUPUESTO NACIONAL  
(1962-1979)

Año	Presupuesto Nacional		Presupuesto MSAS		Presupuesto MSAS/Presupuesto Nacional
	i	i	i	i	
1962	5942	100	430	100	7.2
1963	6225	105	494	115	7.9
1964	6349	107	527	123	8.3
1965	7260	122	625	145	8.6
1966	7852	132	685	159	8.7
1967	8186	138	734	171	9.0
1968	8965	151	771	179	8.6
1969	9280	156	802	187	8.6
1970	9886	166	880	205	8.9
1971	10988	185	907	211	8.3
1972	13412	226	1034	240	7.7
1973	15042	253	981	228	6.5
1974	44000	740	1078	251	2.5
1975	42000	707	1715	399	4.1
1976	33000	555	2175	506	6.6
1977	35836	603	2632	612	7.3
1978	44480	759	2847	662	6.4
1979	46541	783	3065	713	6.6
Tasa de incremento	12,14		11,53		

Fuente: GROSSI: Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971

" : Cálculos del presupuesto del MSAS para los años 1972-1978.



1962-29-518  
 Universidad Nacional de Lanús

tal, ~~Ag~~untos Sociales e Institutos Autónomos. Para ello hemos seguido el excelente ensayo de Renato Grossi: "Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971", complementado con cálculos <sup>realizados por el base</sup> de los años 1972-1978 - ~~realizados por el mismo autor~~ <sup>de este trabajo</sup> y facilitados a los autores. El desglose del presupuesto correspondiente al año 1979 fue calculado por ~~nosotros~~ <sup>nosotros</sup> en base a la metodología utilizada por Grossi (y reseñada en el ensayo citado) obteniendo las cifras de la Ley de Presupuesto de 1979 editada por la Oficina Central de Presupuesto (OCEPRE).

Se ha debido partir del año 1962 pues el presupuesto del año anterior --viene subdividido en lo que corresponde a 1960-1961 y segundo semestre - 1961 y no ha sido posible discriminar lo que corresponde exclusivamente a 1961.

Bajo el título "Dirección Superior Y Administración" se ha colocado lo que corresponde específicamente a ello, mas rubros generales como "Propaganda y Publicaciones", "Gastos Generales del Ministerio", "Acreencias no --Prescritas" y otros.

Aunque Malariología y Saneamiento Ambiental y Medicina Preventiva en un sentido estricto son ambas actividades dedicadas a la prevención, se las ha separado en base al siguiente criterio: lo que se denomina Medicina Preventiva comprende las acciones preventivas específicas dirigidas a los componentes individuales de un conjunto de habitantes (como por ejemplo, la vacunación) y lo que se denomina Malariología y Saneamiento Ambiental comprende aquellas acciones horizontales con amplia cobertura de habitantes y al mismo tiempo contra diferentes daños (como por ejemplo un acueducto rural o una red cloacal



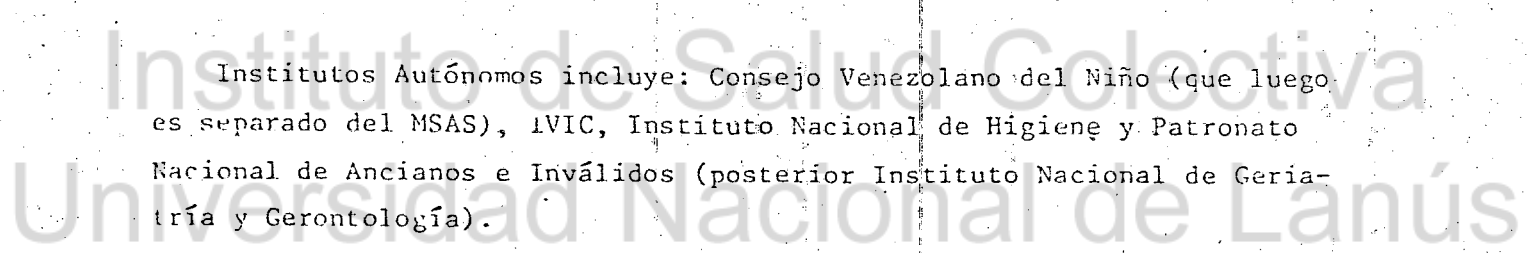
Lo que Grossi denomina "Servicios Comunes Centrales de Salud Pública" y que comprende las Divisiones de Farmacia, Veterinaria de Salud Pública, Enfermería, Demografía, Epidemiología y Estadística, Laboratorio, Anatomía Patológica y Docencia e Investigaciones se ha asignado en nuestro cuadro a Medicina Preventiva y Medicina Curativa de acuerdo al peso porcentual que cada una de ellas tiene dentro del presupuesto global del MSAS. Esa metodología se ha seguido hasta el año 1974. Para los años siguientes en que el rubro a repartir ya venía incluido en los dos tipos de Medicina se ha aceptado el criterio de Grossi que le asignó un 15% a Medicina Preventiva y un 85% a Medicina Curativa, lo cual respeta las tendencias históricas.

Bajo el título "Medicina Preventiva" se incluyen los Servicios Locales de Salud Pública como las Unidades Sanitarias (menos los que estando adscritos a ellas desarrollan actividades de Saneamiento Ambiental, lo cual se suma en la columna correspondiente), Medicaturas Rurales, las Divisiones de Educación Sanitaria, Venereología, Fiebre Amarilla y Peste, Materno Infantil, Higiene Escolar, Odontología Sanitaria, Higiene del Adulto, Higiene Mental, Nutrición y los Servicios Locales de Lepra.

En "Medicina Curativa" se incluyen Centros de Salud, Hospitales Generales y Especiales y las Divisiones de Hospitales, Tuberculosis y Lepra.

En "Saneamiento Ambiental" se incluyen Control de Construcciones, Control de Fábricas y Alimentos, Control de Riesgos Industriales, Construcción de Letrinas y Dispensarios Antibilharzianos; las Divisiones de Ingeniería Sanitaria, Malariología (ahora "Endemias Rurales"), Anquilostomiasis y Otras HelminCIAS, Viviendas Rurales y Acueductos Rurales. Se incluyen también otros programas menores cuya implementación corre por cuenta de la División de Malariología y Saneamiento Ambiental.

Institutos Autónomos incluye: Consejo Venezolano del Niño (que luego es separado del MSAS), IVIC, Instituto Nacional de Higiene y Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos (posterior Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología).



(1)° 10 y 11)

Un estudio de los cuadros adjuntos <sup>(1)° 10 y 11)</sup> permite establecer el peso relativo de cada uno de los rubros dentro del presupuesto y cuales han sido sus comportamientos en las últimas décadas. Este estudio nos permitirá observar tendencias que necesariamente son el reflejo de las políticas sanitarias del Estado venezolano.

La Dirección Superior y Administración insume, a lo largo de estos años, entre el 6% y el 11% del total del presupuesto del MSAS. La velocidad de crecimiento de su presupuesto (números índices) es alta, pero inferior a la del presupuesto del MSAS salvo el año 1979. Sin embargo la tasa de incremento anual es de 12,4%, superior a las del presupuesto global que es del 11,5% anual.

El presupuesto destinado a la Medicina Preventiva ha crecido a una velocidad y con una tasa de incremento anual inferior a la del Presupuesto del MSAS, llegando a estabilizarse su participación en el presupuesto del Ministerio en los últimos cinco años del análisis en un 10% del total.

No ocurre lo mismo en el caso de la Medicina Curativa, que ha visto crecer, lo que se le destina, a una velocidad mayor que el presupuesto del MSAS - en las dos últimas décadas, constituyéndose así en la actividad privilegiada de hecho (ya que no en el discurso\*) del MSAS, llegando a acaparar la mitad de la dotación presupuestaria de este ministerio.

Si eso ocurre con la Medicina Curativa, las cifras destinadas a Malariología y Saneamiento Ambiental son las que menos crecen, es decir, lo hacen a un ritmo inferior al de todos los otros rubros y actividades de este ministerio, constituyéndose en la Cenicienta en cuanto a la dotación presupuestaria, la que otrora fuera reina de este conjunto. Su participación -

dentro del presupuesto decrece a un 22% en 1963 a un 8% en 1979. (60% en 1979)

\* Ver al respecto lo comentado en Temas a las propuestas de los Planes de la Nación en el punto 2.1

Cuadro N°10

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD  
Y ASISTENCIA SOCIAL  
(mill. de Bs.)

Años	Pres. MSAS	%SAS	Direc. Sup. y Admon.	%SAS	Medicina Prevent.	%SAS	Medicina Curativa	%SAS	Malariol. Sanea. Amb.	%SAS	Asunt. Social.	%SAS	Inst. Aut.	%SAS
1962	430	100	37	9	50	12	161	37	75	17	14	3	93	21
1963	494	100	40	8	53	11	180	36	109	22	17	3	96	19
1964	527	100	44	8	48	9	218	41	97	18	18	3	101	19
1965	625	100	39	6	89	14	229	37	125	20	18	3	125	20
1966	685	100	38	6	81	12	264	38	140	20	20	3	144	21
1967	734	100	47	6	85	12	285	39	145	20	21	3	151	21
1968	771	100	48	6	89	12	329	43	133	17	21	3	153	20
1969	802	100	47	6	89	11	348	43	133	17	21	3	165	21
1970	880	100	52	6	108	12	396	45	127	14	22	2	176	20
1971	907	100	73	8	74	8	410	45	118	13	23	3	208	23
1972	1034	100	96	9	80	8	449	43	130	13	27	3	253	24
1973	981	100	110	11	78	8	481	49	128	13	29	3	155	16
1974	1078	100	82	8	115	11	558	52	132	12	29	3	160	15
1975	1715	100	129	8	169	10	875	51	208	12	40	2	294	17
1976	2175	100	163	7	216	10	1132	52	249	11	66	3	351	16
1977	2632	100	225	9	252	10	1308	50	254	10	89	3	504	19
1978	2847	100	179	6	281	10	1506	53	248	9	93	3	539	19
1979*	3065	100	302	10	298	10	1552	51	252	8	101	3	560	18

Fuente: R. Grossi: Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971.

R. Grossi: Cálculo del presupuesto del MSAS para los años 1972-1978.

\* Cálculos propios en base a la Ley de Presupuesto de 1979 (editada por OCEPRE).

Cuadro N°11

## VELOCIDAD DE CRECIMIENTO DEL PRESUPUESTO DEL MSAS

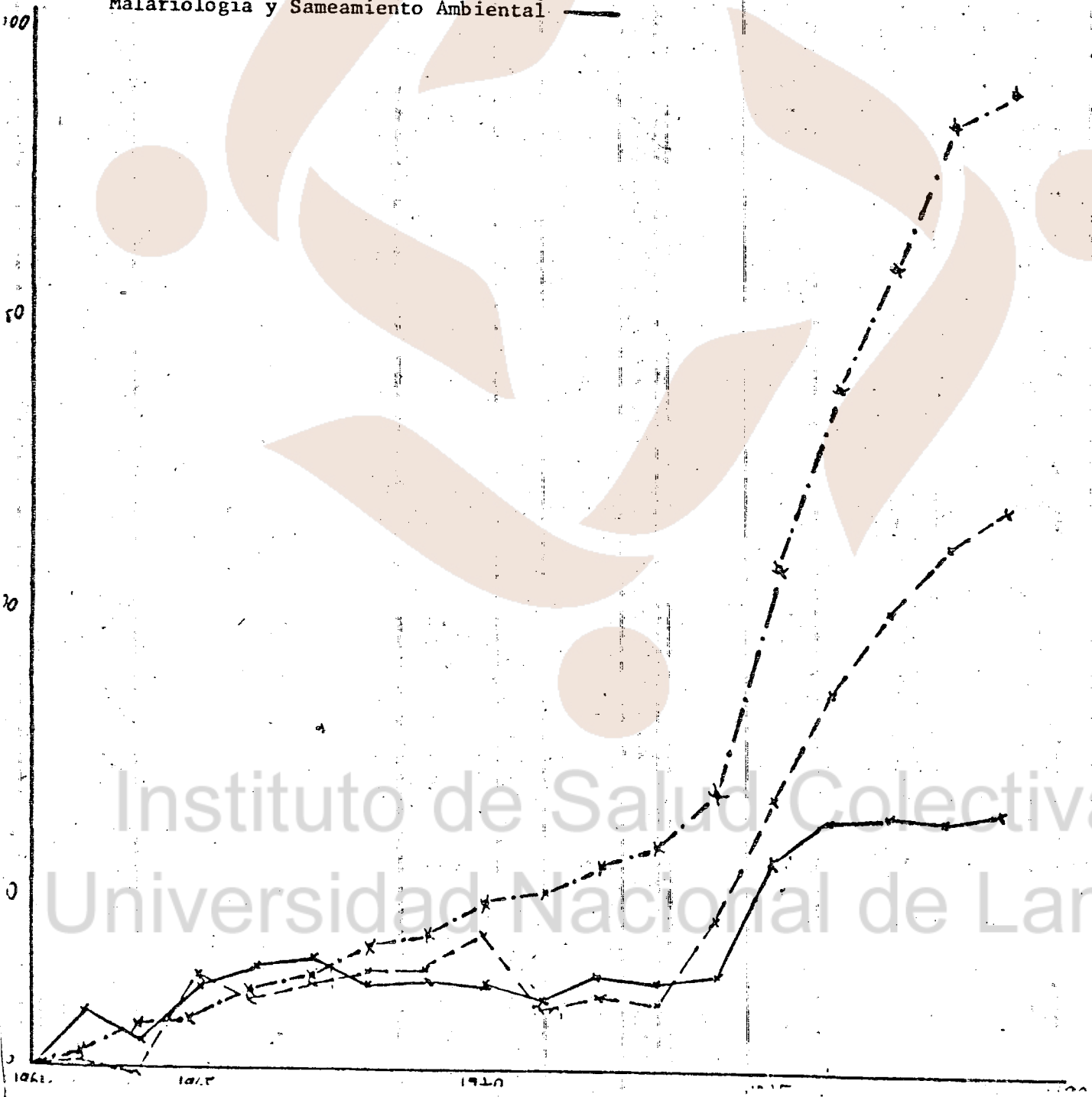
SEGUN ACTIVIDAD (en números índices)

Año	1962=100 Presup. MSAS	1962=100 Direc. Sup. y Admon.	1962=100 Medicina Preventiva	1962=100 Medicina Curativa	1962=100 Malariaología y Saneam. Ambient.	1962=100 Asuntos Sociales	1962=100 Institutos Autónomos
1962	100	100	100	100	100	100	100
1963	115	108	106	112	145	121	103
1964	123	119	96	135	129	129	109
1965	145	105	179	142	167	129	134
1966	159	103	162	164	187	143	155
1967	171	127	170	177	193	150	162
1968	179	130	178	204	177	150	165
1969	187	127	178	216	177	150	177
1970	205	141	216	246	169	157	189
1971	211	197	148	255	157	164	224
1972	240	259	160	279	173	193	272
1973	228	297	156	299	171	207	167
1974	250	222	230	347	176	207	172
1975	399	340	338	543	277	286	316
1976	506	441	432	703	332	471	377
1977	612	608	504	812	339	636	542
1978	662	484	562	935	331	664	580
1979	713	816	596	964	336	721	602

Cálculos propios de los números índices.

Crecimiento de los presupuestos de Medicina Curativa,  
Medicina Preventiva y Malariología y Saneamiento  
Ambiental (1962 - 1979)  
(números índices)

Medicina Curativa - · - -  
Medicina Preventiva - - -  
Malariología y Saneamiento Ambiental - —



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

Los Asuntos Sociales del Ministerio sólo llevan un 3% del presupuesto y el ritmo de crecimiento de su presupuesto ha sido similar a la del presupuesto general del ministerio.

Finalmente, lo que el MSAS destina a los Institutos Autónomos bajo su jurisdicción oscila alrededor del 20% del total del presupuesto del Ministerio, creciendo su dotación presupuestaria a una tasa anual ligeramente inferior a la del presupuesto total de esta cartera gubernamental.

Hasta aquí nos hemos limitado a la descripción de algunas tendencias históricas que se desprenden del análisis de las cifras. A continuación intentaremos algunas explicaciones a ellas.

Indudablemente al salud pública venezolana ha dado un giro en los últimos casi 20 años que abarca este trabajo. Ese giro no siempre se manifiesta en los discursos oficiales, que siguen insistiendo <sup>(en su)</sup> que una de las tareas fundamentales del estado venezolano debe ser la de preservar la salud del pueblo, ocupándose ~~fundamentalmente~~ <sup>prioritariamente</sup> de sus aspectos preventivos. Sin embargo la realidad que muestran las cifras es otra.

..."Dedicar especial atención a la medicina preventiva incluyendo el estudio y desarrollo de nuevas técnicas de prevención y la revisión de los costos de las actividades que actualmente se realizan en este campo con el fin de aumentar su productividad" (27)

"Garantizar a la población una prestación de servicios accesibles, oportuna e integral, con énfasis preventivo y de alta calidad".

"Se dará prioridad a las actividades preventivas y de diagnóstico precoz de los daños a la salud, en los servicios ambulatorios de todos los establecimientos existentes". (28)

(27) CORDIPLAN. IV Plan de la Nación 1970-1974

(28) CORDIPLAN. VI Plan de la Nación 1979-1984

El discurso del ministro de SAS reza de la siguiente manera:

"Propósitos de trabajo para 1980":

"En el área de atención médica, es propósito el mejoramiento de los servicios de salud pública, tanto en su aspecto funcional y dotación como de mantenimiento.

La disminución de las enfermedades transmisibles prevenibles o no por medios biológicos;

Optimizar los programas dirigidos a la madre y al niño;

Ampliar los programas orientados a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer;

Integrar el Programa de Prevención de Accidentes (Creación del Consejo Nacional de Accidentes);

En los programas de endemias y saneamiento ambiental se iniciará para 1980, una encuesta serológica para evaluar la efectividad de las medidas aplicadas en el control de la enfermedad de Chagas.

Se iniciará el tratamiento MEBENDAZOL, antihelmínico de amplio espectro, en las entidades federales con alta prevalencia de los principales helmintos: áscaris lumbricoides, Trichuris trichura y anquilostomídeos.

Se incrementarán las actividades en el área endémica bilharzigena, con el fin de eliminar el problema en un lapso de 3 años.

57

Se preveen la construcción de 290 acueductos y reacondicionamiento de -- 201 con una inversión total de Bs. 102.512.455,00, la realización de 46 sistemas de cloacas rurales con una inversión de Bs.31.136.550,00 y se aspira realizar 1750 empotramientos con una inversión de Bs. 3.910.500,00 y la construcción de 16.640 viviendas rurales, a un costo total de Bs.--- 299.520.000,00.

En cuanto al control de calidad ambiental, si en esta época de desarrollo acelerado que vive el país no se efectúa un riguroso control sobre los factores que degradan el ambiente, éste incidirá negativamente sobre la salud de los venezolanos y su corrección futura, cuando sea posible, será demorada y extremadamente onerosa.

El presupuesto actual de los programas de control de calidad ambiental no alcanzará durante 1980 para efectuar estudios técnicos ni inspecciones en el campo, si esta situación no es corregida. Durante el año en curso se construirán aproximadamente 100.000 unidades de viviendas, las cuales necesitan control sanitario.

En el programa de control de contaminación atmosférica, para el año en curso se tiene programado instalar una red de vigilancia de la calidad del aire en Caracas, la cual luego será ampliada a ciudades con más de 500.000 habitantes. También se tiene la intención, por primera vez en el país, por una institución oficial, efectuar mediciones directamente en las chimeneas contaminantes.

El aumento demográfico del país, el mejoramiento del standard de vida y la marcada migración a los centros urbanos, hacen cada vez más difícil en ubicar fuentes de agua con capacidad de suministro, no contaminadas y aptas para el consumo humano. De esto se desprende que no sólo se debe continuar con el programa de control de calidad de aguas, sino que debe ampliarse esta actividad, para no tener que lamentar el deterioro difícilmente reversible de las cuencas acuíferas del país.

En el área reorganizativa completar la reestructuración del despacho a fin de adecuarlo a la Ley Orgánica de la Administración Central.

Implementar y ejecutar las estrategias para la organización del Servicio Nacional de Salud, cuyo desideratum final lo constituye la integración, por vía legislativa, de los Servicios de Atención Médica dependientes de los Estados, Municipalidades, Institutos Autónomos y empresas del Estado" (27)

(29) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social "Memoria y Cuenta", año 1979



En el año 1962 la Medicina Curativa sólo insumía alrededor de un tercio de la asignación presupuestaria del MSAS. A fines de la década de los 70, a esta actividad se le asignaba ya ~~el 50% y un poquito más del presupuesto del MSAS.~~ <sup>más del 50% de la misma</sup> Este viraje podría explicarse ~~si pensamos que~~ <sup>a partir de cambios en</sup> el patrón de morbilidad de la población. ~~hacemos~~ análisis que haremos en el punto 2.5. Si <sup>por ejemplo</sup> el patrón de morbi-mortalidad <sup>resulta</sup> de ~~de~~ enfermedades infecciosas a ~~de~~ enfermedades crónicas, este cambio en principio podría justificarse. <sup>(ver cuadro N° 12)</sup> Lo que cabe preguntarse es si efectivamente en Venezuela ya ~~se ha acabado~~ <sup>se han</sup> con las enfermedades de fácil prevención o si éstas siguen siendo una parte importante de las causas de consulta y muerte entre nosotros, y si han surgido otras causas de morbilidad y mortalidad que deben ser enfrentadas con medidas preventivas. Evidentemente estamos ante una definición profunda de la forma como deben ser encaradas por parte del Estado las acciones sanitarias: a través de medidas preventivas o curativas.

En el mismo sentido cabe explicarse la disminución relativa de la dotación presupuestaria de la otrora poderosa División de Malaria y Saneamiento Ambiental. Habiendo sido erradicadas del país enfermedades como la Malaria, parece lógico entender esta disminución. Evidentemente en un momento histórico de nuestro país, ligado a la expansión territorial y petrolera <sup>(30)</sup> estas actividades fueron las centrales de la Sanidad Pública del país, habiendo perdido hoy en día esa relevancia.

(30) "En las áreas subdesarrolladas donde las compañías americanas han ido, han permanecido y logrado desarrollar grandes empresas; uno de los factores principales fue el establecimiento de condiciones de salud en las cuales la gente no solamente pudiera vivir sino también pudiera trabajar..." "El énfasis en la lucha antimalarica se evidencia al observar que, en 1936-37, más del 25% del presupuesto del MSAS correspondía a la dirección de Malaria, el presupuesto estatal para la misma pasó de 258.000Bs., en 1935, a 3 millones de bolívares en 1936-1937." (Renato Grossi, Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971. MSAS. Citado por Pedro L. Castellano, Notas sobre el estado y la salud en Venezuela. p. 13)

→ BROWN, Richard: "Public Health in Latin America", citado por Pedro L. Castellano, Notas sobre el estado y la salud en Venezuela. p. 8

Cuadro N°12

## CAMBIO EN LOS PATRONES DE MORTALIDAD

1960	%	1965	%	1970	%	1975	%	1979	%
1) Enferm peculiares al período perinatal	13,6	(1) Enf. pecul. al período perinatal	15,4	(3) Enf. del corazón.	15,4	(3) Enf. del corazón.	18,4	(3) Enf. del corazón.	20,
2) Enteritis y otras enf. diarreicas *	12,8	(3) Enf. del corazón.	15,2	(4) Cáncer	11,9	(4) Cáncer	12,5	(4) Cáncer	13,
3) Enf. del corazón	12,8	(4) Cáncer	12,1	(2) Enteritis y otras enf. diar.	11,3	(1) Enf. peculiares perinat.	10,8	(1) Enf. peculiares perinat.	13,
4) Cáncer	10,0	(2) Enteritis y otras enf. diar.	9,9	(1) Enf. período perinatal	10,1	(6) Accidentes	10,0	(6) Accidentes	11,9
5) Neumonías	6,9	(6) Accidentes	6,8	(5) Neumonías	8,9	(5) Neumonías	9,0	(7) Lesiones vasculares SNC	8,5
6) Accidentes	5,8	(5) Neumonías	6,2	(6) Accidentes	7,1	(2) Enteritis y enf. diarrei.	8,2	(2) Enteritis y enf. diarrei.	6,4
7) Lesiones vasculares del Sistema Nervioso Central	4,2	(7) Lesiones vasculares del Sist. Nerv. Central	5,8	(7) Lesiones vasculares del Sist. Nerv. Central	6,0	(7) Lesiones vasculares Sis. Nerv. Central	7,1	(5) Neumonías	6,3
8) Tuberculosis	3,9	(8) Tuberculosis	3,4	(10) Malformaciones Congénitas	2,6	(10) Malformacion. congénitas	2,8	(10) Malformaciones congénitas	2,8
9) Suicidios y Homicidios	1,8	(9) Suicidios y homicidios	2,3	(8) Tuberculosis	2,5	(-) Diabetes	2,6	(9) Suicidios y homicidios	2,7
10) Malformaciones congénitas	1,8	(10) Malformaciones congénitas	2,2	(9) Suicidios y homicidios	2,1	(-) Septicemia	2,3	(-) Diabetes	2,7

fuente: Anuarios Estadísticos del MSAS

Nota: Los números entre paréntesis indican el orden que ocupaba la causa de muerte en el año 1960.

\* No incluye las enfermedades diarreicas del recién nacido.

Ahora bien, privilegiar de hecho las actividades curativas (suma que se eleva si pensamos que uno de los institutos autónomos es el Hospital Universitario de Caracas), significa asumir acciones de salud que son -- más costosas. Una consulta médica es más cara que un acto de vacunación o una desinfección con DDT de una casa, para no hablar de intervenciones quirúrgicas y otros actos médicos más caros aún. Cabe preguntarse -- aquí si efectivamente se ha agotado la posibilidad de seguir realizando actividades preventivas más baratas y cómo el estado venezolano conciliará una política de salud que pone tanto énfasis en los aspectos curativos con lo que significan los costos crecientes, la extensión de cobertura, etc.

Hasta aquí el análisis ha puesto énfasis fundamentalmente en el lado de la oferta. Para tener una visión más global de la situación habría que tener en cuenta también el papel que juega la demanda de servicios de atención médica. En este sentido cabe señalar algunos fenómenos que se han registrado en Venezuela a partir de la expansión de la economía generada por los favorables precios del petróleo.

En primer término hay que hacer mención al proceso de migración campo-ciudad que se ha venido acentuando en los últimos años (31). Los grupos que llegan a la ciudad presionan sobre los servicios demandando atención médica. El proceso de democratización les hace tomar conciencia de sus derechos y los partidos políticos utilizan justamente aquellas áreas -- donde existe mayor consenso (salud y educación) para formular sus plataformas políticas. A todo esto hay que agregar que la masa que se incor-

(31) En 1961 la población urbana era del 67,8% y la rural del 32,2%; en 1970 era de 75,7% y 24,3% respectivamente; estimándose que para -- 1980 llegaría a 76,1% y 23,9%. (Fuente: BCV)

61

pora a la vida urbana y al desarrollo capitalista del país es generalmente de escasa calificación como fuerza laboral, por lo cual, y atendiendo a los criterios expuestos en la primera parte de este trabajo, no se incorporan inmediatamente a la fuerza de trabajo y pasan a engrosar el sector de la población que depende del Estado para su atención médica.

Otro aspecto que cabe tocar es el de la inmigración. Al ser ésta en gran parte incontrolada, ejerce también una presión sobre los servicios de salud, puesto que en la planificación de los mismos no han sido tomados en cuenta. Sin embargo, si la inmigración que ha llegado al país, a traída por las perspectivas de mejoras en la calidad de vida, significa presiones para el Estado en cuanto a la dotación de servicios, no es menos cierto que dicha mano de obra con variados grados de calificación representa para Venezuela un aporte en el cual el país no ha necesitado invertir nada para su formación y reproducción. Una política inteligente por parte del Estado no debe desdeñar dicho aporte, sino que debe saber encauzarlo hacia los fines que persigue.

Lo expuesto en los párrafos anteriores conforma una situación de demanda creciente por servicios de salud. Es posible que el impacto se sienta con más fuerza en lo que concierne a la Medicina Curativa, que tal como ya se ha señalado, es un área más costosa que la del Saneamiento Ambiental y la de Medicina Preventiva. Sin embargo estas últimas no se ven liberadas de una mayor demanda. Basta con observar los cordones de miseria que rodean las principales ciudades del país y que claman por una adecuada dotación de servicios sanitarios que incluyen: agua potable, si sistema de cloacas, alcantarillado, disposición de basuras, etc.

62

No se puede terminar este punto sin hacer mención a otro elemento que da cuenta de la expansión de los servicios de salud y que tienen que ver con los procesos de legitimación en los cuales se ha visto envuelto el Estado venezolano en las últimas dos décadas, así como con los procesos de expansión de la economía capitalista, tanto en la magnitud de la acumulación como en la extensión territorial del sistema.

"La realización de la mercancía en el consumo es esencial para la acumulación capitalista. El gasto familiar, en deterioro, conspira contra el incremento de su capacidad de consumo social, y ejerce un efecto de presión para la elevación de los salarios, al elevar los costos de reproducción de la fuerza de trabajo. De allí que se hace indispensable la intervención del Estado para asegurar determinados niveles de atención; tiene un efecto vital en el consumo familiar, y descarga la presión de elevación de salarios por esta causa.

No obstante, en una economía capitalista este gasto oficial tiene un efecto inflacionario, que es necesario controlar por ello se tiende a mantenerlo dentro de determinados límites."

"En algunas coyunturas, el gasto estatal en salud cumple un papel importante en la generación de empleo y, en consecuencia, en expandir el mercado para la producción nacional o la importación. Cuando coyunturalmente se requiere aumentar rápidamente la oferta de empleos, el sector de servicios puede reaccionar más rápidamente. Por otra parte, cuando en determinados modelos de acumulación la producción es reservada al sector privado, y el Estado cumple una función de distribuidor del ingreso y fortalecimiento del consumo - a través del gasto social - el aparato burocrático del Estado adquiere grandes dimensiones, particularmente en las áreas que gozan de mayor consenso: salud y educación. Ello fue básico en Venezuela para iniciar la industrialización substitiva de importaciones".(31)

2.4.1.- Gastos corrientes y gastos de capital en salud.

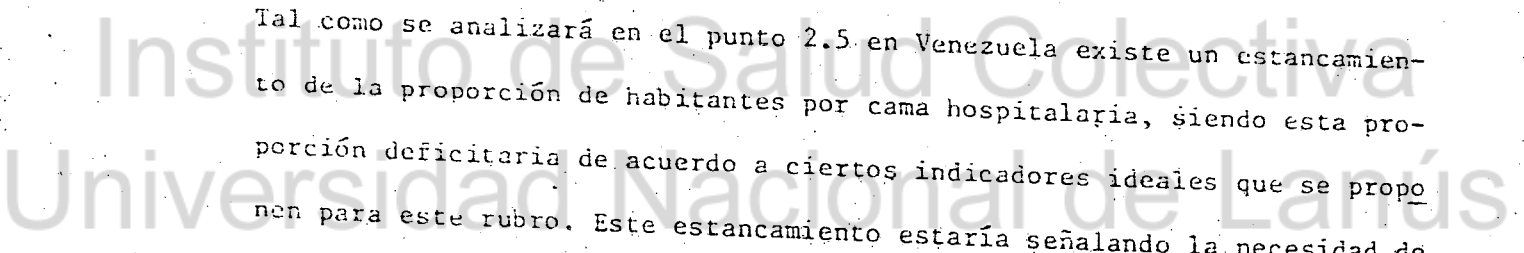
Otra óptica para enfocar el destino de los gastos en salud es dividirlos en la conocida clasificación de gastos corrientes y gastos de capital. Para ilustrar ese aspecto se ha confeccionado el Cuadro "Gastos corrientes y gastos de capital en sanidad del Gobierno General". En él están incluidos el lapso 1971-1979. Años anteriores no ha sido posible incluirlos debido a cambios en la metodología empleada en la fuente (BCV) que no permite hacer comparaciones. (Cuadro N°13)

Así pues vemos que entre 1971 y 1979 entre el 84% (1974) y el 94% (1971) del total de los gastos de Sanidad del Gobierno General han ido a parar a los gastos corrientes y sólo entre un 6% (1971) y un 16% (1974) han sido destinados a gastos de capital.

La cita de Pedro Luis Castellanos transcrita en la Nota N°31 nos ofrece una razonable explicación para entender porqué esa específica relación que se da en el subsector público de salud entre gastos corrientes y gastos de capital. La rápida expansión de los servicios no ha tenido como único objetivo la prestación de mejor y mayor atención sanitaria, sino que ha servido también para expandir el empleo como forma tanto de legitimación del Estado (redistribución de la renta) como de expansión de la economía (aumento de la demanda interna).

44

Tal como se analizará en el punto 2.5 en Venezuela existe un estancamiento de la proporción de habitantes por cama hospitalaria, siendo esta proporción deficitaria de acuerdo a ciertos indicadores ideales que se proponen para este rubro. Este estancamiento estaría señalando la necesidad de una mayor capitalización en el sector.



Gastos Corrientes y Gastos de Capital en Salud del Gobierno General

1971-1979

(mill.Bs)

Años	Gastos Corrientes	%	Gastos de Capital	%	Total
1971	1241	94	79	6	1320
1972	1135	90	126	10	1261
1973	1273	87	197	13	1470
1974	1572	84	305	16	1877
1975	2151	86	344	14	2495
1976	2593	88	360	12	2953
1977	3026	88	417	12	3443
1978	3403	89	431	11	3834
1979	3419	92	295	8	3714

Fuente: BCU

2.5.- Análisis de la eficiencia del Gasto Público en Salud.

Un recorrido a través de las cifras de Gasto Público en Salud como el que ~~hemos~~ hecho hasta ahora es ilustrativo de algunos aspectos del sector. -- Nos revelan tendencias, pesos relativos, importancia de algunos rubros, u bicación del sector dentro de la totalidad del gasto Público, etc. Sin em bargo, es necesario ir más allá y tratar de ver como se refleja el Gasto Público en salud en la condiciones de salud de la población. Para ello in tentaremos correlacionar Gasto Público en salud <sup>con</sup> algunos indicadores - sanitarios que nos parecen representativos de las condiciones de salud de Venezuela, *y a su vez, compararemos éstos con los que se utilizan en otros países de nuestro continente.*

La selección de indicadores no ha sido hecha en forma caprichosa. Basándo nos en los que se proponen en el trabajo "Las interrelaciones entre el de sarrollo económico y el desarrollo social" <sup>(2)</sup> como más expresivos del estado de desarrollo económico y social de un país, hemos escogido los siguientes: tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, número de habitantes por médico y número de habitantes por cama hospitalaria.

Para hacer más claro y comprensibles lo que desarrollaremos en este apar tado, a continuación explicaremos brevemente la forma de obtención de ca da uno de los indicadores.

A.- Tasa bruta de mortalidad =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas fallecidas en 1 año}}{\text{Población total de ese año}} \times 1000$  (10000; 10000)

B.- Tasa de mortalid. infantil =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ niños - 1 año}}{\text{N}^\circ \text{ nacidos vivos ese año}} \times 1000$  (10000 ; 100000)

Instituto de Salud Colectiva  
 Universidad Nacional de Lanús

(39) *Informe de la Comisión de Investigaciones de la Universidad Nacional de Lanús, sobre el estado de la salud pública en el país, 1951-1952. Lanús, 1953. P. 115.*



66  
C.- Tasa de mortalidad de 1 a 4 años: número de niños muertos de 1 a 4 años entre población de niños de 1 a 4 años.

D.- Esperanza de vida al nacer:

El cálculo de este indicador es bastante complicado por lo que intentaremos reducir su explicación en términos que resulten comprensibles. Se comienza tomando una cohorte (serie) de recién nacidos (por ejemplo 100000) a los cuales se les va desgastando, aplicándoles la tasa de mortalidad correspondiente a cada año. Una vez desgastada completamente la cohorte, se suman los años vividos y el total se divide <sup>por</sup> en el número que componía la cohorte (en nuestro caso 100.000). El cociente resultante es la esperanza de vida al nacer (puesto que la cohorte estaba compuesta por recién nacidos).

Con respecto a este indicador cabe el siguiente comentario: Es común escuchar referirse a la esperanza de vida al nacer como un indicador "positivo" en el sentido de expresar posibilidad de supervivencia de la población; sin embargo, del cálculo de este indicador se desprende que se trata solamente de una modificación en la aplicación de la tasa de mortalidad.

E.- N° de habitante por médico =  $\frac{\text{Número de habitantes}}{\text{Número de médicos}}$

F.- Número de habitantes por cama =  $\frac{\text{Número de habitantes}}{\text{Número de camas hospitalarias}}$

Antes de seguir adelante queremos hacer los siguientes alcances acerca de las estadísticas de salud. Para evaluar la verdadera capacidad que tienen las cifras que arrojan las estadísticas para expresar la realidad sanitaria del país, hay que tener en cuenta que estas presentan múltiples problemas y deficiencias (34). Estos problemas son reconocidos oficialmente-

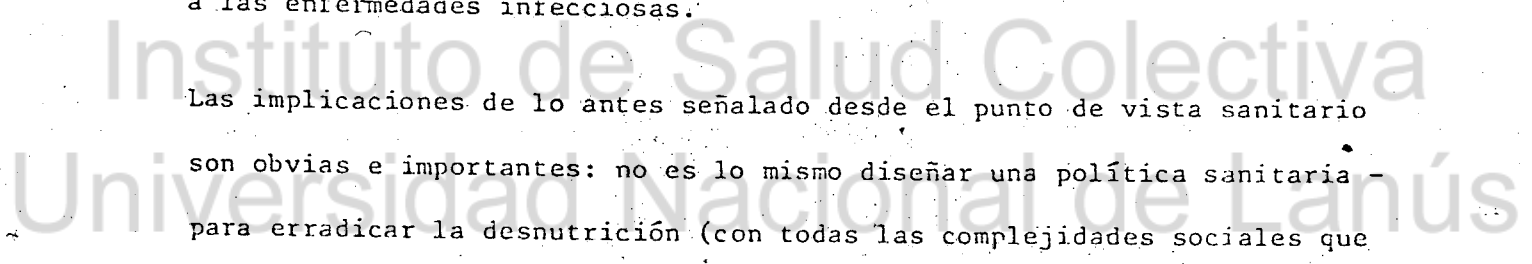
(34) Ver al respecto, ESCUDERO, José Carlos: "Sobre medicinas y el sistema de salud en América Latina. Parte I: Latinoamérica. El Sistema de Salud". Ed. Nueva América. México, 1981.

cuando, por ejemplo, podemos leer en el IV Plan de la Nación que una de las tareas del Sector Salud es ... "Mejorar la información epidemiológica sobre mortalidad y morbilidad nacionales de modo que sirvan de guía y orientación para la programación de actividades y la asignación de recursos". *No es mucho lo que se le ha logrado desde entonces a hoy a tal respecto.*

Estudios hechos en otros países han demostrado que al evaluar la mortalidad ~~de~~ <sup>con</sup> métodos distintos a los de revisar los registros oficiales (como por ejemplo a través de encuestas), ésta es muy superior a la que presentan las cifras oficiales. En algunos países el porcentaje de subregistros alcanza a más del 50%. No queremos con esto dar la impresión de que el subregistro en Venezuela constituya un problema de esa magnitud. Para ello habría que realizar estudios especiales.

Lo que indudablemente se tergiversa (por múltiples razones y sin por ello querer decir que deliberadamente) son las causas de muerte. Tomemos por ejemplo el caso de las enfermedades infecciosas, ~~que~~ <sup>las cuales</sup> están ubicadas entre las primeras cinco causas de muerte en Venezuela, mientras que las enfermedades por carencias nutricionales están ubicadas en lugares inferiores. Es bien sabido que la desnutrición es uno de los sustratos principales (si no el principal) que favorece la instalación y la diseminación de las enfermedades infecciosas. En rigor, debería registrarse a la desnutrición (en muchos más casos que los registrados) como causa última de muerte y no a las enfermedades infecciosas.

Las implicaciones de lo antes señalado desde el punto de vista sanitario son obvias e importantes: no es lo mismo diseñar una política sanitaria para erradicar la desnutrición (con todas las complejidades sociales que esto significa) que diseñar una política tendiente a erradicar determina-



das enfermedades infecciosas. En el primer caso se está yendo a la causa del problema, en el segundo caso a su efecto.

Otro ejemplo del mismo problema lo tenemos con las encuestas de morbilidad (enfermedad). En este caso lo que se registra son las personas enfermas - que acuden a un servicio de atención médica oficial, pero no se registran aquellos que estando enfermos no consultan o acuden a formas de medicina que están fuera de los circuitos oficiales de salud. Ni siquiera se registran aquellos que hacen uso de la llamada "medicina liberal de consultorios" ni de las clínicas privadas.

A.- Tasa Bruta de Mortalidad.

La tasa bruta de mortalidad como indicador aislado no permite sacar muchas conclusiones, sin embargo, si observamos (Cuadro N°14) su evolución en las décadas 60 y 70 en Venezuela veremos que esta ha ido descendiendo gradualmente a lo largo de los años, lo cual revela un mejoramiento de las condiciones sanitarias del país.

Esto se debe en gran parte a que Venezuela tiene una población predominantemente joven y un patrón de mortalidad y morbilidad compuesto por enfermedades de relativa fácil erradicación con medidas sanitarias. A medida que los países se desarrollan, la pirámide poblacional se invierte (la población envejece) y el patrón de morbi-mortalidad se traslada hacia las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, etc.) más difíciles de erradicar.

De lo anterior se desprende que la tasa bruta de mortalidad en Venezuela podrá seguir descendiendo -aunque más lentamente- si la pirámide poblacional mantiene sus características actuales, es decir, predominio de jóvenes, y sigan existiendo enfermedades transmisibles que puedan ser fácilmente erradicadas. Como eso tiene un límite, es posible predecir que la tasa bruta de mortalidad comenzará a ascender dentro de unos lustros.

Cuadro N°14

Tasa Bruta de Mortalidad en Venezuela  
(1960-1979)

AÑOS	T.B.M. x 1.000 habitantes
1960	7,5
1961	7,3
1962	7,0
1963	7,2
1964	7,2
1965	7,1
1966	6,8
1967	6,6
1968	6,7
1969	6,8
1970	6,6
1971	6,6
1972	6,7
1973	6,8
1974	6,9
1975	6,2
1976	6,1
1977	5,8
1978	5,5
1979	5,5

Fuente: Anuarios Estadísticos OCEI.

71

B.- Tasa de Mortalidad Infantil.

La tendencia decreciente que se observaba en la tasa bruta de mortalidad también se manifiesta en la tasa de mortalidad infantil, es indudable que en este campo se han hecho adelantos. Con respecto al Cuadro N°15, hay que hacer notar que entre 1960 y 1969 la tasa viene decreciendo, para volver a subir en forma brusca en 1970 (de 39,4 x 1.000 a -- 49,3 por 1.000). A partir de 1970, la tasa tiende a subir hasta 1973 y luego baja tendencialmente.

Estas oscilaciones, no parece responder a factores de índole sanitario (especialmente el salto 1969-1970), sino más bien a cuestiones de registro, tal como se hacía notar cuando se comentaba la validez de los indicadores sanitarios.

C.- Tasa de mortalidad de 1 a 4 años.

Se incluye este indicador, puesto que comprende a un grupo de población especialmente lábil a las enfermedades. En las últimas dos décadas el Estado venezolano ha dedicado especiales esfuerzos a mejorar las condiciones de salud de este grupo etareo, dentro de lineamientos más generales trazados por organismos internacionales de salud, lo cual se ve reflejado en la mejoría de este indicador. (35)

---

(35) GABALDON, Arnoldo: "Una política sanitaria". MSAS. Caracas. Tomo I. Capítulo X. 1965.

Cuadro N°15

Tasa de Mortalidad Infantil. Venezuela  
(menores de 1 año). (1960-1979)

Años	T.M.I.x 1.000 nacidos vivos
1960	57,3
1961	56,2
1962	48,1
1963	49,2
1964	49,9
1965	48,9
1966	45,6
1967	42,4
1968	42,2
1969	39,4
1970	49,3
1971	50,2
1972	52,6
1973	54,1
1974	46,1
1975	43,7
1976	42,8
1977	39,3
1978	34,8
1979	33,1

Fuente: Anuarios Estadísticos OCEI.

Cuadro N°16

Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años (por 1.000). Venezuela  
(1960-1979)

AÑO	Tasa de Mortalidad 1 a 4 años (por 1.000)
1960	5,8
1961	5,4
1962	5,3
1963	5,9
1964	6,0
1965	5,5
1966	4,8
1967	5,1
1968	5,0
1969	5,0
1970	5,7
1971	5,3
1972	5,6
1973	5,1
1974	3,8
1975	3,7
1976	3,2
1977	2,8
1978	2,3
1979	2,4

Fuente: Anuarios Estadísticos OCEI.



D.- Esperanza de vida al nacer.

Este es otro indicador sanitario al cual se le dio especial importancia en el período abarcado en este estudio. Su mejoría (Cuadro N°17) - coincide indudablemente con una época de expansión de la economía vivida por el país. Con respecto a este aspecto de la medición de las condiciones de vida Gabaldón señala (36):

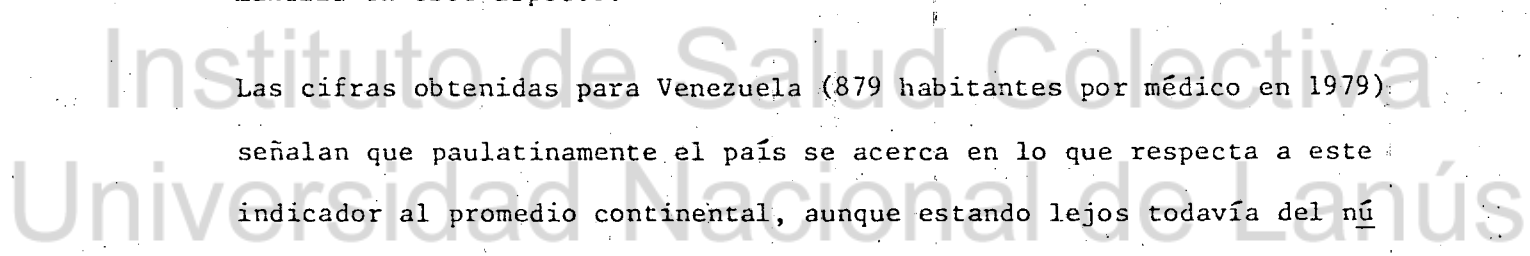
"Poner como meta para el aumento de la esperanza de vida al nacer una cifra no menor de 6 meses por año de labor".

"Valorar nuestro estado sanitario, es decir, la etapa sanitaria en que vive el país, con referencia a la esperanza de vida al nacer que tenían los países sanitariamente avanzados en un año dado, y ver de acuerdo con ello el tiempo de atraso en que nos encontramos".

E.- Habitantes por médico.

El indicador habitante por médico ha mostrado una sensible mejora en el transcurso de las dos últimas décadas (ver Cuadro N°18). Aunque de hecho no existen normas definitivas sobre el número óptimo de habitantes por médico, una mirada a la situación mundial (Cuadro N°19) nos podrá dar una idea mejor de la ubicación de Venezuela en el concierto mundial en este aspecto.

Las cifras obtenidas para Venezuela (879 habitantes por médico en 1979) señalan que paulatinamente el país se acerca en lo que respecta a este indicador al promedio continental, aunque estando lejos todavía del número de médicos de América del Norte y América del Sur (cálido), pero muy por encima del número de médicos para la América del Sur Tropical. (36) Gabaldón. Op. cit. p.268



cuadro N° 17

Esperanza de Vida al nacer  
(Venezuela 1960-1985)

AÑO	ESPERANZA DE VIDA
1960-65	60.2
1965-70	63.0
1970-75	64.7
1975-80	66.4
1980-85	68

Fuente: World Population Prospects as Assessed in 1973;  
Naciones Unidas 1977.

Habitantes x Médicos  
Venezuela

<u>AÑO</u>	<u>HAB/MEDICOS</u>
1960	1482
1961	1416
1962	1539
1963	1304
1964	1280
1965	1206
1966	1204
1967	1176
1968	1124
1969	1101
1970	1098
1971	1040
1972	966
1973	924
1974	895
1975	911
1976	864
1977	875
1978	888
1979	879

Fuente: B.C.V. MSAS, OCEI.

Cuadro N° 19

Proporción de Médicos por Regiones del mundo  
(1977)

	Hab. x Médico
Mundo	1237
<u>Africa</u>	5434
Occidental	14965
Oriental	17480
Septentrional	2151
Central	15387
Austral	2135
<u>América</u>	864
Septentrional	592
Sur (tropical)	1596
Central (continental)	1423
Sur (cálido)	659
Antillas	1523
<u>Asia</u>	2877
Oriental	2106
Meridional Central	4021
Meridional Oriental	6646
Meridional Occidental	1947
<u>Europa</u>	552
Occidental	528
Meridional	552
Oriental	535
Septentrional	629
<u>Oceanía</u>	813
Australia	664
URSS (médicos y dentistas)	299

Fuente: <sup>OMS</sup> ~~S~~ente Du Monde, Mayo 1981.

78

Si bien es cierto que la cantidad de médicos no asegura per se una buena atención médica y sanitaria, es incuestionable que constituye una buena infraestructura para emprender cualquier plan de salud coherente. A la hora de planificar recursos de salud es indudable que la formación de médicos es un punto crucial debido a la poca elasticidad que implica el tiempo de formación requerido. (37)

Este indicador, sin embargo, debe ser relativizado puesto que si en 1979 había 879 habitantes por médico, esto no significa que estén distribuidos homogéneamente en el país ni mucho menos. Este aspecto será tratado en el punto dedicado a la Distribución Regional del Gasto Público en Salud.

F.- Número de camas por 1.000 habitantes.

Al igual que en el punto E, analizaremos aquí la totalidad de las camas existentes en el país, pero si se quieren más precisiones acerca de la propiedad de dichas camas, basta con mirar el Cuadro N°20. Allí se han discriminado las camas según pertenezcan al Gobierno General, IVSS, Fundaciones Benéficas, Industria Petrolera, Clínicas Lucrativas Privadas y el total. La clasificación corresponde grosso modo a la planteada por Roemer (38) en cuando a las formas de financiamiento del sector

---

(37) Es probable que el incremento del número de médicos en las dos últimas décadas dependa mucho más de la ampliación de la matrícula universitaria y de las presiones sociales en ese sentido que de una planificación racional de los recursos humanos necesarios en el área de la salud.

(38) ROEMER, Milton. Op. cit.

NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS SEGUN PROPIEDAD.

79

Años		Gob. Gral*	%	IVSS	%	Fund. Benf.	%	Ind. Petrol.	%	Clin. L. Pr.	%	Total
1962	H	128	46	14	5	9	3	20	7	107	38	278
	C	14834	77	1170	6	645	3	857	4	1730	9	19238
1963	H	130	47	14	5	9	3	20	7	105	38	278
	C	15036	77	1255	6	656	3	867	4	1635	8	19449
1964	H	134	49	14	5	8	3	19	7	101	37	276
	C	15311	78	1303	7	679	3	882	4	1564	8	19739
1965	H	130	47	14	5	8	3	17	6	105	38	274
	C	15563	77	1341	7	706	4	835	4	1695	8	20140
1966	H	159	52	14	5	8	3	17	6	108	35	306
	C	23576	82	1422	5	737	3	835	3	2078	7	28648
1967	H	163	52	16	5	8	3	17	5	109	35	313
	C	24004	82	1583	5	737	3	860	3	2184	7	29368
1968	H	164	52	17	5	8	3	13	4	114	36	316
	C	25753	82	1607	5	746	2	620	2	2521	8	31247
1969	H	168	50	17	5	8	2	13	4	129	39	335
	C	25887	81	1667	5	759	2	620	2	2908	9	31841
1970	H	167	49	19	6	8	2	12	4	136	40	342
	C	25450	77	2717	8	1032	3	573	2	3105	9	32877
1971	H	165	48	18	5	8	2	12	4	138	40	341
	C	25226	77	2613	8	1032	3	573	2	3128	10	32574
1972	H	164	48	18	5	8	2	12	4	138	41	340
	C	25130	76	2776	8	1071	3	573	2	3374	10	32942
1973	H	164	47	19	5	8	2	12	3	144	41	347
	C	26391	76	2877	8	1083	3	573	2	3606	10	34530
1974	H	163	46	19	5	8	2	11	3	154	43	355
	C	26062	76	2877	8	1083	3	528	2	3713	11	34263
1975	H	167	44	19	5	8	2	11	3	175	46	380
	C	26989	75	2889	8	1087	3	528	1	4374	12	35867
1976	H	165	43	18	5	7	2	9	2	186	48	385
	C	27236	75	2897	8	1012	3	349	1	4669	13	36163
1977	H	172	39	17	4	9	2	10	2	231	53	439
	C	27975	70	2853	7	970	2	320	1	7569	20	39687
1978	H	179	40	17	4	9	2	10	2	229	52	444
	C	29286	71	3146	8	1126	3	280	1	7548	18	41386
1979	H	170	38	18	4	8	2	11	2	239	54	446
	C	28103	69	3216	8	916	2	406	1	7934	20	40575

fuente: MSAS. BCV

Incluye MSAS, Estadales, Ministerio de Defensa y Municipales.

(En el Cuadro N°20 se incluyen a modo informativo los hospitales aunque la comparación entre los distintos componentes del sector en este rubro resulta inexacta, pues el tamaño de lo que se considera en este cuadro "hospital" es muy variada, al igual que su complejidad).

Las camas que podríamos llamar propiamente del sector público ocupan más del 70% del total, lo cual da una idea de la importancia del subsector para Venezuela, aunque su porcentaje ha ido decreciendo en los últimos años. Volveremos sobre este punto con más detalle al referirnos a Gasto Público y Gasto Privado en Salud.

Nos interesa analizar ahora cual ha sido la importancia del sector en las últimas dos décadas. Para ello el Cuadro N°21 resume el número total de Camas y las Camas por 1.000 habitantes. De 1962 a 1966 ha habido un crecimiento global de este indicador. Posteriormente a ese año -y contrariamente a lo que sucedía con los indicadores analizados hasta ahora- hay un estancamiento en el número de Camas por 1.000 habitantes.

En 1968 CENDES proponía para Venezuela la cifra de 4.85 Camas/1.000 habitantes como cifra ideal para hacer frente correctamente a las necesidades de atención médica de la población. (39)

Como es fácil observar, Venezuela se mantiene lejos de esa cifra y la tendencia parece ser más bien hacia la estabilización que hacia el progreso de este indicador. Cuando en el punto 3 analicemos comparativamente lo que ocurre en el subsector público y en el privado se observará que la situación es aún más grave para el primer subsector que muestra un crecimiento muy lento.

Al igual que para el caso de los médicos cabe advertir que la distribución de las camas no es homogénea para todas las regiones del país. Las cifras del cuadro son promedios nacionales.

(39) Alternativas para Caracas para el año 2.000. CENDES. UCV. Octubre 1980.

Camas por 1000 habitantes  
Venezuela, 1962-1979

Años	Población (miles)	Número de camas	Camas /1.000 hab.
1962	8872	19236	2.2
1963	8144	19449	2.4
1964	8427	19739	2.3
1965	8722	20140	2.3
1966	9030	28648	3.2
1967	9352	29368	3.1
1968	9686	31247	3.2
1969	10035	31841	3.2
1970	10399	32877	3.2
1971	10721	32572	3.0
1972	11149	32924	2.9
1973	11269	34530	3.1
1974	11631	34236	2.9
1975	11993	35867	3.0
1976	12361	36163	2.9
1977	12736	39687	3.1
1978	13121	41386	3.2
1979	13515	40575	3.0

Fuente: OCEI, BCV



Para completar esta parte del trabajo se incluirá a continuación un análisis comparativo de la situación de nuestro país en relación al resto de los países de América Latina.

En el cuadro N°22 se puede apreciar lo que los distintos países de América Latina destinan al gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PBI). Venezuela es el país que dedica el mayor porcentaje de su PBI al Gasto en Salud en América Latina. Sin embargo, esto no se correlaciona necesariamente con una situación de líder en cuanto a los indicadores sanitarios. En efecto, hay países que dedicando una menor cantidad de recursos al Gasto en Salud han logrado alcanzar un estado de salud general de la población mejor que el de Venezuela (cabe reconocer que lo inverso también se dá). Para apreciar cuál es la situación de Venezuela en el concierto latinoamericano en cuanto a condiciones de salud, basta con observar los cuadros N°23, 24, 25 y 26. Allí se puede apreciar como por ejemplo, Uruguay que en 1970 dedicaba sólo el 1,9% de su PBI tenía una tasa de mortalidad de 1 a 4 años de 1/5 menor en comparación a la venezolana (1,3 y 5,4 respectivamente), mientras que Venezuela dedicaba el mismo año el 2,6% de su PBI al Gasto en Salud. Así se podrían seguir dando ejemplos.

Pero más que ejemplos, interesa señalar que si las cifras expuestas en los cuadros reflejan efectivamente las condiciones de salud de los países de nuestro continente, cabe dos hipótesis para explicar por qué - si nuestro país es quien destina una mayor parte de su PBI al Gasto en Salud no tiene los mejores indicadores en este terreno.

Cuadro N° 22

33. GASTO PUBLICO EN SALUDA/  
PUBLIC EXPENDITURE ON HEALTH<sup>a/</sup>

(Porcentaje del producto interno bruto a precios corrientes en monedas nacionales  
Percentage of the gross domestic product at current prices in national currencies)

País	1960	1965	1970	1975	Country
Argentina	...	...	0.8 <sub>b/</sub>	0.4 <sub>c/</sub>	Argentina
Bolivia	1.1 <sub>d/</sub>	0.3 <sub>e/</sub>	...	1.3 <sub>b/</sub>	Bolivia
Brasil	1.0	...	0.2 <sub>e/</sub>	0.2 <sub>f/</sub>	Brazil
Colombia	0.9	0.3	1.0	0.8 <sub>c/</sub>	Colombia
Costa Rica	2.1	0.3 <sub>b/</sub>	0.4 <sub>b/</sub>	1.0 <sub>b/</sub>	Costa Rica
Chile	1.6	...	...	2.3 <sub>b/</sub> <sub>f/</sub>	Chile
Ecuador	...	0.7	0.4	0.8	Ecuador
El Salvador	...	1.1	1.3	1.3 <sub>g/</sub>	El Salvador
Guatemala	...	...	...	1.0 <sub>b/</sub> <sub>f/</sub>	Guatemala
Haiti	...	...	0.9	0.7	Haiti
Honduras	1.1	0.3	1.3	1.2* <sub>g/</sub>	Honduras
México	0.8 <sub>d/</sub>	0.4	0.4	0.5 <sub>c/</sub>	Mexico
Nicaragua	1.4	0.5	1.5	1.0 <sub>g/</sub>	Nicaragua
Panamá	2.5	...	...	2.0 <sub>f/</sub> <sub>h/</sub>	Panama
Paraguay	0.4	0.4 <sub>d/</sub>	0.4	0.3 <sub>c/</sub> <sub>d/</sub>	Paraguay
Perú	2.5 <sub>c/</sub>	0.9 <sub>d/</sub>	...	...	Peru
República Dominicana	1.8	...	2.0	1.7 <sub>d/</sub> <sub>g/</sub>	Dominican Republic
Uruguay	...	...	1.9	...	Uruguay
Venezuela	1.8	2.3 <sub>d/</sub> <sub>e/</sub>	2.6 <sub>d/</sub> <sub>e/</sub>	2.7 <sub>d/</sub>	Venezuela

a/ Presupuesto.

b/ Sólo Ministerio de Salud.

c/ 1973.

d/ Se refiere a salud pública y previsión social.

e/ Presupuesto del gobierno general o central.

f/ 1972.

g/ 1974.

h/ Gastos corrientes.

a/ Budget.

b/ Only Ministry of health.

c/ 1973.

d/ Refers to public health and social security.

e/ Budget of the federal or central government.

f/ 1972.

g/ 1974.

h/ Current expenditure.

Fuente: Anuario estadístico de América Latina 1979, CEPAL, N.U.

I. SOCIAL DEVELOPMENT AND WELFARE

G. HEALTH

29. MORTALITY AMONG CHILDREN UNDER FIVE YEARS OLD

(Average annual rates)

Alrededor de/Around				Country
1960	1970	1972	1975	
b) Mortalidad de 1 a 4 años <sup>a/</sup> / Mortality between ages 1 and 4 <sup>a/</sup>				
4.4	3.2	1.1	0.9	Argentina
3.5	2.2	1.3	...	Barbados
11.0 <sub>b/</sub>	7.4 <sub>c/</sub>	...	...	Bolivia
16.3	8.4 <sub>c/</sub>	...	...	Colombia
6.9	4.6	3.0	1.5	Costa Rica
1.5 <sub>b/</sub>	1.2	0.9	...	Cuba
9.7	3.9	2.6	2.0	Chile
21.5	14.6	14.9 <sub>d/</sub>	8.6	Ecuador
17.5	11.1	10.1	5.5	El Salvador
29.0	24.4	25.9 <sub>d/</sub>	...	Guatemala
5.8	3.5	...	...	Guyana
13.9	10.1	9.1	8.2	Honduras
6.5	4.2	4.6 <sub>d/</sub>	...	Jamaica
12.7	9.8	8.4	...	Mexico
9.1	8.7 <sub>c/</sub>	...	...	Nicaragua
9.6	7.5 <sub>1</sub>	5.5	3.1	Panama
7.4 <sub>b/</sub>	6.9	3.2	...	Paraguay
...	12.4	6.2 <sub>d/</sub>	...	Peru
11.8	5.5	7.3	4.0	Dominican Republic
3.2	1.6	2.1 <sub>d/</sub>	...	Trinidad and Tobago
1.8	1.3	1.1 <sub>d/</sub>	1.4	Uruguay
5.9	5.4	5.7	3.4	Venezuela

a/ Defunciones de niños de 1 a 4 años por cada mil niños de 1 a 4 años.

a/ Deaths per thousand among children aged 1 to 4.

b/ 1965.

b/ 1965.

c/ 1969.

c/ 1969.

d/ 1971.

d/ 1971.

Fuente: Anuario Estadístico de América Latina 1979, CEPAL, N

I. DESARROLLO SOCIAL Y BIENESTAR

G. SALUD

29. MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

(Tasas anuales medias)

País	Alrededor de/Around				
	1960	1970	1972	1975	1976
	a) Mortalidad infantil/Infant mortality (Tasas por cada mil nacidos vivos/Per 1 000 live births)				
Argentina	62.4	65.2	...	...	...
Barbados <u>a/</u>	60.3	45.9	30.9	31.1	28.3*
Bolivia	...	...	...	...	...
Colombia <u>b/</u>	99.8	80.6	68.9	47.7	...
Costa Rica	68.6	61.5	54.9	38.2	33.2
Cuba <u>a/</u>	35.4	36.6	27.5	27.3	22.3
Chile	120.3	86.5	77.1	60.8	...
Ecuador <u>c/</u>	100.0	76.6	81.9	64.3	...
El Salvador	76.3	66.6	58.3	58.1	...
Guatemala	91.9	87.1	79.0	81.1	76.5
Guyana	61.4	...	...	...	...
Honduras <u>a/d/</u>	52.0	33.2	43.0	33.7	30.1
Jamaica <u>a/</u>	51.5	38.1	30.9	23.4	20.4
México <u>a/</u>	74.2	68.5	60.9	49.7	54.7
Nicaragua	70.2	...	42.0	46.4	...
Panamá <u>e/</u>	56.9	40.5	33.7	28.7	38.9
Paraguay <u>f/</u>	90.7	93.8	84.0	...	...
Perú <u>a/c/</u>	92.1	66.9	...	...	...
República Dominicana <u>a/</u>	100.6	50.1	49.2	44.6	...
Trinidad y Tabago	45.4	34.4	23.5	25.8	30.0
Uruguay	47.4	50.2	49.6	48.8	45.9
Venezuela <u>c/</u>	52.9	49.3	52.6	43.7	42.8

a/ Datos tabulados según el año de registro.

b/ Datos basados en permisos para entierros.

c/ Excluye defunciones ocurridas en la población indígena selvática.

d/ Cobertura del 50 a 60% de las defunciones.

e/ Excluye defunciones ocurridas en la Zona del Canal

f/ Calculadas sobre datos incompletos de defunciones.

a/ Data tabulated according to year of registration.

b/ Data based on number of burial permits.

c/ Excluding deaths in the indigenous jungle population.

d/ Covering 50-60% of deaths.

e/ Excluding deaths in the Canal Zone.

f/ Calculated using incomplete data on deaths.

FUENTE: Anuario Estadístico de América Latina, 1979. CEPAL, NU

I. DESARROLLO SOCIAL Y BIENESTAR/SOCIAL DEVELOPMENT AND WELFARE

G. SALUD/HEALTH

30. NUMERO DE HABITANTES POR CADA MEDICO  
NUMBER OF INHABITANTS PER DOCTOR

País	1960	1965	1970	1975	1976	Country
Argentina	680	637	524	521	...	Argentina
Barbados	3 026	...	1 707	1 480	1 482	Barbados
Bolivia	5 756	3 746	1 998	1 892 <sup>a/</sup>	...	Bolivia
Brasil	2 181	2 410	2 028	1 513	...	Brazil
Colombia	2 632	2 470	2 331	1 833	...	Colombia
Costa Rica	2 729	2 237	1 970	1 519	1 550	Costa Rica
Cuba	1 063	1 252	1 392	1 110 <sup>a/</sup>	...	Cuba
Chile	1 661	1 756	1 970	2 320	2 183	Chile
Ecuador	2 670	3 024	2 864	1 958	...	Ecuador
El Salvador	5 232	4 518	4 141	4 114	3 822	El Salvador
Guatemala	4 644	3 690	3 617	2 564	...	Guatemala
Guyana	3 862	...	4 146	6 591	6 083	Guyana
Haití	34 325	14 000	15 666	13 088	12 629	Haiti
Honduras	5 132	6 697	3 668	3 300	3 356	Honduras
Jamaica	3 121	...	2 817	3 510 <sup>a/</sup>	...	Jamaica
México	1 798	1 933	1 480	1 840 <sup>a/</sup>	1 783	Mexico
Nicaragua	2 809	2 570	1 727	1 540	...	Nicaragua
Panamá	2 701	2 257	1 701	1 330	1 271	Panama
Paraguay	1 996	1 633	2 529	...	2 152	Paraguay
Perú	1 975	2 147	2 100*	4 970	4 369	Peru
República Dominicana	7 149	1 622	2 244	1 866 <sup>b/</sup>	...	Dominican Republic
Trinidad y Tabago	2 218	3 820	2 521*	1 960	...	Trinidad and Tobago
Uruguay	821	879	941	714	...	Uruguay
Venezuela	1 513	1 280	1 053	880	921	Venezuela

<sup>a/</sup> 1974.  
<sup>b/</sup> 1973.

<sup>a/</sup> 1974.  
<sup>b/</sup> 1973.

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE AMERICA LATINA 1979, CEPAL, N.U.

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

32. CAMAS DE HOSPITAL

HOSPITAL BEDS

(Camas de hospital por cada mil habitantes/Number of hospital beds per thousand inhabitants)

País	1960	1965	1970	1975	1976	Country
Argentina	6.4a/	6.6	5.7b/	...	...	Argentina
Barbados	5.9	6.9	10.2	8.8	8.7	Barbados
Bolivia	1.8	2.5	2.3	2.2	...	Bolivia
Brasil	3.3	3.5	3.7	3.5c/	...	Brazil
Colombia	2.7	2.5	2.2	1.9	1.9	Colombia
Costa Rica	4.5	4.2	4.0	3.8	...	Costa Rica
Cuba	4.3	4.6	4.6	4.3	4.0	Cuba
Chile	3.7	4.2	3.8	3.8	3.6	Chile
Ecuador	1.9	2.5	2.4	2.0	...	Ecuador
El Salvador	2.2	2.1	1.9	1.7	1.4	El Salvador
Guatemala	2.6	2.5	2.3	2.0	1.5d/	Guatemala
Guyana	5.7	6.1	4.8	5.0	4.2	Guyana
Haití	0.6	0.6	0.8	0.8	0.7	Haiti
Honduras	1.6	1.6	1.7	1.5	1.5	Honduras
Jamaica	4.1	4.0	4.1	3.8	...	Jamaica
México	1.7	2.0	1.4	1.1e/	...	Mexico
Nicaragua	2.3	2.2	2.5	2.0	2.0	Nicaragua
Panamá	3.9	3.5	3.1	3.5	3.7	Panama
Paraguay	2.5	2.1	1.7	1.4	1.5	Paraguay
Perú	2.4	2.4	2.1	2.2	...	Peru
República Dominicana	2.3	2.7	2.6	2.4	...	Dominican Republic
Trinidad y Tabago	5.6	4.7	5.1	4.8	...	Trinidad and Tobago
Uruguay	5.5	5.1	5.9	4.2	4.2	Uruguay
Venezuela	3.4	3.1	3.1	2.8	2.8	Venezuela

a/ 1959.  
 b/ 1971.  
 c/ 1974.  
 d/ 1977.  
 e/ Datos incompletos.

a/ 1959.  
 b/ 1971.  
 c/ 1974.  
 d/ 1977.  
 e/ Data incomplete.

Fuente: Anuario Estadístico de América Latina 1979. CEPAL, N°

Una primera hipótesis plausible sería que en los países que destinan menos de su PBI al Gasto en Salud, éste es utilizado en forma más eficiente puesto que les basta para conseguir un determinado nivel sanitario superior al de Venezuela. De ser cierta esta hipótesis, de ella dependería un corolario: en Venezuela se despilfarran los recursos que se destinan a la salud.

Una segunda hipótesis recogería lo enunciado en la primera parte de este trabajo y que es una explicación sobre la salud que comparten los autores: que ella (la salud) depende más bien de las condiciones generales de vida y no tanto de los recursos que tradicionalmente se dedican a la salud (médicos, camas, personal asistencial, etc.). La comprobación de esta segunda hipótesis, que si bien resulta atractiva, implica algunos problemas metodológicos que hay que resolver y que quedan fuera del marco de este trabajo, que se refieren tanto al contexto conceptual como al diseño de instrumentos apropiados para medir dichas condiciones de vida.

El desarrollo económico de América Latina ha sido desigual, como son desiguales las condiciones de vida de nuestros países. Hay que reconocer que Venezuela ha dado un salto adelante en este sentido habiendo iniciado tardíamente con relación a otros países del hemisferio algunos procesos importantes de su vida económica y social. Esto último sirve para relativizar tanto la primera como la segunda hipótesis planteadas.

3. Gasto Privado y Gasto Público en Salud

3.1 Justificación de la inclusión del Gasto Privado en el Análisis del Gasto Público en Salud

La inclusión de un análisis de lo que se gasta privadamente en salud en el país resulta muy ilustrativo para entender mejor cuál es la realidad del Gasto Público en Salud y de sus alcances sociales. La magnitud de las cifras que se manejan en este subsector que suministra el Banco Central (Cuadro N°23) es lo suficientemente elocuente como para que se les preste atención en el contexto del gasto en el sector salud, objetivo de este trabajo. Lo que se gasta privadamente en salud iguala casi y supera sostenidamente a partir del año 1974 al Gasto Público en Salud (Cuadro N°24)

Entre ambos subsectores existen interrelaciones muy íntimas. Para expresarlo de una forma más precisa, entre ellos hay complementariedad. Para citar sólo algunas de las interrelaciones que se establecen, a modo de ejemplo, ambos subsectores cubre segmentos distintos de la sociedad; las personas que trabajan en ambos subsectores suelen ser las mismas, especialmente cuando se trata de graduados universitarios: médicos, odontólogos, los que a su vez suelen completar su entrenamiento en instituciones estatales; existe flujo de demandantes entre ambos subsectores, ya que cuando una práctica médica no resulta rentable para el subsector privado, el demandante debe acudir al subsector público, sea que en este caso erogue cantidad alguna por el servicio



Cuadro N° 23

Gasto de consumo privado (mill. de Bs)

Año	Total Gasto Privado	Gastos en cuidados médicos y conservación de la salud	%
1970	27214	1197	4.4
1971	28720	1264	4.4
1972	31687	1426	4.5
1973	35176	1618	4.6
1974	44788	1836	4.1
1975	55733	2452	4.4
1976	65312	2743	4.2
1977	76946	3155	4.1
1978	89292	3482	3.9
1979	103214	4026	3.9

Fuente:BCV

Cuadro N° 124

Cuadro 116

## Gasto Privado y Gasto Público en Salud

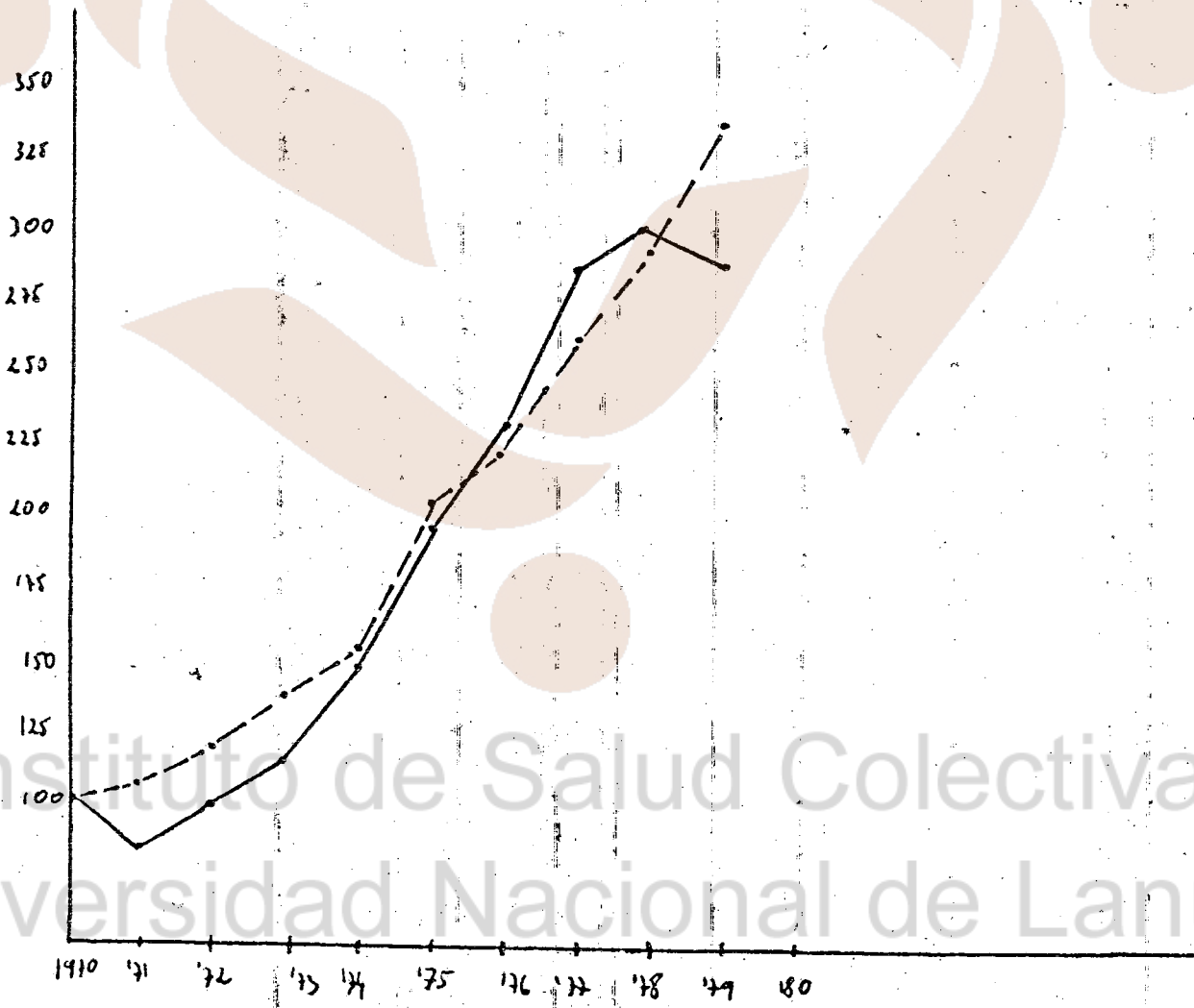
Año	Gasto Privado en salud	% del total	1970=100	Gasto Público en salud	% del total	1970=100
1970	1197	4.4	100	1272	10.3	100
1971	1264	4.4	106	1106	7.9	87
1972	1426	4.5	119	1261	8.4	99
1973	1618	4.6	135	1470	8.5	116
1974	1836	4.1	153	1877	4.3	148
1975	2452	4.4	205	2495	5.9	196
1976	2743	4.2	223	2953	6.6	232
1977	3155	4.1	264	3636	6.4	286
1978	3482	3.9	291	3834	6.7	301
1979	4026/5166	3.9	336	3714/3009	6.9	292
1980	6601			4266		

Fuente: BCV

# Evolución del Gasto Público y Privado en Salud

1970-1979  
(números índices)

Gasto Público ———  
Gasto Privado - - - - -



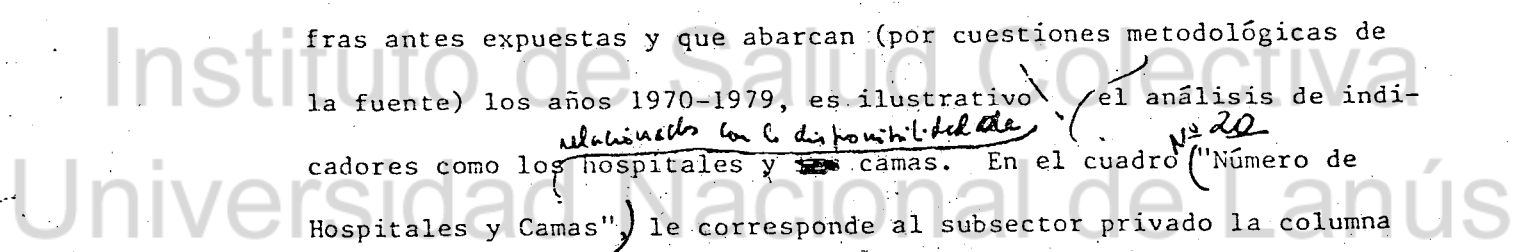
Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

que se le preste. Se podría continuar citando ejemplos de los nexos que existen entre ambos subsectores, sin embargo resulta muy importante recalcar que en torno al devenir de ambos subsectores gira una serie de discusiones cruciales que atañen directamente al destino de la atención médica en nuestro país: los polos de esa discusión podrían ser señalados esquemáticamente como socialización o privatización, con todas las <sup>combinaciones</sup> ~~continuaciones~~ intermedias imaginables. Esto no es un mero ejercicio teórico, la concreción o no de un sistema único de salud -prop<sup>o</sup>ción que hace años está en el tapete de la discusión acerca de la sanidad venezolana- pasa justamente por el centro de este problema.

Pero con Servicio Unico de Salud, o sin él, es innegable que cualquier acción estatal en el campo de la atención médica y sanitaria no puede dejar de tomar en cuenta cuáles serán las repercusiones de ellas sobre el subsector privado de la salud, ya sea porque intente favorecer <sup>lo</sup> directa o indirectamente, o porque intente tocar sus cuantiosos y consolidados intereses.

3.2. Análisis comparativo del crecimiento e importancia de los subsectores público y privado de salud en las últimas dos décadas

El subsector privado de la salud ha tenido un crecimiento explosivo en las últimas dos décadas. Más que el análisis de las cifras antes expuestas y que abarcan (por cuestiones metodológicas de la fuente) los años 1970-1979, es ilustrativo <sup>relacionado con la disponibilidad de</sup> (el análisis de indicadores como los hospitales y ~~las~~ camas. En el cuadro <sup>Nº 20</sup> ("Número de Hospitales y Camas") le corresponde al subsector privado la columna



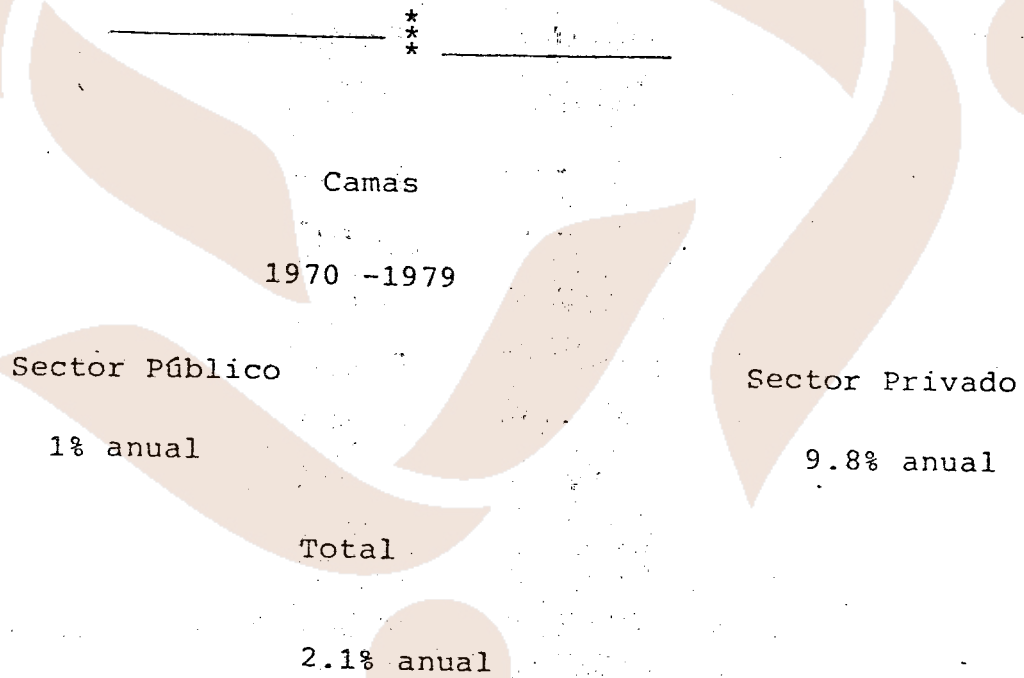
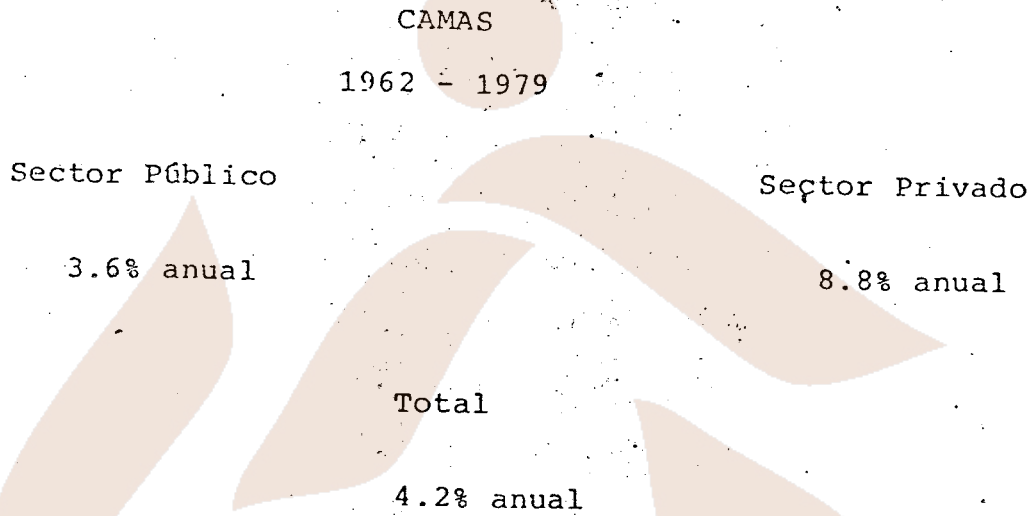
Clínicas Lucrativas Privadas.

En 1962 el subsector privado poseía tan sólo el 38 por ciento de los establecimientos hospitalarios del país, pero ya en 1979 era dueño del 54 por ciento de ellos. Comparar hospitales del subsector privado con los del subsector público no es un dato muy exacto puesto que el tamaño de los hospitales y clínicas del subsector privado suele ser mucho menor que el de los del subsector público, tal como se refleja en el número de camas. Traslademonos entonces al análisis de las camas, que si son estrictamente comparables.

El subsector privado era dueño de sólo el 9 por ciento de las camas en 1962, en 1979 ese porcentaje habría crecido a poco más del doble: 20 por ciento.

Para apreciar las diferencias en el crecimiento de ambos subsectores en el lapso que va de 1962 a 1979 se toman las tasas de incremento anuales. En dicho período de tiempo, el total de camas del país creció a un ritmo del 4.2 por ciento anual. Pero ese porcentaje de crecimiento no es homogéneo para los subsectores en consideración. Mientras el subsector público creció a un ritmo del 3,6 por ciento anual, el subsector privado lo hizo al 8,8 por ciento anual (ver cuadro: <sup>vº 25</sup> "Porcentajes de incremento de camas privadas y públicas 1962-1979"). Pero si el período se reduce únicamente a la última década 1970-1979, esta tendencia se acentúa notablemente. Las camas totales crecieron sólo al 2,1 por ciento anual y mientras las camas del subsector público crecían al 1,0 por ciento anual, las camas del subsector privado lo hacían al 9,8 por ciento anual.

PORCENTAJE DE INCREMENTO DE CAMAS PRIVADAS Y PUBLICAS 1962 -1979.



Una primera conclusión se deriva de lo anterior: la expansión del subsector privado está indicando que la atención médica se ha convertido en un negocio muy lucrativo. Dentro del sistema económico en el que se desenvuelve la economía del país, es lógico y fácilmente entendible que se invierta justamente en aquellos sectores que aseguren una buena ganancia. Ese es el caso de la atención médica privada. El tamaño del mercado es considerable: en 1979 se gastaron 4.026 millones de bolívares en la atención privada de la salud.

Una segunda conclusión que se desprende del análisis comparativo del crecimiento de las camas de ambos subsectores es la comprobación <sup>d'</sup> que la presencia de un subsector público importante en tamaño ~~no~~ desalienta al subsector de la atención médica privada. Hipotéticamente cabría pensar que si el subsector público crece (y el venezolano lo ha hecho en cuanto a dotación de recursos), el subsector privado debería reducirse o estancarse en su crecimiento.

No ha habido en estos años, hasta donde ha sido posible averiguarlo, ninguna política estatal que tienda a frenar el crecimiento del subsector privado de la atención médica y en un régimen de "libre competencia", como en el que vivimos, las inversiones buscan maximizar sus beneficios.

Así cabe postular que entre ambos subsectores se ha establecido una suerte de división de tareas. El subsector privado se hace cargo de la atención médica de los ciudadanos que puedan pagarle dejando una ganancia y el Estado, el subsector público, se hace cargo de la atención médica de aquellos que no pueden pagar, pero alcan-

zando a la vez un objetivo importante: la de legitimarse. Otro objetivo que se cumple con esta actividad estatal es la de imponer un determinado modelo de atención médica y controlando a su vez la posible aparición o resurgimiento de formas de atención médica alternativas.

- Sí aquí no se manifiesta una contradicción entre los dos subsectores, ésta sí aparece cuando en las políticas estatales se habla de "igualdad" en el acceso a la atención médica para todos los ciudadanos del país.

Así, en el VI Plan de la Nación, para el sector salud se lee como objetivo número 1 lo siguiente:

"Proporcionar a la población una prestación de servicios de salud con las siguientes características: accesible, oportuna, integral, con énfasis preventivo, de alta calidad y sensiblemente igual para todos los individuos".\* (40)



Metodológicamente resulta muy difícil hacer una separación tajante entre aquellos demandantes de atención médica que acuden a uno u otro subsector. Sin embargo, es posible afirmar, que al subsector público pueden acudir TODOS los ciudadanos en busca de atención médica, mientras que al subsector privado sólo pueden acudir aquellos que están en condiciones de pagar. Nos hallamos ante la presencia de una superposición de coberturas que sólo funcionan en un sentido: del subsector público hacia el subsector privado pero no al revés.

\*Subrayado nuestro.

(40) (VI Plan de la Nación 1981-1985. Sector Salud y Nutrición. p. 17).



Los datos a nuestro alcance discriminan escasamente las categorías de ingreso para los fines que aquí queremos demostrar. La Encuesta de Hogares por Muestreo que realiza semestralmente la OCEI clasifica a los sectores de mayores ingresos a partir de Bs. 5.000 (y esto sólo desde 1976). Es difícil imaginarse que un grupo familiar con un ingreso mensual de Bs. 5.000 pueda pagarse un tratamiento en la actualidad en una Clínica lucrativa privada si tenemos en cuenta los precios que estas cobran por sus servicios, ~~que~~ constantemente ~~son~~ denunciados en la prensa por lo abusivos, y que no están sujetos a ningún tipo de control ~~ya sea~~ gubernamental o gremial.

No obstante, y a mero título ilustrativo, se ha calculado para los años 1976-1977 lo que les corresponde como gasto en salud al segmento de la población que devenga más de Bs. 5.000 y lo que les corresponde a los que obtienen menos de esa cantidad. El cálculo se realizó dividiendo respectivamente para los años 1976 y 1977 lo que correspondía al gasto privado en salud entre el número de personas que constituían los hogares que obtenían un ingreso superior a Bs. 5.000 y el monto del Gasto Público en Salud dividido por el número de personas que constituyen los hogares con ingresos inferiores a Bs. 5.000.

El resultado fue que para el segmento de altos ingresos correspondía en 1976 un gasto en salud de 3.956 bolívares per cápita y en 1977 de 2.916 bolívares contra 273 bolívares y 331 bolívares per cápita para los sectores con ingresos menores de Bs. 5.000 (Ver Cua-

dro N° 26)

Cuadro N° 26

GASTO PER CAPITA SEGUN INGRESOS DE LA POBLACION

AÑOS	1 Número de miembros en los hogares con ingresos más de Bs. 5.000	2 Número de miembros en los hogares con ingresos menores de Bs. 5.000	3 Gasto Privado (mill. de Bs)	4 Gasto Público (mill. de Bs)	3/1	4/2
1976	693.374	10.832.549	2.743	2.953	3956	273
1977	1.081.833	10.978.238	3.155	3.636	2916	331

Fuente: OCEI, BCV, Cálculos propios del gasto per cápita.

Esta diferencia no habla propiamente de "igualdad" en la atención médica y es nada menos que del orden de unas diez veces más para el sector de altos ingresos que para el resto de la población. Cabe agregar al cálculo anterior que <sup>en el</sup> Gasto Público en Salud se ha considerado la cifra global, sin tomar en cuenta que una parte de ella se dedica a Medicina Preventiva y Saneamiento Ambiental, actividades estas que abarcan a todos los habitantes del país por igual y no sólo a los sectores con ingresos inferiores a Bs. 5.000. Igualmente, hay que decir que el subsector privado no realiza este tipo de actividades, advertido lo cual, la cifra para los sectores de bajos ingresos está sobrevaluada.

Una situación similar ocurre con las camas públicas y privadas, calculado su acceso a las mismas bajo el mismo supuesto que se ha empleado anteriormente (Cuadro N° 221)

En 1976 existían 6,7 camas por 1000 habitantes para el sector de altos ingresos (6% de la población total), mientras que para el resto correspondían 2,9 camas x 1000 habitantes (94% de la población). Para 1977 las cifras eran de 7.0 y 2.9 camas por 1000 habitantes respectivamente. En esos mismos años, para el total de la población, el número de camas era de 2,9 y 3,1 por 1000 habitantes.

\* Es bueno recalcar que si bien quizás las políticas estatales no han propiciado directamente estos tremendos desbalances al interior de la población de nuestro país, tampoco han hecho mucho por corregirlos y que una política estatal de atención médica "igualitaria" debe necesariamente contemplar este hecho de la realidad e implementar me-

Cuadro N° 27

Camas por 1.000 habitantes según ingreso de la población

Años	+ Bs. 5.000 %	- Bs. 5.000 %	Camas Privadas	Camas Públicas	Camas Priv./1000 hab.	Camas Pub./1000 hab.
1976	6	94	4669	31494	6.7	2.9
1977	9	91	7569	32118	7.0	2.9

Fuente: B.C.V. y Encuesta de Hogares por Muestreo.

didas para corregir las injusticias generadas.

A la luz de las consideraciones anteriores cabe aquí preguntarse si la política de Gasto Público en salud que ha sido desarrollada por los gobiernos de las dos últimas décadas ha sido redistributiva de la riqueza que se genera en el país o no. Si nos atenemos estrictamente a la superficialidad de un postulado como el que indica que por el hecho de que el gasto se hace para todos y todos tienen acceso a los servicios de atención médica que produce el Edo., habría que contestar afirmativamente. Sin embargo, la realidad es otra.

Como ya se ha expresado ~~anteriormente en este número de trabajo~~, la mayor parte de los fondos destinados al Gasto Público en salud provienen de la <sup>renta</sup> petrolera que percibe el <sup>Estado</sup> venezolano. <sup>Con ellos</sup> ~~El Estado~~ <sup>se</sup> ~~financia~~ <sup>por una parte</sup> actividades como las de Saneamiento Ambiental, Vigilancia Epidemiológica, Campañas de Vacunación, Control de Alimentos, etc., que benefician a todos los habitantes por igual, ~~son~~ <sup>y por lo</sup> ~~otras~~ <sup>otras</sup> ~~actividades~~ <sup>de</sup> atención médica curativa ~~que realizan~~ ~~estas~~ dirigidas de hecho a sólo un sector de la población, aquel que no está en condiciones de autofinanciarse su propia atención. Los sectores de altos ingresos lo hacen generalmente por medio del pago directo u otros mecanismos como los seguros <sup>privados</sup> mientras que la fuerza laboral ocupada lo hace a través del IVSS que recolecta sus fondos de entre los propios beneficiarios, descontándoselos, mes a mes, de sus salarios <sup>o de los</sup> ~~de~~ <sup>de los</sup> ~~aportes~~ empresariales, <sup>que no son otra cosa que</sup> ~~parte de~~ <sup>plusvalores generados por los trabajadores.</sup>

Es de fácil comprobación empírica que de cada uno de los subsectores antes mencionados genera un tipo muy distinto de atención médica: una para los sectores pudientes, otra para los beneficiarios del IVSS (IPASME y otros institutos similares) y finalmente

102

una para los sectores de más bajos ingresos, hacia los cuales el Estado no está "redistribuyendo", sino, como ya se ha dicho, manteniendo en -- condiciones de poder ingresar al mercado laboral a una parte de la fuerza de trabajo que se encuentra fuera de él por diversas causas y que constituye la forma particular que adopta en nuestro caso el llamado ejército industrial de reserva. En forma similar prepara a las futuras generaciones de trabajadores a través del acento en los programas de atención materno infantil. De esa forma no "redistribuye", sino que más bien, subvenciona al capital que necesita de una fuerza de trabajo en buenas condiciones para trabajar.

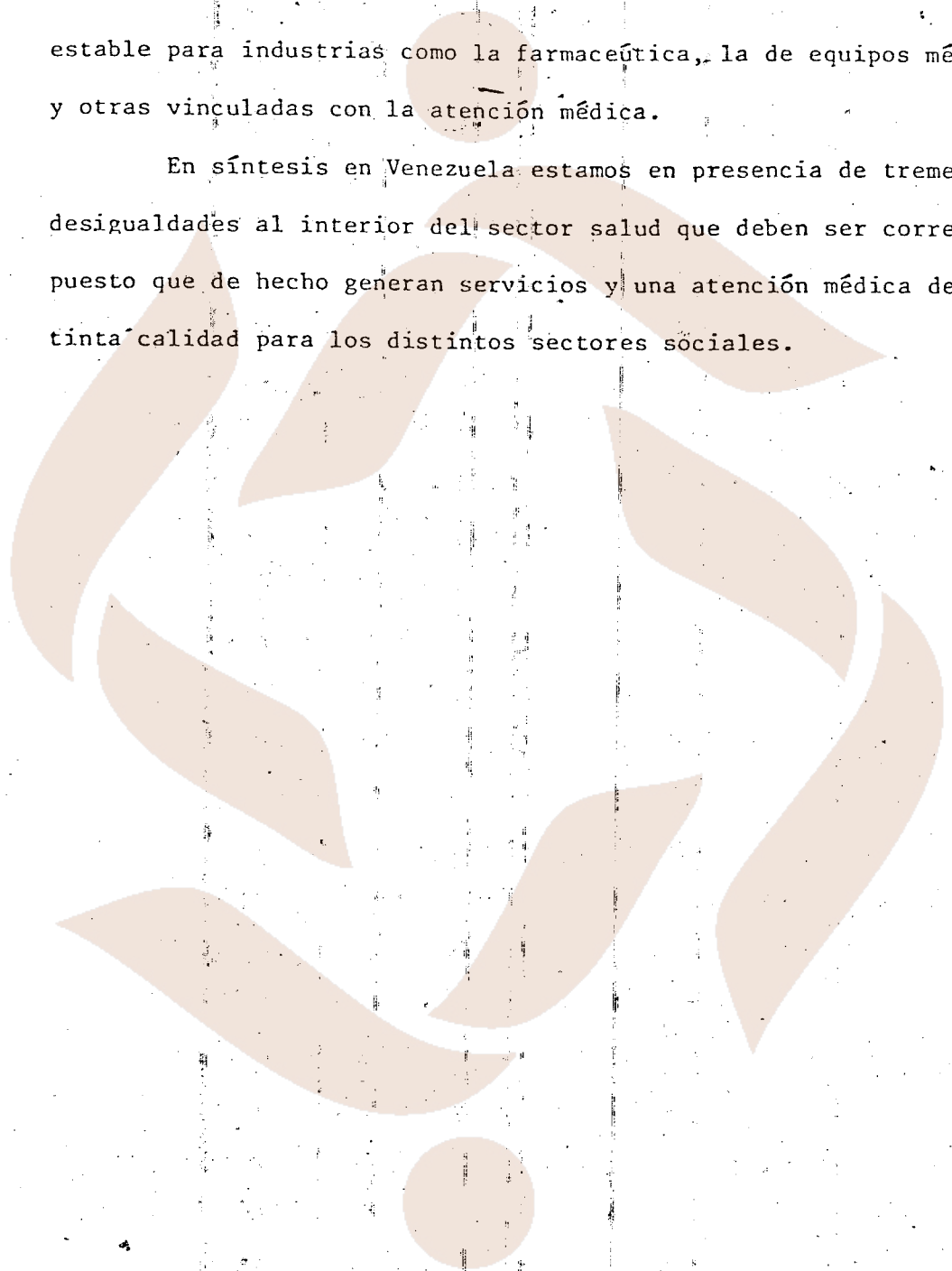
" Tampoco redistribuye cuando permite y no corrige las enormes desigualdades cualitativas subsectoriales que se han dado en la prestación de servicios de atención médica, a la vez que favorece el crecimiento de un subsector privado en expansión que no genera mayores tensiones sociales, pues el Estado se hace cargo además de aquellos servicios de atención médica que no resultan tan rentables y que abarcan una gama de servicios que va desde la atención de pacientes crónicos hasta la compra de equipos que por su baja utilización serían antieconómicos para el subsector privado.

Cuando la calidad de la atención y de los servicios que se prestan en los hospitales estatales es baja, de hecho se está estimulando al usuario -- que puede hacerlo a que acuda a los servicios de medicina privada de mayor eficiencia, aunque sólo se deba a que aquellos que atienden deficitariamente por la mañana en el hospital, lo hacen esmeradamente por la tarde en la clínica.

Otro aspecto importante que sólo dejamos enunciado en relación al Gasto Público en Salud, es su función de mercado seguro y

estable para industrias como la farmacéutica, la de equipos médicos y otras vinculadas con la atención médica.

En síntesis en Venezuela estamos en presencia de tremendas desigualdades al interior del sector salud que deben ser corregidas puesto que de hecho generan servicios y una atención médica de distinta calidad para los distintos sectores sociales.



#### 4.- Gastos en Salud y su Redistribución

Habiendo desarrollado ya en el punto anterior algunas ideas básicas acerca del carácter presuntamente redistributivo que podría tener el Gasto Público en Salud en cuanto a su impacto sobre los distintos sectores socioeconómicos, en este punto se <sup>intenta</sup> ahondar el análisis centran- do el problema en dos aspectos: la distribución regional del Gasto Pú- blico en Salud y el análisis de los programas de salud que son implemen- tados por el sub-sector público.

##### 4.1 Distribución regional del Gasto Público en Salud

Revisar la distribución del gasto público en salud por regio- nes o entidades federales resulta una tarea ardua ~~de realizar~~ <sup>e</sup> impre- cisa; <sup>por</sup> la carencia de cifras confiables de lo que se gasta efectivamen- te en salud en cada estado <sup>o región</sup> es una limitante difícil de salvar. En las fuentes consultadas (B.C.V., OCEI, Ministerio Hacienda, MSAS) no está ag<sup>en</sup>terado en ningún cuadro estadístico el gasto discriminado por entida- des federales.

La dotación de recursos para el Gasto Público en Salud que realizan los estados proviene de lo que asigna el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de su presupuesto, lo que se destina a las activida- des de salud del Situado Coordinado y lo que las propias entidades in- vierten y que recaudan autónomamente. Es por esta razón que se ha pre- ferido analizar este aspecto desde un punto de vista indirecto. Para ello, se han elegido algunos de los indicadores que ya fueron explica- dos en el punto 2.5. Ellos son: el número de habitantes por cama, el número de habitantes por médico y la tasa bruta de mortalidad. Estos indicadores de alguna manera son expresión de los recursos que se asig-



a  
nan ~~por~~ cada una de las regiones y entidades.

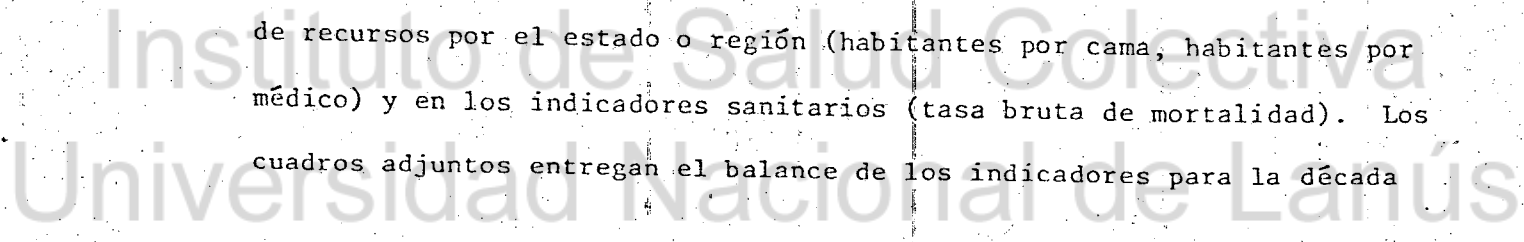
Venezuela presenta características regionales que son propias de su desarrollo económico y social, visto desde una perspectiva histórica. En algunas épocas de su historia <sup>(algunas)</sup> ~~o~~ zonas del país que se desarrollaron más que otras, que fueron quedando relegadas a un lugar secundario. En la actualidad es posible distinguir ~~la presencia de estados don-~~ <sup>un reducido grupo de</sup>

entidades

donde se ha concentrado el proceso de industrialización que ha signado el desarrollo venezolano de las últimas décadas (caso Carabobo, Aragua), junto a estados que siguen siendo eminentemente agrícolas (Portuguesa, Barinas, etc.). Grandes núcleos urbanos concentran a la mayor parte de la población venezolana como resultado de los procesos de migración del campo a la ciudad (Caracas, Maracaibo, Valencia, etc.). En pocas décadas Venezuela ha pasado de ser un país rural a un país urbano, lo cual también tiene -como ya hemos insinuado- sus consecuencias sobre las condiciones de salud de la población.

No sólo eso, estas determinaciones y otras se reflejan en una dotación de recursos diferenciados para los distintos estados de acuerdo a las políticas y prioridades sanitarias que fija el Estado. También juegan un rol determinante en ese sentido la capacidad que puedan tener las fuerzas sociales en cada estado para ejercer presión sobre las estructuras estatales con el fin de atraer más recursos.

Las consecuencias se reflejan por un lado en la disponibilidad de recursos por el estado o región (habitantes por cama, habitantes por médico) y en los indicadores sanitarios (tasa bruta de mortalidad). Los cuadros adjuntos entregan el balance de los indicadores para la década



70-79 para los dos primeros indicadores y 60-79 para la tasa bruta de mortalidad.

El primer hecho notable que es fácil de advertir es que la Región Capital posee el mayor número de camas por 1.000 habitantes (ver Cuadro 28). Es en esta Región donde se concentra el poder político, técnico y administrativo del país, además de constituir un importante núcleo urbano. Una observación más cuidadosa pondrá de relieve los enormes desniveles que existen al interior de esa región en lo que respecta al Edo. Miranda y al Distrito Federal, siendo este último el que tiene la mejor proporción entre camas y habitantes del país. Un ejemplo de esto es comparar para el año 1976 la situación del Distrito Federal con la del Estado Miranda. Respectivamente el número de camas por 1000 habitantes era de 5,0 y 1,8. Ese mismo año el estudio "Alternativas para la ciudad de Caracas en el año 2000, CENDES en la sección dedicada a "Infraestructura y Equipamiento" señala que para Los Teques, el índice de camas por 1000 habitantes era de apenas 0,56.

El poder asignado de recursos está ubicado físicamente en el Distrito Federal. Este es un hecho que indiscutiblemente tiene que ver con estas desigualdades. A su vez, el modelo centralizador que se ha ido gestando en el país hace que el Distrito Federal absorba demanda de otras regiones del país, tanto de aquellas inmediatamente vecinas (caso Miranda y su capital) como de aquellas más alejadas donde no se desarrollan servicios de atención médica especializados, por ejemplo.

La Región Central junto a la Región de Guayana y a la Región Zuliana son las que presentan -a continuación- las mejores cifras de dotación de camas por 1.000 habitantes. Son estas las Regiones del país

A - IV - 115  
SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES  
CAMAS POR CADA 1.000 HABITANTES POR REGIONES

Regiones Administrativas	1970*	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Región Capital	4,3	4,0	4,1	4,2	4,0	4,2	4,6	4,0	3,9	3,9
Dto. Federal	5,4	5,2	5,1	5,2	5,0	5,3	5,0	5,3	6,1	5,0
Miranda	1,9	1,8	1,9	2,0	1,9	1,9	1,8	1,4	1,4	1,6
Región Central	4,0	3,8	3,6	3,6	3,3	3,5	3,4	3,4	3,6	2,9
Aragua	1,8	1,7	1,8	2,1	2,0	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1
Carabobo	6,1	5,9	5,3	5,1	4,9	4,8	4,8	4,7	5,0	3,8
Cojedes	1,7	1,8	2,1	2,0	2,0	2,1	1,0	2,0	2,6	2,0
Región de Los Llanos	1,6	1,5	1,5	1,7	1,7	1,6	1,9	1,6	2,9	2,8
Apure	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,6	1,5
Guárico	1,5	1,5	1,4	1,9	1,7	1,7	2,1	3,8	3,6	3,0
Región Centro-Occidental	2,2	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2
Falcón	2,0	2,0	1,9	2,0	2,1	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6
Lara	2,5	2,4	2,3	2,5	2,6	2,5	2,4	2,2	2,3	2,3
Portuguesa	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,7	1,6	1,9	1,9	1,8
Yaracuy	2,9	2,8	2,9	2,8	2,8	2,9	2,9	3,7	3,7	3,0
Región Zulia	3,2	3,1	3,0	3,0	2,7	2,9	2,9	3,6	3,7	3,5
Zulia	3,2	3,1	3,0	3,0	2,7	2,9	2,9	3,6	3,7	3,6
Región de Los Andes	2,5	2,3	2,5	2,4	2,2	2,2	2,2	2,4	2,4	2,3
Barinas	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,2	1,3	1,4
Mérida	2,3	2,2	2,1	2,9	2,9	2,8	2,7	3,0	3,0	2,9
Táchira	3,3	2,9	2,8	2,7	2,3	2,2	2,2	2,6	2,7	2,6
Trujillo	2,7	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,3	2,3	2,2
Región Nor-Oriental	2,6	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,2	2,4	2,2
Anzoátegui	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1
Monagas	2,8	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,7	2,4	2,6	2,2
Sucre	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,4	2,2
Región Insular	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6	2,3	2,5	2,3
Nueva Esparta	1,6	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	2,3	2,5	2,3
Región de Guayana	3,9	3,8	3,5	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,8
Bolívar	4,2	4,0	3,8	3,8	3,7	3,6	3,5	3,3	3,3	3,6
T.F. Amazonas	2,4	2,3	2,3	2,2	2,8	2,7	2,5	3,1	3,0	2,9
T.F. Delta Amacuro	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1
Total	3,2	3,0	3,0	3,0	2,8	2,8	2,8	3,1	2,1	3,0

Fuente: M.S.A.S., y O.C.E.I.

en las que el proceso de industrialización y el desarrollo capitalista se han dejado sentir con mayor pujanza. Si la política de salud del Estado se inscribe efectivamente dentro de los objetivos de la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo, estas cifras estarían dando la razón a ese supuesto de la acción sanitaria. Nuevamente es posible observar que al interior de esas mismas regiones hay marcados desniveles: en la Región Central es el Estado Carabobo quien tiene el número más alto de camas por 1000 habitantes y en ~~Caracas~~ <sup>la región de Guayana</sup> es el Estado Bolívar. Esto es un reflejo de los desequilibrios en el desarrollo inter-regional.

Las Regiones Centro-Occidental, de Los Andes y Nor-Oriental tienen cifras más o menos parejas en cuanto al número de camas disponibles por 1000 habitantes. Barinas, Portuguesa y Falcón poseen las cifras más bajas entre los estados de estas regiones y Yaracuy, Mérida y Táchira las más altas. En estas regiones encontramos una gran diversidad de actividades económicas predominantes por Estado.

En algunos, aquella es la agricultura, en otros el turismo, en otros la actividad relacionada con el petróleo.

En la Región de Los Llanos hay un enorme desnivel entre Guárico y Apure. Su distinto desarrollo agrícola y la dispersión de la población podrían ser los factores explicativos de dicho fenómeno.

Finalmente la Región Insular presenta cifras intermedias entre los estados que poseen mayor y menor número de camas.

Hay que hacer notar que en las regiones y estados donde existen las mejores cifras de dotación de camas por 1000 habitantes, éstas han ido disminuyendo a lo largo de la última década. Este es un fenómeno per-

X.

fectamente compatible con lo que se apuntaba en el apartado III de este trabajo. Allí se señalaba que las camas del sector público (principal poseedor de camas del país) han ido menguando, mientras que al mismo tiempo ha sido posible observar un explosivo crecimiento del subsector privado. Es obvio que es en los estados de mayor desarrollo donde se han ido concentrando los núcleos poblacionales mayores y constituyendo sectores socioeconómicos de ingresos medios y altos. Justamente es a estos sectores a quienes ha ido dirigida la oferta del subsector privado de atención médica. No se trata de que el subsector privado haya ido absorbiendo una demanda que no puede cubrir el subsector público sino que este último al no ampliar sus servicios y mejorar la calidad de la atención médica que brinda ha abierto las puertas al desarrollo del subsector privado.

Hay Regiones (Centro-Occidental, Los Andes y Nor-Oriental) que han mantenido más o menos estables el número de camas por 1000 habitantes a lo largo de la última década. Al interior de ellas hay estados (como Yaracuy) que han aumentado esa proporción, reflejando una vez más las diferencias en el desarrollo socioeconómico y político de los diferentes sectores. El Estado Zulia entre 1976 sufre un salto ascendente en el número de camas por 1000 habitantes, luego de venirse observando una tendencia decreciente. Este "salto" puede explicarse por el paso al subsector público de las camas de que disponía la industria petrolera después de su nacionalización.

Los parámetros de comparación para estas cifras nos lo ofrece el CENDES, que <sup>como ya se indicó</sup> propone como número ideal de camas por 1000 habitantes

110

para Venezuela la cifra de 4,85 (alternativas para la Ciudad de Caracas) y el MSAS que se contenta con una cifra mucho más modesta: 3,0 (VI Plan de la Nación). Una revisión de la proporción de camas por habitantes de otros países (41) sugiere que para países con un ingreso per cápita comparable al nuestro, la cifra ideal se acerca más a la primera proposición que a la segunda. Sea cual sea el indicador que se utilice, la conclusión es la misma: hay zonas del país bien dotadas del recurso cama y otras que lo están deficientemente. Todo esto no es otra cosa que el reflejo del desarrollo heterogéneo de nuestro país, tanto en su relación con otros países del orbe como internamente. (42). La misma fundamentación teórica sirve para explicar lo que sucede con la distribución regional de médicos. Al igual que para la dotación de camas, el menor número de habitantes por médico lo encontramos en el Distrito Federal, lo cual a su vez determina las cifras de la Región Capital (Cuadro N°29).

Es notable que aquellos estados que cuentan con Facultades de Medicina de universidades autónomas (Distrito Federal, Mérida, Zulia, Carabobo) sean los que tienen mejores proporciones de habitantes por médico, lo cual sería un indicativo de que los profesionales médicos tienden a establecerse en aquellos lugares en los que se han formado. Un caso de excepción lo constituye el Territorio Federal Amazonas, que posee también una de las mejores proporciones habitantes-médicos. Este fenómeno se pue

(41) BANCO MUNDIAL: "Salud, Ensayo sobre la Política del Sector". Febrero 1980.

(42) Al respecto ver" A. Córdova: " Fundamentación histórica de los conceptos de heterogeneidad estructural". Revista FACES. UCV. N°1-4, enero-diciembre 1971. pags. 116 y siguientes.

Cuadro N° 29

111

A — IV — 114  
SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES  
(Habitantes por Médico)

Regiones Administrativas	1970*	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
<b>Región Capital</b>	592,9	577,5	540,8	530,5	516,3	555,7	515,2	526,4	542,4	554,6
Dito. Federal	422,1	412,5	393,9	378,7	367,9	396,9	368,3	376,4	306,4	401,6
Miranda	4.913,7	4.413,8	2.845,9	4.085,6	4.228,5	3.765,7	3.778,9	3.820,6	3.795,9	3.181,1
<b>Región Central</b>	1.441,8	1.345,4	1.208,7	1.143,6	1.139,9	1.102,4	1.076,1	1.042,3	1.057,2	1.022,2
Aragua	1.985,8	1.954,9	1.803,9	1.735,3	1.696,7	1.586,3	1.517,4	1.449,0	1.450,9	1.368,3
Carabobo	1.148,9	1.049,1	928,7	871,1	882,7	874,8	866,0	843,7	863,4	874,3
Cojedes	1.808,5	1.638,3	1.525,0	1.475,0	1.337,7	1.174,7	1.096,9	1.073,1	1.062,0	794,4
<b>Región de Los Llanos</b>	2.505,4	2.301,3	2.280,8	2.157,6	2.079,2	1.967,1	1.904,7	1.775,6	1.723,7	1.523,9
Apure	2.721,6	2.328,9	2.236,0	2.129,8	2.138,2	2.122,3	2.061,8	1.802,9	1.652,3	1.445,3
Guárico	2.406,6	2.287,3	2.304,7	2.172,3	2.050,0	1.895,7	1.832,9	1.761,9	1.762,8	1.566,7
<b>Región Centro-Occidental</b>	1.897,8	1.797,5	1.688,6	1.551,0	1.514,7	1.484,1	1.439,7	1.413,7	1.427,9	1.384,8
Falcón	1.793,5	1.755,6	1.626,9	1.567,2	1.484,7	1.485,0	1.462,2	1.450,6	1.453,6	1.411,5
Lara	1.649,9	1.552,7	1.473,8	1.291,2	1.268,3	1.269,4	1.281,7	1.294,5	1.320,6	1.312,9
Portuguesa	2.412,9	2.297,2	2.121,3	2.032,1	2.043,4	1.891,7	1.700,3	1.685,7	1.673,6	1.521,7
Yaracuy	2.612,4	2.328,7	2.207,8	2.124,8	2.172,5	1.913,7	1.668,6	1.432,0	1.447,8	1.396,7
<b>Región Zuliana</b>	971,1	937,1	864,7	801,1	785,4	783,9	781,7	799,3	813,6	819,3
Zulia	971,1	937,1	864,7	801,1	785,4	783,9	781,7	799,3	813,6	819,3
<b>Región de Los Andes</b>	1.493,3	1.398,4	1.273,5	1.208,3	1.130,3	1.138,1	1.104,5	1.102,4	1.108,0	1.070,4
Barinas	2.767,9	2.407,2	2.338,9	2.178,5	2.048,9	2.002,8	1.933,1	1.911,8	1.833,3	1.714,2
Mérida	916,4	871,9	775,8	716,9	666,9	669,7	644,0	643,8	650,1	643,2
Táchira	1.788,6	1.659,4	1.503,6	1.485,3	1.360,9	1.380,9	1.401,7	1.403,2	1.411,9	1.377,5
Trujillo	1.610,0	1.528,1	1.417,5	1.345,1	1.299,8	1.315,7	1.228,4	1.221,4	1.238,9	1.150,0
<b>Región Nor-Oriental</b>	1.912,2	1.811,2	1.691,6	1.632,3	1.550,6	1.484,4	1.415,9	1.426,7	1.438,5	1.362,1
Anzoátegui	1.810,7	1.764,6	1.655,0	1.602,6	1.514,3	1.506,1	1.465,1	1.467,8	1.485,6	1.429,1
Monagas	1.671,6	1.039,4	972,6	939,7	903,0	852,0	852,0	1.269,9	1.265,8	1.161,9
Sucre	2.281,8	2.072,5	1.873,9	1.814,0	1.731,1	1.612,6	1.554,5	1.530,4	1.500,8	1.447,8
<b>Región Insular</b>	1.198,8	1.153,1	1.118,8	1.118,2	1.090,2	970,8	915,5	947,1	928,6	848,4
Nueva Esparta	1.198,2	1.153,1	1.118,8	1.118,2	1.090,2	970,8	915,5	947,1	928,6	848,4
<b>Región de Guayana</b>	1.205,3	1.569,8	1.447,0	1.331,0	1.218,4	1.144,5	1.096,9	1.108,8	1.082,9	1.046,9
Bolívar	1.611,0	1.520,2	1.396,2	1.517,6	1.193,2	1.121,1	1.084,3	1.116,8	1.098,3	1.068,4
T.F. Amazonas	1.224,6	1.194,5	1.165,3	1.086,2	939,1	863,7	711,2	657,1	643,1	645,9
T.F. Delta Amacuro	2.714,2	2.647,4	2.443,2	2.066,1	1.771,3	1.697,4	1.685,5	1.494,5	1.349,8	1.185,0
<b>Total</b>	<b>1.098,0</b>	<b>1.040,0</b>	<b>965,7</b>	<b>923,0</b>	<b>895,1</b>	<b>911,4</b>	<b>863,6</b>	<b>874,5</b>	<b>888,4</b>	<b>879,4</b>

Fuente: M.S.A.S. y O.C.E.I.

de deber a varias razones: censo incompleto de la población, política especial del MSAS hacia ese territorio Federal, establecimiento de un número escaso de medios con una población tan escasa, lo cual hace elevar fácilmente los promedios.

Hay que hacer notar que el número de habitantes por médico que se analiza en el presente trabajo corresponde a promedios nacionales y regionales, por lo que no refleja la concentración o dispersión de los recursos humanos en relación a la población. Fácil es advertirlo si se echa un vistazo a los promedios nacionales expuestos en el cuadro y se los compara con las cifras que corresponden a los estados.

Aunque el Estado tiene mecanismos legales tendientes al establecimiento de los médicos en la zona del país que más lo necesita (pasantías rurales, internados rotatorios), esta política parece ser insuficiente a la luz de las cifras.

(42)  
En 1977

[Redacted]

y de acuerdo a las cifras disponibles para el mundo, en América del Sur Tropical el promedio de habitantes por médico era de 1.596. El promedio nacional para Venezuela en ese año era de 874,5 habitantes por médico, pero en los distintos estados del país, las cifras oscilaban entre las que estaban por encima de ese promedio (Barinas, Portuguesa, Guárico, Apure y Miranda), las que estaban alrededor de aquella (Aragua, Falcón, Yaracuy, Táchira, Anzoátegui, Sucre, Territorio Federal Delta Amacuro), hasta aquellas que se acercan más a las cifras de los países desarrollados de América del Norte y Europa (Distrito Federal,

Carabobo, Zulia, Mérida, Territorio Federal Amazonas), sin que eso sig-

(43)

Según la Organización Mundial de la Salud, Revista San-



nifique que en estos mismos últimos estados otros indicadores sanitarios se igualen a los de aquellos países.

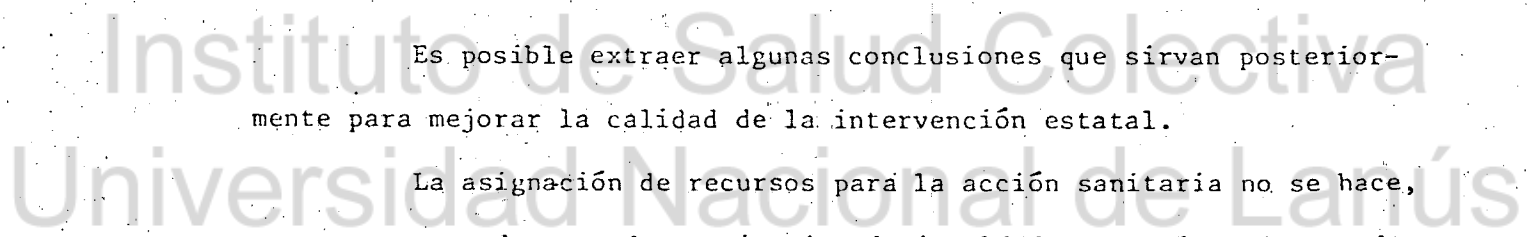
Finalmente, la revisión de las tasas brutas de mortalidad apunta en el mismo sentido que el análisis de los dos indicadores anteriores. Nuevamente se encuentran enormes desniveles. Hay estados que están por encima de la media nacional y otros que están por debajo de ella. Los saltos abruptos de año a año de las tasas de mortalidad que es posible observar en algunos casos, son probablemente mucho más la consecuencia de fallas en la recolección de datos que variaciones efectivas de la mortalidad (ver Cuadro <sup>Nº 30</sup>)

Conclusiones:

Si los indicadores elegidos refleja, efectivamente la situación regional de salud y la correspondiente asignación de recursos, se puede concluir que existen enormes desequilibrios regionales al interior de Venezuela, con desequilibrios que posiblemente se acentuarían si contamos con datos que revelen cual es la situación urbana versus la situación rural. Aunque probablemente una parte de las diferencias puedan ser explicadas por las características físicas de una entidad, una parte mucho mayor debe ser explicada por los desequilibrios en el desarrollo socioeconómico, aspecto en el cual también tiene incidencia en el Gasto Público en Salud. Sobre esto último es posible actuar a través de políticas estatales.

Es posible extraer algunas conclusiones que sirvan posteriormente para mejorar la calidad de la intervención estatal.

La asignación de recursos para la acción sanitaria no se hace, aparentemente, de acuerdo a criterios de igualdad. Pareciera desprenderse



607.77330

TASAS DE MORTALIDAD POR ENTIDADES

DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD EN VENEZUELA CLASIFICADAS SEGUN ENTIDADES FEDERALES PALK CADA UNO DE LOS AÑOS 1964-1968

ENTIDADES FEDERALES	DEFUNCIONES										TASAS DE MORTALIDAD (1)									
	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979				
VENEZUELA	55.354	54.940	53.466	50.912	41.548	41.491	42.111	61.877	57.784	7.3	7.2	7.0	7.2	7.1	6.8	6.7				
Derecho Federal	7.876	8.340	8.504	9.003	9.459	9.412	9.317	9.514	9.177	10.373	6.4	6.5	6.4	6.0	5.7	5.5				
Estados	2.156	2.340	2.197	2.437	2.609	2.451	2.391	2.291	2.375	2.616	5.8	6.1	5.5	5.9	5.4	5.0				
Aragua	650	744	706	697	777	900	769	842	759	863	5.6	4.3	5.7	6.7	5.5	5.6				
Apure	2.208	2.153	2.281	2.338	2.620	2.717	2.657	2.834	2.981	3.1	7.0	6.6	6.7	7.3	7.7	6.9				
Barinas	1.167	1.178	1.331	1.499	1.679	1.539	1.499	1.679	1.657	1.6	8.5	8.9	8.8	9.2	9.1	8.6				
Bolívar	1.293	1.338	1.313	1.495	1.401	1.775	1.807	1.845	2.036	3.9	5.9	5.7	5.3	5.7	5.9	5.0				
Carabobo	3.091	3.324	3.180	3.441	3.554	3.803	3.700	4.114	4.341	9.3	8.6	8.0	8.4	8.2	8.3	7.0				
Cojedes	675	774	671	717	720	674	700	617	644	730	9.5	9.9	9.1	9.3	9.3	8.0				
Cristóbal Colón	2.170	2.171	2.506	2.102	2.195	2.338	2.168	2.152	2.274	2.513	6.5	6.4	5.9	6.1	6.2	5.8				
Falcón	1.663	1.591	1.688	1.750	1.773	1.854	1.907	1.997	1.957	2.085	6.9	6.4	6.6	6.6	6.8	6.2				
Guárico	4.177	4.191	4.471	4.664	4.723	4.828	4.641	4.751	4.992	8.6	8.5	8.7	8.6	8.8	8.2	8.4				
Lara	2.953	2.879	2.891	3.019	3.235	3.043	3.185	3.210	3.200	3.136	11.1	10.6	10.4	10.6	11.2	10.2				
Mérida	2.744	2.725	2.782	2.765	3.064	3.043	3.157	3.210	3.431	3.388	5.7	5.5	5.4	5.2	5.3	5.3				
Miraflores	1.521	1.564	1.470	1.592	1.677	1.623	1.662	1.597	1.596	6.3	6.3	5.8	5.7	5.9	6.1	5.7				
Monagas	627	625	640	614	610	679	643	658	714	742	7.1	7.0	7.0	6.6	6.4	6.4				
Nueva Esparta	2.374	2.254	2.184	2.510	2.375	2.630	2.470	2.648	2.789	11.5	10.9	10.2	11.4	10.4	9.9	10.3				
Paraguarí	2.657	2.517	2.414	2.715	2.842	2.697	2.674	2.758	2.923	7.2	6.3	5.8	6.4	6.6	6.1	6.0				
Trujillo	4.272	4.044	4.134	4.678	4.450	4.131	4.513	4.313	4.211	10.5	10.0	10.1	10.1	9.9	9.5	8.8				
Táchira	3.621	3.466	3.185	3.427	3.576	3.477	3.404	3.277	3.431	3.442	10.2	10.3	10.1	10.2	9.9	9.5				
Venezuela	1.707	1.716	1.737	1.665	1.804	1.606	1.697	1.699	1.864	9.9	9.7	9.6	9.6	8.3	8.4	8.1				
Zulia	5.597	5.209	5.555	5.841	5.977	6.704	6.374	6.627	6.970	7.697	6.2	5.7	5.7	6.1	5.5	5.6				
Tasas Federales	87	102	117	110	115	120	119	182	187	214	9.4	9.4	9.1	9.5	9.4	12.3				
Arteses	118	175	185	178	202	225	210	247	254	284	3.5	5.7	5.4	5.9	6.6	7.8				

(1) Cálculo según la "Proyección de la Población de Venezuela" Dirección General de Estadística, O. A. D.

CUADRO DE TASAS DE MORTALIDAD EN LA CIUDAD FEDERAL, 1970-79

Entidad Federal	Tasas de mortalidad (por mil habitantes)									
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL .....	6,6	6,6	6,7	6,8	6,3	6,2	6,1	5,8	5,5	5,5
Ciudad Federal	5,1	6,0	6,1	6,1	6,1	5,8	5,8	5,4	5,3	5,2
Estados:										
Árdenbergui .....	5,3	5,6	5,2	5,2	5,0	5,1	4,8	4,7	4,4	4,5
Apure .....	5,7	5,9	5,9	6,6	5,7	5,9	5,6	4,9	4,5	5,1
Aragua .....	7,5	6,2	5,9	6,4	6,0	5,8	6,1	5,9	5,7	5,7
Bolívar .....	9,8	8,2	7,7	8,4	7,7	7,3	7,1	7,0	6,4	5,7
Cóchiva .....	5,6	6,3	5,8	6,1	5,8	6,1	6,0	5,8	6,3	6,0
Carabobo .....	8,9	7,4	7,8	7,3	7,2	7,0	6,9	6,4	6,3	6,3
Coahuila .....	7,8	8,1	7,9	8,6	7,6	7,7	7,6	6,8	6,9	6,5
Falcón .....	5,9	5,6	6,3	6,1	5,5	5,3	5,3	5,0	4,6	4,7
Guarico .....	5,8	6,0	6,3	6,6	6,4	6,0	5,8	5,6	5,1	5,2
Lara .....	8,6	7,9	8,1	7,9	7,2	7,1	6,9	6,5	6,2	6,0
Mérida .....	9,7	10,1	9,1	9,6	8,6	8,2	7,9	7,3	6,8	6,7
Miranda .....	5,1	4,3	4,5	4,6	4,3	4,3	4,3	4,3	4,2	4,1
Monagas .....	5,0	5,2	5,9	5,1	4,5	4,7	4,5	4,6	4,0	3,9
Nueva Esparta .....	6,6	5,5	6,1	6,6	7,0	6,8	7,1	6,8	6,3	6,1
Portuguesa .....	9,1	9,7	9,7	10,8	8,4	8,8	8,4	7,8	6,8	6,8
Sucre .....	5,8	6,2	6,5	6,5	5,8	6,0	5,8	5,4	4,8	4,8
Tachira .....	8,4	8,4	9,1	8,7	7,3	7,4	7,2	6,8	6,4	6,2
Trujillo .....	8,9	9,3	9,6	10,2	8,9	8,6	8,2	8,0	7,1	6,8
Yaracuy .....	9,3	8,5	8,9	8,0	7,6	7,3	7,1	7,0	6,3	6,5
Zulia .....	5,7	5,9	6,0	6,1	6,1	5,8	5,5	5,7	5,4	5,5
Territorio Federal:										
Amazónas .....	9,1	5,8	6,9	8,8	6,3	8,4	6,0	9,0	6,5	8,2
Delta Amacuro .....	11,4	7,3	6,0	4,5	6,3	7,4	5,1	6,7	6,1	5,2

Nota: Las tasas de 1970 fueron calculadas según la "Proyección de la Población de Venezuela" 1970. Las tasas de 1971-79 fueron calculadas según la "Proyección de la Población de Venezuela" 1975.

con claridad que el Estado asigna mayores recursos a las regiones más desarrolladas o donde se concentra mayor desarrollo socioeconómico, en detrimento de otros. En este sentido, es importante señalar también como factor explicativo la presencia de grupos de presión regionales capaces de captar mayores recursos para su región.

La presencia de ~~factores como~~ universidad<sup>es</sup> en algunos estados parece ser un factor determinante para la fijación del recurso médico en esas entidades, lo cual a su vez hace que los mismos médicos se constituyan en grupos de presión para la asignación de mayores recursos, lo que ~~tendiéndose con esto a~~ la distribución desigual de los mismos.

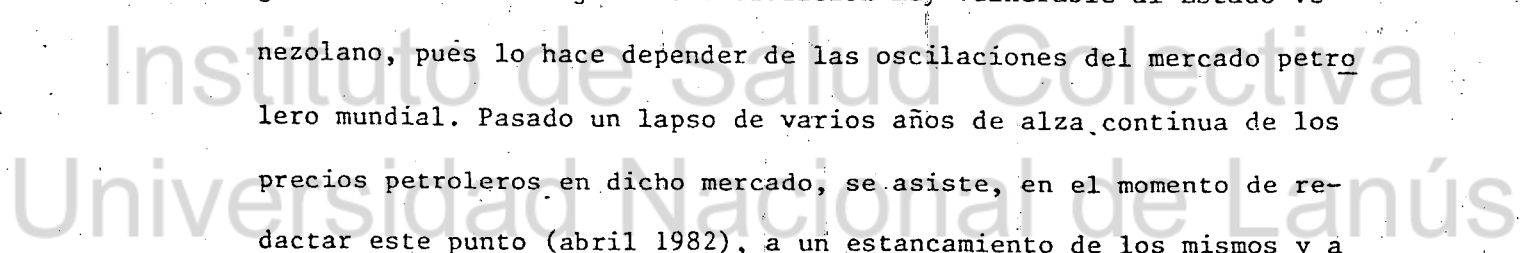
*tende a agravar aún más*

5.- Perspectivas para la próxima década.

Intentar una aproximación a lo que será el comportamiento del Gasto Público en Salud en la próxima década no parece una tarea muy sencilla si se aspira a ser exacto. Existen varias formas de abordar el asunto. Una primera sería proyectar el crecimiento del Gasto Público en Salud y su distribución de acuerdo a lo que ha sido la tendencia histórica de las décadas de los 60 y de los 70 y que ya ha sido señalada y comentada en otra parte de este trabajo.

Otra forma de encarar el problema sería recurrir a lo que el sector oficial presupone que sucederá con el Gasto Público en salud en el próximo quinquenio y que está expuesto en el VI Plan de la Nación para el Sector Salud (página 32 y siguientes). Cabe advertir que esta última proyección es bastante general y no se ajusta a la metodología que se ha seguido para el análisis del Gasto Público en Salud en este trabajo.

Cuando se señalaba cuál era el origen de los fondos que el Estado asigna al Gasto Público en Salud, se ha afirmado que la mayor parte de ellos proviene de la renta petrolera, principal fuente de ingresos del fisco nacional. Sabido es que tal dependencia del único origen de los fondos deja en una situación muy vulnerable al Estado venezolano, pues lo hace depender de las oscilaciones del mercado petrolero mundial. Pasado un lapso de varios años de alza continua de los precios petroleros en dicho mercado, se asiste, en el momento de redactar este punto (abril 1982), a un estancamiento de los mismos y a una tendencia o al menos presiones hacia la baja de los precios que



tratan de ser contrarestados por la OPEP. Sin embargo, el Estado venezolano se encuentra ya a las puertas de una nueva realidad que ha obligado al gobierno a redefinir las proyecciones de los ingresos provenientes del petróleo, lo cual a su vez tiene una repercusión directa sobre las proyecciones presupuestarias y sobre las muy optimistas del VI Plan. De hecho ya se ha asistido a los recortes presupuestarios que la nueva coyuntura petrolera ha obligado a efectuar en el presupuesto de 1982.

Es por estas razones que no parece adecuado proyectar crecimiento del Gasto Público en Salud de acuerdo a las tendencias observadas en los últimos años. Cualquier proyección quedaría superada por una realidad cambiante, que si bien no es imposible predecir, nunca será lo suficientemente exacta.

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta en estas consideraciones preliminares es el de la eficiencia del Gasto Público en Salud. Es de sentido común sostener que mientras más eficientemente se utilice lo que se gaste en salud, se logrará abarcar un mayor número de actividades de prevención y atención médica a igual o menor costo. Si se toman algunos indicadores de rendimiento para el subsector público, habrá que llegar a la conclusión de que la utilización y el rendimiento de los recursos del subsector público es bajo.

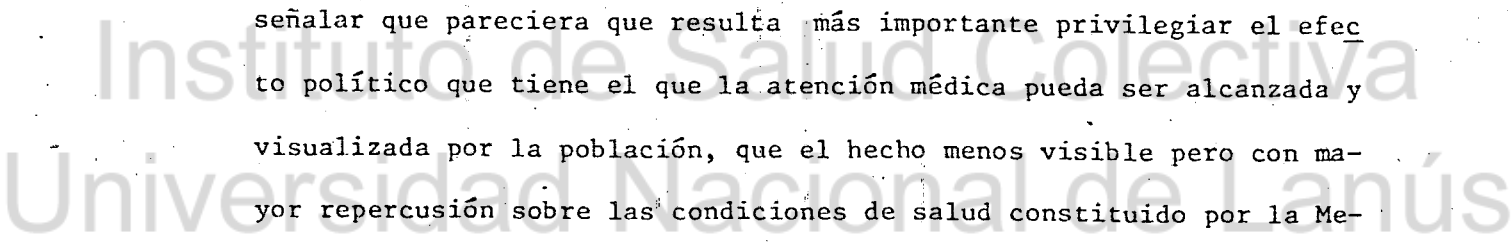
El número de consultantes por hora/médico para el caso del MSAS es de 2,3; el de la ocupación de las camas es del 75% (datos tomados del diagnóstico del sector salud del VI Plan de la Nación). Estas cifras conducen a varias reflexiones: parece evidente que lo anterior implica un despilfarro de recursos que debe ser corregido. No obstan

te esto, si tomamos en cuenta que al mismo tiempo los indicadores -- del estado de salud de la población han mejorado, habría que concluir que esto último no se debe en gran medida a la prestación de atención médica, que como ya hemos visto en otro lugar de este trabajo, presenta serias deficiencias. Esta aparente contradicción entre indicadores de eficiencia del Gasto Público en Salud debe hacer pensar en la necesidad de reformular la forma de evaluar las actividades del sector -- desde una perspectiva más amplia, yendo más allá de explicaciones simplistas como las que le atribuyen a la población "no saber utilizar -- los recursos".

Hechas estas consideraciones previas, es posible señalar y desprender del análisis del Gasto Público en Salud algunas tendencias que podrán ser observadas en el futuro próximo, a menos que una serie de políticas las hagan variar.

- En la medida en que la crisis presupuestaria que se vislumbra afecte los gastos sociales del Estado, la participación del Gasto Público en Salud en los Gastos Totales continuará su tendencia decre---ciente. Obviamente lo mismo tenderá a suceder con la asignación presupuestaria del MSAS.

- Continuará el acento en las actividades curativas en desmendo de las preventivas en el subsector público. En este sentido hay que -- señalar que pareciera que resulta más importante privilegiar el efecto político que tiene el que la atención médica pueda ser alcanzada y visualizada por la población, que el hecho menos visible pero con mayor repercusión sobre las condiciones de salud constituido por la Medicina Preventiva y el Saneamiento Ambiental.



1.10.

- En la misma dirección hay que señalar, que nada parece indicar que se les dará la debida importancia a las medidas de control sobre el ambiente y la contaminación, que ya ha alcanzado algunos hitos espeluznantes en el caso de las intoxicaciones por metales pesados en Morón y de los peces muertos en la Bahía de Carenero, hechos que han tomado estado público.

- También en el sentido de dar más importancia a las actividades curativas que preventivas (al margen de la retórica oficial), no se visualizan políticas oficiales tendientes a concretizar programas de atención integral de la clase trabajadora.

- Si no se logra variar la política oficial en un sentido contrario al señalado anteriormente, asistiremos en los próximos años a un deterioro creciente de las condiciones de salud de la población, puesto que ni siquiera será posible exhibir una mejoría en los indicadores como ha venido ocurriendo hasta ahora, ya que esto tenderá a estancarse (por ejemplo, por el envejecimiento natural de la población) y en algunas áreas a empeorar.

- Nada parece indicar tampoco que las disparidades regionales vayan a corregirse, con lo cual seguirá acentuándose la tendencia centralizadora. Este aspecto no todo es responsabilidad del sector salud. Si no existe una política global de desarrollo integral del país, difícilmente podrán corregirse dichas disparidades.

- Diez años, por lo menos, de aparición del proyecto de creación de un Servicio Nacional de Salud en los Planes de la Nación, no han



hecho avanzar en nada dicha propuesta. Tampoco avanzará en los próximos años, puesto que se trata de un proyecto sin viabilidad política, a pesar de que todos los sectores involucrados afirman su apoyo. Se trata de la gran propuesta de racionalización administrativa y del remedio que se propone para evitar el despilfarro de los recursos. Vista la escasa posibilidad de concreción en un futuro próximo, se deben explorar otras alternativas más viables.

- En este sentido, se acentuará la tendencia a la centralización y absorción por parte del MSAS de los múltiples servicios de atención médica del Estado, evitando, al menos parte, despilfarro y superposición de los recursos.

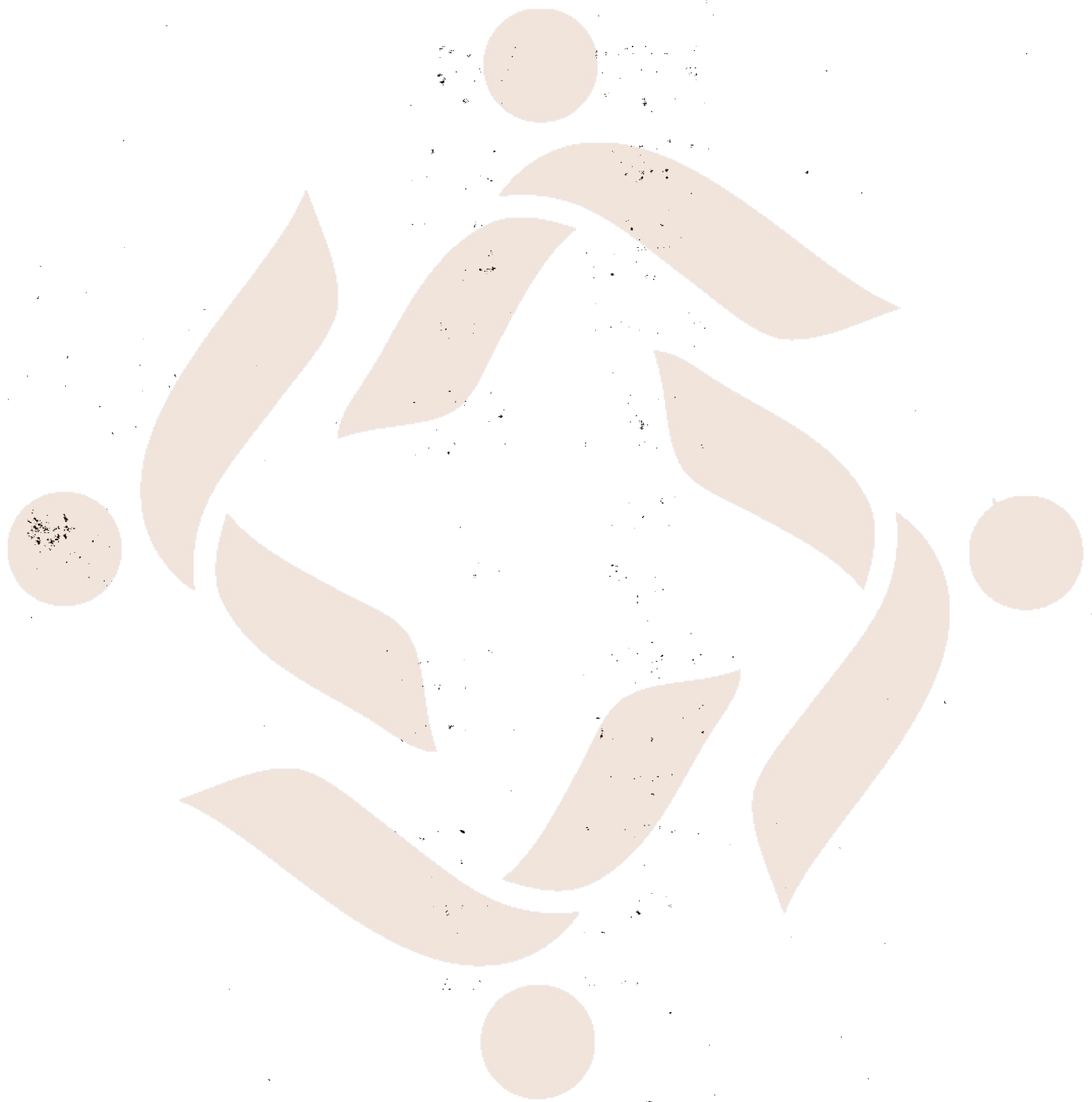
## BIBLIOGRAFIA

- 01) ADO, Andrei: "La ecología del hombre y el problema de la mediatización de lo biológico por lo social". Material utilizado en el curso "Planificación y Políticas de Salud", CENDES. 1982.
- 02) CASTELLANOS, Pedro Luis: "Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela". Revista Latinoamericana de Salud. Editorial Nueva Imagen. México. 1981.
- 03) CENDES: "Alternativas para la ciudad de Caracas para el año 2.000. Vol.7 Infraestructura y Equipamiento". CENDES, Caracas. 1980.
- 04) CLEAVER, Harry: "Malaria and the Political Economy of Public Health". - International Journal of Health Services, Vol 7, N°4. 1977.
- 05) CORDEIRO, Hesio y otros: "Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad". Biblioteca de Salud y Sociedad. Brasil. 1979.
- 06) CORDIPLAN: I Plan de la Nación 1960-1964  
II Plan de la Nación 1963-1966  
III Plan de la Nación 1965-1968  
IV Plan de la Nación 1970-1974  
V Plan de la Nación 1975-1978  
VI Plan de la Nación 1981-1985
- 07) CORDOVA, Armando: "Fundamentación histórica de los conceptos de heterogeneidad estructural". Revista Economía y Ciencias Sociales N°1-4, enero a diciembre de 1971, FACES, UCV.
- 08) DIERCKXSENS, Wim: "Capitalismo y población: la reproducción de la fuerza de trabajo bajo el capital". Editorial Universitaria Centroamericana, Costa Rica. 1979.
- 09) ESCUDERO, José Carlos: "Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina". Revista Latinoamericana de Salud, N°1. Editorial Nueva Imagen. México. 1981.
- 10) FOUCAULT, Michel: "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". Revista Educación médica y salud 10(2): 152-170. 1976.
- 11) FORMEPLAN: "Evaluación del VI Plan de la Nación, Sector Salud". CENDES. Mimeo. 1982.
- 12) GABALDON, Arnoldo: "Una política sanitaria". Tomo I. MSAS. Caracas. 1965.
- 13) GROSSI, Renato: "Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971". Publicación de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental MSAS Caracas. 1972.

- 14) NACIONES UNIDAS, "Las interrelaciones entre el desarrollo económico y el desarrollo social". Boletín de investigaciones del Instituto de Investigaciones de las N.U. para el desarrollo social, N°1, junio de 1968.
- 15) PEREZ, Carlos Andrés: "Primer Mensaje al Congreso Nacional". Edición de la Oficina Central de Información. Caracas, Mayo 1975.
- 16) PIÑANGO, Ramón: "El sistema nacional de planificación. Evolución de su organización formal y comentarios desde la perspectiva de la planificación de situaciones". Proyecto FORMEPLAN, CENDES, Caracas. 1981.
- 17) ROEMER, Milton: "Perspectiva mundial de los sistemas de salud". Edit. Siglo XXI, México. 1980.
- 19) STALLONES, R.A.: "El ambiente, la ecología y la epidemiología". Material del V Curso Regional de Epidemiología y Administración de Programas de Control de la Tuberculosis. OPS, OMS, MSAS, Caracas. 1974.
- 20) TESTA, Mario: "Aspectos sociales en el financiamiento del sector salud". Mimeo, CENDES. 1980.  
"Planificación Estratégica en el Sector Salud". Mimeo. - CENDES. 1981.
- 18) ROJAS MARTINEZ, Félix A.: "El IVSS. 'Perspectivas'. Un modelo para la Administración de Servicios de Atención Médica Institucional". IVSS, CTV y FMV. Caracas. 1979.
- 21) MENDEZ, Publio: "Manual práctico sobre el Seguro Social. Caracas. 1976.

ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES:

- 01) BANCO CENTRAL DE VENEZUELA: Anuarios Estadísticos 1969 - 1979  
"35 años del BCV"
- 03) INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES:  
Anuarios Estadísticos. 1966-1979
- 04) MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL: Anuarios Estadísticos 1960-1979.  
Memoria y Cuenta. 1960-1980.
- 02) BANCO MUNDIAL: "Salud. Ensayo sobre la política del sector". Febrero 1980.
- 06) OPS: "Las condiciones de la salud en las Américas. 1969-1972". Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. Washington. 1974  
"Las condiciones de salud en las Américas 1973-1976". Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. Washington. 1978.
- 05) OCEI: Anuarios Estadísticos 1960-1979  
Encuestas de Hogares por muestreo. 1960-1980.



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús