

Racionamiento, inflación e inequidad sanitaria en Venezuela: caso de las enfermedades cardiovasculares

Rationing, inflation and health inequity in Venezuela: case of cardiovascular diseases

Duran, Maritza; Gómez, José; Villasmil, Gustavo



 **Maritza Duran**
maritzamanueladaniela@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 **José Gómez**
jrgmancebo@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 **Gustavo Villasmil**
gustavo.villasmilstat@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 12, núm. 3, e379, 2023
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 15 Agosto 2023
Aprobación: 14 Octubre 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1014656008/>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2023.12.3.e379>

©Los autores, 2023



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Cómo citar: Duran M, Gómez J, Villasmil G. Racionamiento, inflación e inequidad sanitaria en Venezuela: el caso de las enfermedades cardiovasculares. Rev. Digit Postgrado. 2023;12(3):e379. doi:10.37910/RDP.2023.12.3.e379

Resumen: los modelos público-sanitarios de carácter monopólico como el venezolano, suelen asociarse a tendencias al racionamiento de los bienes y servicios que proveen a sus usuarios, así como a la merma de la calidad de estos. Por otro lado, la provisión de dichos bienes y servicios por la vía de mecanismos de mercado, tiene ante sí, el inconveniente que supone el ambiente inflacionario de su economía, cuyo impacto en los precios limita el acceso del paciente a su consumo. El caso de la enfermedad cardiovascular ofrece algunas claves para la comprensión de este fenómeno en el medio venezolano.

Palabras clave: Monopolio público, Salud, Inflación, Racionamiento, Calidad, Inequidad.

Abstract: Public-health models of a monopolistic nature, such as the Venezuelan, bring with them trends in the rationing of the goods and services they provide to their users, as well as in the reduction of their quality. On the other hand, the provision of these goods and services by means of market mechanisms has before it, in our environment, the enormous impediment posed by the inflationary environment of its economy, whose impact on prices limits the patient's access to consumption. The case of cardiovascular disease offers some keys to understanding this phenomenon in the Venezuelan environment.

Keywords: Public monopoly, Health, Inflation, Rationing, Quality, Inequity.

INTRODUCCIÓN

Para 2021, la tasa de mortalidad general en Venezuela fue de 8,12 por cada 1000 habitantes, casi dos veces la de 2002⁽¹⁾. Unido a ello, hemos de considerar el retroceso de la esperanza de vida al nacer en Venezuela, estimado por la ENCOVI para 2022 en 3,71 años⁽²⁾. El notable ascenso tanto de la mortalidad general como de la cardiovascular en Venezuela observado en los últimos años, pese al desarrollo y perfeccionamiento de

los medios para su diagnóstico y tratamiento, señala el problema del acceso a estos por parte de la población necesitada de tales cuidados, enfrentada como está a dos realidades adversas: por una parte, a la del sistema de prestaciones sanitarias a cargo del Estado y por otra, a la del sistema de mercado, fuera del alcance de las grandes mayorías, como consecuencia de la pérdida de valor de la moneda y de la insuficiencia de recursos familiares para su pago. En el presente ensayo, analizamos datos epidemiológicos y económicos, integrados en la racionalidad microeconómica que subyace a la atención médica del infarto agudo de miocardio, tanto a cargo de los servicios adscritos al estado, como de los de provisión privada y su relación con la tendencia al racionamiento de prestaciones, a la calidad de las mismas y a la inequidad de acceso a la atención médica.

METODOLOGÍA

A los fines metodológicos, siguiendo a Hanel y Hanel, definimos al análisis situacional como aquel que permite valorar “dificultades, fallas, oportunidades y riesgos, para definirlos, clasificarlos, desglosarlos, jerarquizarlos y ponderarlos, permitiendo así actuar eficientemente con base en criterios y/o planes establecidos³”. En el presente trabajo proponemos un ejercicio en tal sentido fundamentado, por un lado, en datos epidemiológicos emanados de organismos internacionales (OMS/WHO) así como de grupos expertos concernidos (Sociedad Venezolana de Cardiología); por el otro, en la evidencia empírica aportada por estudios nacionales tanto epidemiológicos como económico-sanitarios. A tal fin, aspiramos integrar los a la racionalidad microeconómica propia de la atención médica del infarto agudo de miocardio tanto en servicios adscritos al estado como los de provisión privada específicamente en tres aspectos: la tendencia al racionamiento de prestaciones, la calidad de las mismas y las inequidades de acceso a la atención cada uno de ellos.

LA NUEVA DEMOGRAFÍA VENEZOLANA Y SU IMPACTO SANITARIO

Los cambios registrados en su pirámide poblacional evidencian del envejecimiento progresivo de Venezuela en las últimas dos décadas⁽³⁾:

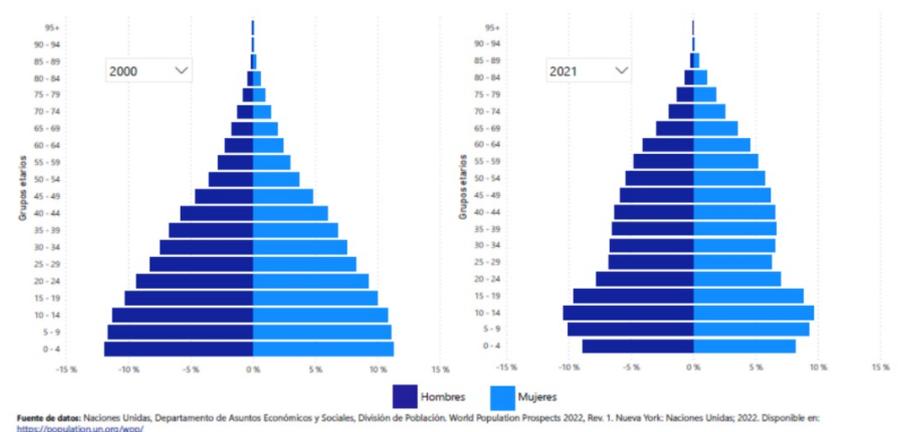


FIGURA 1.
Pirámide poblacional, Venezuela, años 2000 y 2020
Fuente: CEPAL, 2020

Por tanto, resulta esperable un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como se demuestra a continuación⁽⁴⁾:

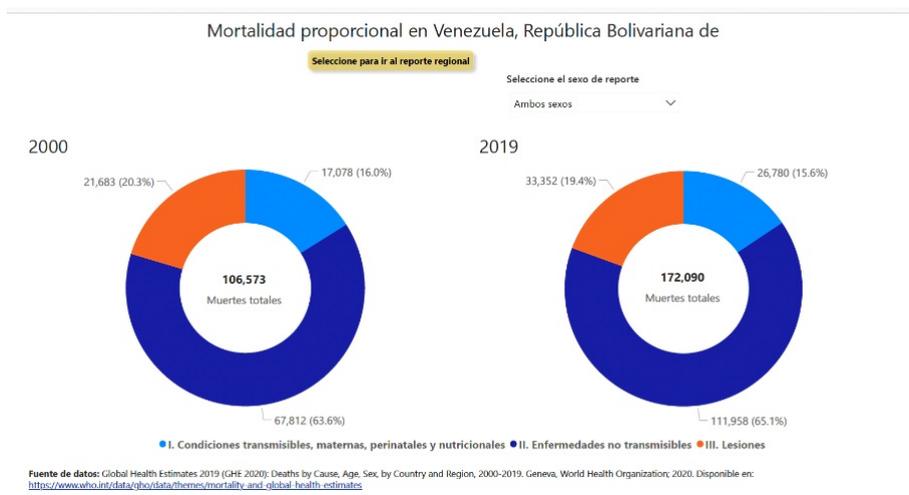


FIGURA 2.
Mortalidad proporcional EIC y ECNT, Venezuela, años 2000 y 2019
Fuente: OMS/WHO, 2019

Es así como entre 2000 y 2019, las ECNT han dado cuenta del 65 al 69 % de la mortalidad total, muy por encima de la atribuible a las enfermedades infectocontagiosas (EIC), por el orden del 17 al 27 %, y a las lesiones por trauma, del 19 al 20 %. De allí entonces que la incidencia de fatalidades asociadas a isquemia miocárdica aguda, como lo muestra el trabajo de Núñez Medina de 2015, sea también al alza:⁽⁵⁾

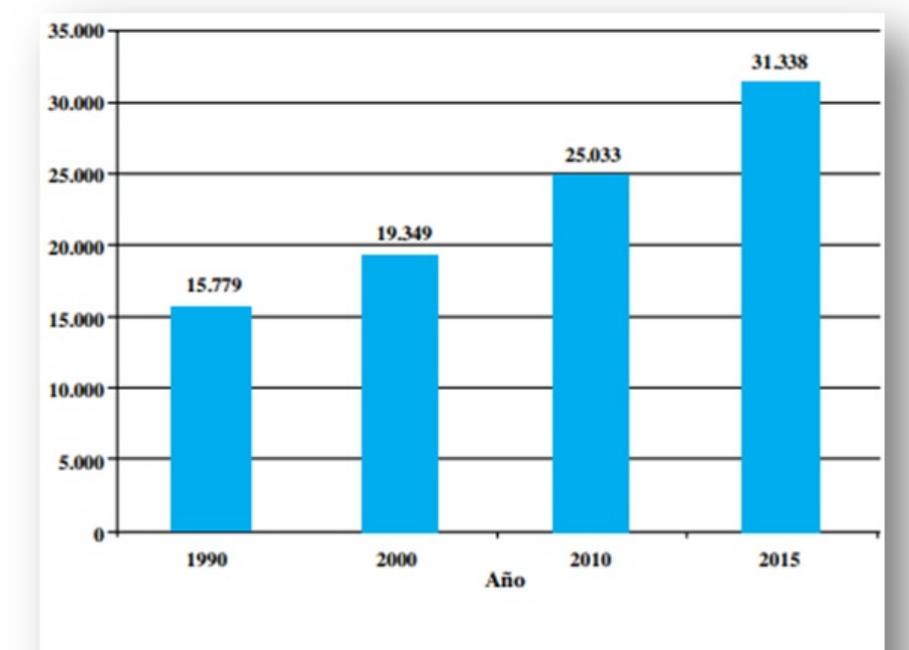


FIGURA 3.
Número total de muertes por cardiopatía isquémica aguda, Venezuela, 1990 a 2015
Núñez Medina, 2015

La atención médica a la ECNT supone un desafío para todos los sistemas sanitarios del mundo. La ECNT, a diferencia de la EIC que es aguda y en tanto que tal conduce prontamente a quien la padece bien a la muerte o a la recuperación en algún grado, se caracteriza por la prolongación en el tiempo de la demanda de servicios. En Venezuela, dicha demanda solo puede ser satisfecha por los monopolios sanitarios públicos o por el mercado.

En cada caso, el venezolano portador de una ECNT deberá enfrentar un problema distinto: el de la tendencia natural al racionamiento característica de los monopolios sanitarios públicos y el de la barrera de acceso a prestaciones privadas que le impone la inflación.

LOS MONOPOLIOS PÚBLICO-SANITARIOS Y LAS ECNT EN VENEZUELA: SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA

El carácter monopolístico de la asistencia médica financiada y producida por el estado en Venezuela, impuso a sus prestaciones una marcada tendencia al racionamiento. Toda vez sobrepasado un máximo de prestaciones (Q) dispensadas, el costo asociado a cada prestación adicional (costo marginal, C_m) es mayor que el ingreso obtenido al entregarlo (ingreso marginal, I_m):

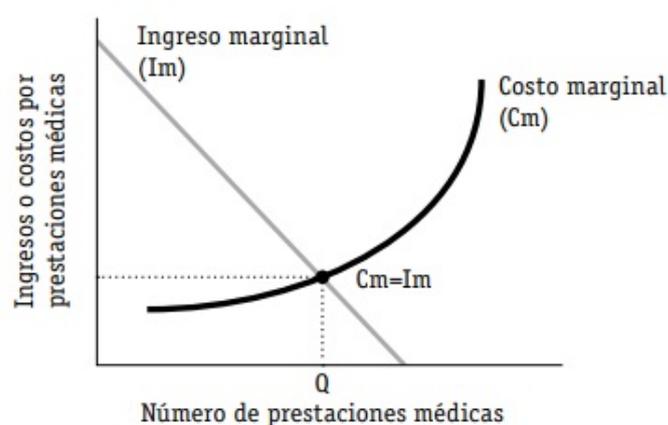


FIGURA 4.
Costo marginal (C_m) e ingreso marginal (I_m) en mercados monopolísticos
Fuente: Villasmil, 2019.

Siguiendo tal argumento, toda Q por encima a aquella en la que $C_m=I_m$, será antieconómico, por lo que ningún proveedor estará interesado en prestar más atención adicional ya que ello supondría una situación en la que $C_m > I_m$. Siempre será posible proveer menos atenciones (en este caso $C_m < I_m$), pero nunca más del máximo fijado por el punto $C_m=I_m$. Como resultado de ello, los hospitales públicos venezolanos a menudo con frecuencia función en turnos matutinos o en días y horarios muy limitados. En ambientes competitivos como el de la práctica privada, el ingreso (I_m) por cada Q adicional aumenta siempre y cuando los costos totales de la operación se mantengan en los límites impuestos por el mercado. Por el contrario, en la práctica pública, el racionamiento de la atención por la vía de denegar una prestación adicional, no implica una pérdida de ingresos para el proveedor ni tampoco un aumento de sus ingresos, puesto que el Q total de su oferta siempre estará por debajo o será igual a Q ideal.

Una de las tendencias naturales de los monopolios es hacia la pérdida de calidad de los bienes y servicios que dispensa, ya que, en ausencia de competencia, no hay incentivos para mantenerla. Estudiando el caso la atención de la cardiopatía isquémica aguda, en la que se demuestra la virtual ausencia de medios idóneos para su diagnóstico en las redes públicas, podemos hacer inferencias útiles en cuanto a la calidad de la atención a las ECNT en Venezuela⁽⁷⁾:



FIGURA 5.
Disponibilidad hospitalaria de marcadores de necrosis miocárdica aguda, Venezuela, 2011
Fuente: Ponte-Negretti, 2018

En los mercados monopólicos, las premisas para el cálculo de salarios y bonificaciones al personal, dotaciones y presupuestos permanecen siendo esencialmente los mismos en un hospital u otro, independientemente de los resultados de cada uno. Desde la racionalidad microeconómica, mejores resultados no suponen diferencia alguna para una organización médica respecto a otra cuyos resultados no lo sean, por lo que hacerlo bien carece de sentido. La no alineación entre desempeño e ingreso incentiva la tendencia secular al deterioro de la calidad de la atención, como se observa a continuación⁽⁸⁾:

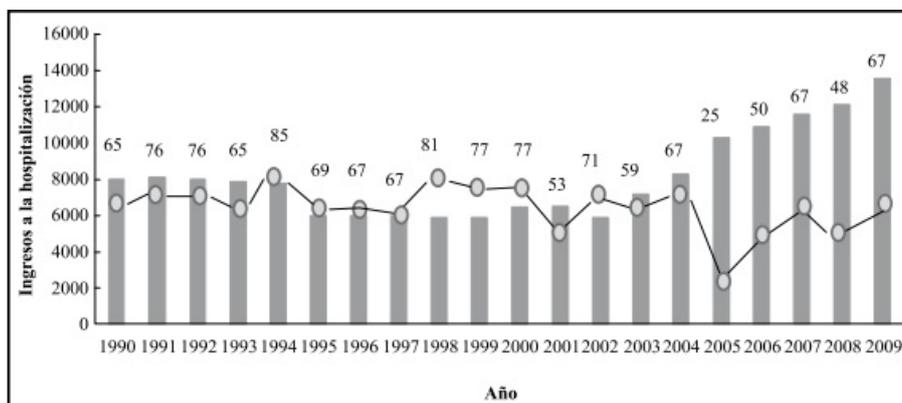


FIGURA 6.
Calidad de la atención médica a pacientes con infarto agudo de miocardio vs ingresos de pacientes a la hospitalización, Hospital Central de la FANB “Dr. Carlos Arvelo”
Leyenda: los rectángulos representan los ingresos de pacientes a la hospitalización y los círculos el porcentaje de cumplimiento de la calidad del proceso médico
Fuente: Mijares, Seminario et. al

EL MERCADO Y LAS ECNT EN VENEZUELA: SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA

El notable poder de compra del bolívar hizo posible durante muchos años que el consumo privado de bienes y servicios de salud fuera superior al gasto público respecto al PIB, lo que palió notablemente los efectos del crónico subfinanciamiento de la sanidad pública⁽¹⁰⁾:

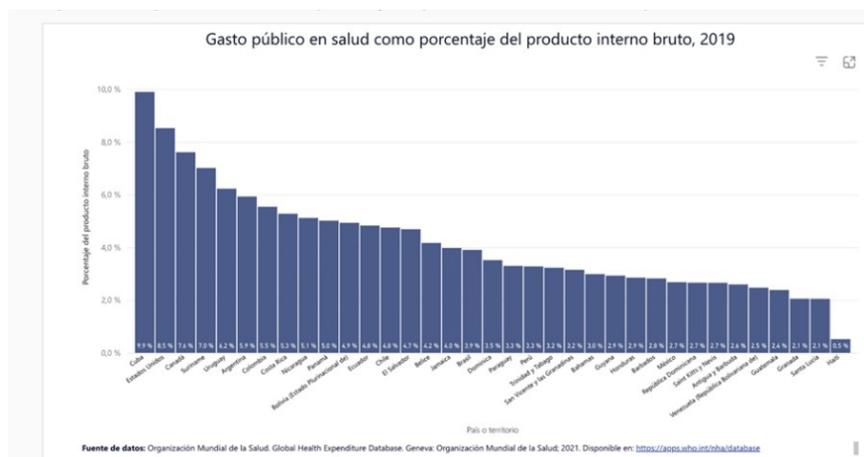


FIGURA 7.
Gasto público en salud como porcentaje del PIB, varios países, 2019
Leyenda: la flecha marca la posición relativa de Venezuela
Fuente: OMS/WHO, 2021

La expresión de dicha tendencia está en el llamado “gasto de bolsillo”, indicador este que mide la erogación de fondos directa y sin mediación financiera que las familias hacen, con cargo al ingreso doméstico, a fin de satisfacer sus necesidades en cuanto a bienes y servicios relacionados con la atención médica⁽¹¹⁾:

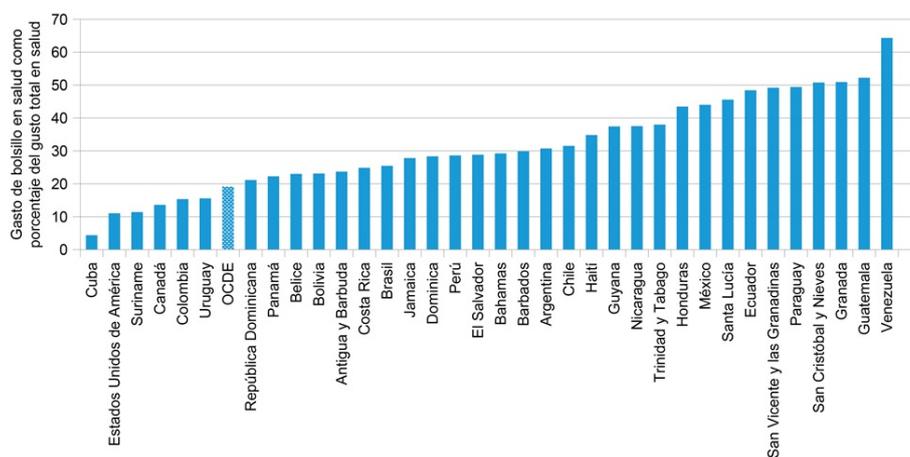


FIGURA 8.
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, varios países, 2020
Fuente: OMS/WHO, 2020

Históricamente, el “gasto de bolsillo” ha sido alto en la región de las Américas, en especial en América Latina y el Caribe no latino, si bien debe destacarse su tendencia a la reducción en las últimas dos décadas. En 2014, el “gasto de bolsillo” en Venezuela correspondió al 64 % de todo lo erogado en la cobertura de la atención médica en Venezuela, muy por encima de los promedios de la región. Dicho porcentaje, uno de los más altos del mundo, desdice de la tendencia creciente marcada por los modernos sistemas sanitarios en la región. El “gasto de bolsillo” constituye un indicador de la regresividad del gasto sanitario ya que da cuenta

de la limitación del acceso del ciudadano tan solo a aquellos bienes y servicios sanitarios que puede costear con independencia de lo que su condición amerite. De todo ello se depende que el poder de compra del ciudadano que demande atención médica de proveedores privados se constituya en una variable crítica en el acceso a tales servicios.

Al aumento en el nivel general de los precios de bienes y servicios en una economía se le denomina inflación. Cuando aumenta el nivel general de precios, cada unidad monetaria compra menos bienes y servicios. De allí que la inflación suponga siempre una reducción del poder adquisitivo del dinero. La inflación ha sido la “enfermedad crónica” por excelencia de la economía venezolana desde fines del siglo veinte⁽¹²⁾



FIGURA 9. Evolución de la inflación, Venezuela, 1973 a 1996
Fuente: Farías y Sabino, 1997

Los grandes “picos” inflacionarios venezolanos han estado precedidos por marcados descensos del PIB⁽¹³⁾:

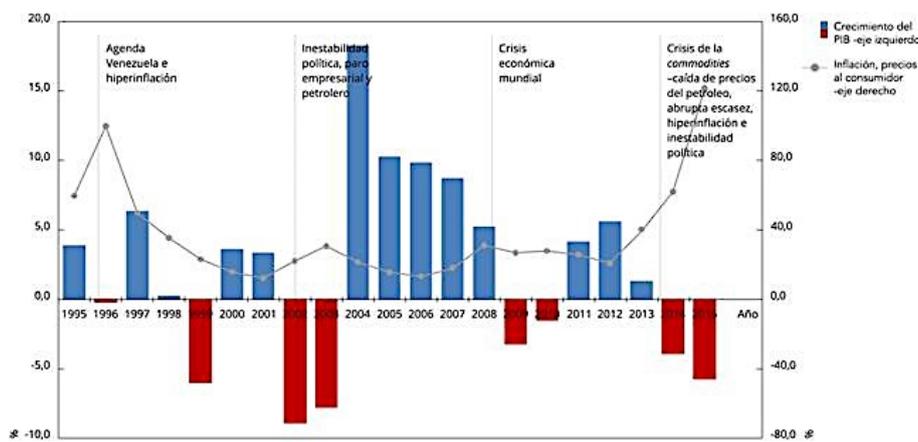


FIGURA 10. Tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) y tasa de inflación. Venezuela, 1995-2015
Fuente: Carrillo Roa, 2018

El desbalance generado por la contracción de la oferta de bienes y servicios, por un lado, y la constancia de la demanda, por el otro, resulta en el aumento del precio por unidad de bien o servicio demandado; en otras palabras, lo poco que se produzca en materia de bienes y servicios, será ofrecido en el mercado a un precio

mayor. A tal distorsión no escapan los bienes y servicios relacionados con la atención médica, la demanda de estos se resiente ante el aumento de su precio.

La inelasticidad de la demanda de bienes y servicios de atención médica respecto a las variaciones de los precios (P) explica la relativa constancia de esta incluso cuando los precios del mercado aumentan: la cantidad demandada (Q) sigue siendo esencialmente la misma:

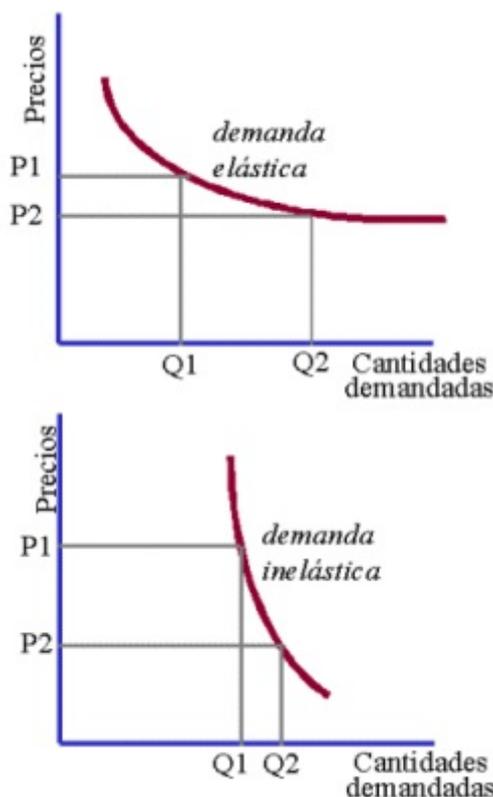


FIGURA 11.

Elasticidad e inelasticidad de la demanda respecto a las variaciones de precio

Es el caso típico de los bienes y servicios de atención médica, cuya demanda (Q) no puede ser postergada ya que ello amenazaría la salud y la vida del paciente. De allí que, ante incrementos de los precios (P), la demanda de medicamentos, medios diagnósticos, etc. (Q) tienda a mantenerse más o menos invariable ($Q1 \approx Q2$). Caso contrario es el de los bienes no esenciales, que ante incrementos de precios ven disminuida su demanda en el mercado.

En las economías inflacionarias, el problema de la elasticidad-precio de la demanda de bienes y servicios de atención a la salud genera impactos negativos en lo concerniente a las ECNT. El aumento del nivel general de precios (P) y, por ende, del de los bienes y servicios relacionados con la atención médica de las ECNT, induce la transformación en elástica la otrora inelasticidad respecto al precio de la demanda (Q). En virtud de ello, los bienes y servicios de atención médica tienden a comportarse de manera similar a los bienes y servicios de lujo, ya que la demanda de estos decrece en la medida que se incrementa su precio en el mercado. En tal caso, $Q1 < Q2$.

La marcada elasticidad e la demanda de bienes y servicios de atención médica en ECNT con respecto al precio es demostrativa de su inaccesibilidad para los pacientes que las sufren.

CONCLUSIONES

En Venezuela, medios de prensa del gobierno reconocen la realidad de las “listas de espera” en los escasos hospitales públicos dotados de tecnología y personal idóneos para la atención de distintas ECNT, el infarto agudo de miocardio entre ellas. Ello es demostrativo de la tendencia al racionamiento propia de los monopolios públicos. Aunado a ello surge el fenómeno de la pérdida de la calidad de dicha atención, tal y como lo demuestra la evidencia.

Por otra parte, las mismas fuentes oficiales reconocen que el precio de mercado de un cateterismo cardíaco, por ejemplo, pudiera oscilar entre los 15 y los 30 mil dólares estadounidenses, lo que equivale a 3000 a 6000 veces el salario mínimo nacional⁽¹⁴⁾. De allí que la oferta del mercado sea prácticamente inaccesible para la mayor parte de estos enfermos.

Al racionamiento que los monopolios público-sanitarios imponen sobre los bienes y servicios de atención médica relacionados con la ECV y otras ECNT se suma la barrera al acceso que en el mercado impone el precio por tales bienes y servicios. Todo lo cual explica plausiblemente el incremento sostenido en la mortalidad por ECV en la última década.

REFERENCIAS

1. OMS/WHO. The Global Health Observatory. Global Health Estimates, 2019. Geneva: WHO; 2019. Recuperado el 2 de agosto de 2023 de: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
2. Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2019. Caracas: UCAB; 2020.
3. CEPAL. (2020). Perfil demográfico de países. Recuperado el 2 de agosto de 2023, de <https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/perfil-demografico-paises>.
4. OMS/WHO. óp. cit.
5. Núñez R. Infarto de miocardio en Venezuela: S.O.S. El impacto de la pandemia de cardiopatía isquémica en Venezuela. Estimaciones de la carga de enfermedad cardiovascular 2015. *Avances Cardiol* 2016;36(4):191-194
6. Villasmil G. Soluciones privadas a problemas públicos: ideas para la reforma del sector sanitario en Venezuela. Caracas: Ediciones Cedice Libertad, 2019. p.104
7. Ponte C. Monitoreo de síndromes coronarios agudos en Venezuela. *Sociedad Interamericana de Cardiología*. 2018; 28(1): 1-5
8. Mijares R, González M, Rincón E, Oropeza A. Sistema político, políticas públicas y calidad de la atención médica a las enfermedades cardiovasculares: caso de estudio en Caracas-Venezuela. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2012;11(22):107-122
9. Núñez R. óp. cit. p.194
10. OPS/PAHO. Financiamiento de la salud en las Américas. Recuperado el 2 de agosto de 2023 de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-financing-es.html>.
11. OPS/PAHO. óp. cit.
12. Farías H, Sabino C. La inflación: qué es y cómo eliminarla. Ediciones CEDICE-Panapo, Caracas, 1997
13. Carrillo A. The health system in Venezuela: a patient without medication? *Cad Saúde Pública* 2018;34(3): e00058517, p.6
14. Gobierno Bolivariano garantiza atención cardiovascular en el Hospital Vargas, en Caracas. Recuperado del 2 de agosto de 2023 de: http://www.presidencia.gob.ve/Site/Web/Principal/paginas/classMostrarEvento3.php?id_evento=14615