

# Sistema político, políticas públicas y calidad de la atención médica a las enfermedades cardiovasculares: caso de estudio en Caracas-Venezuela\*

## Political System, Public Policy and Quality of Medical Care for Cardiovascular Disease: A Case Study in Caracas, Venezuela

### Sistema político, políticas públicas e qualidade da assistência médica para doença cardiovascular: um estudo de caso em Caracas, Venezuela

Fecha de recepción: 23-08-11 Fecha de aceptación 24-04-12

1657-7027(201206)11:22<107:SPPPCA>2.0.TX;2-J

Rodrigo Mijares-Seminario\*\*

Marino J. González-R.\*\*\*

Elena Rincón-Osorio\*\*\*\*

Alejandro Oropeza\*\*\*\*\*

\* Artículo de investigación. Fecha de inicio de la investigación: julio de 1989; fecha de finalización: enero de 2010.

\*\* Ingeniero civil. Magíster en Gerencia Logística y Ciencia Política. Doctor en Ciencia Política. Jefe del Departamento de Procesos Biológicos y Bioquímicos de la Universidad Simón Bolívar (USB), Caracas, Venezuela. Dirección: USB, Laboratorio de Biofísica, edificio FEI, primer piso, Valle de Sartenejas, municipio Baruta, apartado postal 89.000, Caracas 1080-A, Venezuela. Fax 0212 906.36.56 y 0412 22.10.007. Correo electrónico: rmijares@usb.ve

\*\*\* Médico cirujano (1983), Ph.D en Políticas Públicas de la Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos (1998). Jefe de la Unidad de Políticas Públicas de la USB. Correo electrónico: marinojgonzalez@gmail.com

\*\*\*\* Abogada egresada de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, 1984. Magíster Scientiarum (MSc) en Ciencia Política de la USB, 2003. Profesora de la USB. Investigadora Asociada a la Unidad de Políticas Públicas de la USB. Correo electrónico: erincon58@gmail.com

\*\*\*\*\* Abogado de la Universidad Central de Venezuela. Doctor en Ciencia Política de la USB. Profesor de la USB y directivo del Observatorio Hannah Arendt. Correo electrónico: oropezag@gmail.com

### Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar la calidad del servicio de cardiología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, con base en los criterios del Programa Cardiovascular del Estado Venezolano. Durante el periodo de estudio (1990-2009), se caracterizaron dos sistemas políticos totalmente diferentes que influyeron en los resultados de la investigación. El estudio fue retrospectivo. Se utilizaron dos tipos de instrumentos, siendo la unidad de análisis los 1421 pacientes egresados de la institución con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Para la evaluación se utilizó la auditoría llamada “muestreo irrestricto aleatorio”. Los resultados alcanzados fueron: a) para el periodo 1990- 1999 la calidad del servicio fue de 73%; b) durante el periodo 1999-2009 la calidad se cuantificó en 58%. La institución no se planificó para un aumento del 75% de la población atendida en el segundo periodo, siendo objeto de una política que desmejoró su calidad.

**Palabras clave autor:** sistema político, políticas públicas, calidad, infarto agudo al miocardio.

**Palabras clave descriptor:** Políticas públicas de salud, enfermedades cardiovasculares, calidad de la atención de salud – evaluación, calidad total en administración pública – Caracas (Venezuela).

### Abstract

The aim of this study was to evaluate the quality of the cardiology service at the Dr. Carlos Arvelo Military Hospital based on the criteria of the Venezuelan State Cardiovascular Program. During the study period (1990-2009), two completely different political systems were in effect and had an impact on the research results. The study had a retrospective approach. We used two types of instruments and had 1421 patients discharged from the institution with a diagnosis of acute myocardial infarction as the unit of analysis. For the assessment, we used the simple random sampling audit method. The results achieved were: a) during the 1990-1999 period the quality of service was 73%, b) during the 1999-2009 period the quality was quantified as 58%. The institution was not prepared for an increase of 75% in the population served during the second period, as a result of the implementation of a policy that worsened the quality of the service.

**Keywords author:** political system, public policy, quality, acute myocardial infarction.

**Keywords plus:** Health Public Policy, Cardiovascular Diseases, Quality of health care – Evaluation, Total quality management in government – Caracas (Venezuela).

### Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade do serviço de cardiologia do Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, com base nos critérios do Programa Cardiovascular do Estado Venezuelano. Durante o período de estudo (1990-2009), caracterizaram-se dois sistemas políticos totalmente diferentes que influenciaram sobre os resultados da pesquisa. O estudo foi retrospectivo. Utilizaram-se dois tipos de instrumentos, sendo a unidade de análise os 1421 pacientes que receberam alta com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Para a avaliação utilizou-se a auditoria chamada de “amostragem irrestrita aleatória”. Os resultados alcançados foram: a) para o período 1990 – 1999, a qualidade de serviço foi de 73%, b) durante o período 1999-2009, a qualidade foi quantificada em 58%. A instituição não foi planejada para um aumento de 75% da população atendida no segundo período, sendo alvo de uma política que desmelhorou a sua qualidade.

**Palavras chave autor:** sistema político, políticas públicas, qualidade, infarto agudo no miocárdio.

**Palavras chave descriptor:** Políticas públicas de saúde, doenças cardiovasculares, assistência médica de qualidade – avaliação, qualidade total na administração pública - Caracas (Venezuela).



## El problema

La complejidad de la intervención pública exige que los Estados empleen herramientas que les permitan lograr el objetivo de alcanzar una mayor calidad de los bienes y servicios (1), haciendo que esa mejora no implique un aumento de los egresos del fisco. Es así como esta investigación se propone medir los efectos de un sistema político (SP) y de una política pública (PP), comparando las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir en la toma de decisiones y mejorar la programación futura (2).

Por lo tanto, desde nuestra perspectiva entendemos que la evaluación de una PP consiste en la valoración de la capacidad de la acción emprendida por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) para abordar la primera causa de morbilidad y muerte del venezolano: las enfermedades cardiovasculares (EC) (3). Dentro del grupo de las EC las isquémicas son las más importantes y su manifestación más relevante es el infarto agudo de miocardio (IAM) (4). Para realizar la investigación se eligió el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” (HMDCA) ubicado en Caracas, que cuenta con un servicio de cardiología (SC).

En el ámbito del continente americano, un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (5) sobre las principales causas de muerte encontró que las EC son la principal causa de muerte. En el caso de las cardiopatías isquémicas, Venezuela presenta una tasa de mortalidad de 75,8 por cada 100.000 habitantes. La media del área Andina es de 56,3, la del istmo centroamericano de 42,8 y la de los países del Cono Sur 56,6. Países todos estos que en su mayoría cuentan con un producto interno similar al de Venezuela y en algún caso inferior.

## Objetivo de la investigación

Evaluar la calidad del SC del HMDCA con los criterios del programa cardiovascular del MPPS, durante el periodo 1990-2009, caracterizando el SP en el periodo estudiado.

## Marco conceptual

El marco conceptual presenta seis aspectos para el desarrollo de la investigación: estructuración de problemas públicos; Sistema político; la calidad de la atención médica; la caracterización del sistema de salud de Venezuela; caracterización del HMDCA y el SC; y la revisión sistemática de la literatura.

**Estructuración de problemas públicos:** el análisis de problemas públicos (PP) pasa por su eje central que es el proceso de estructuración (6). Ese proceso debe ser visto de manera multivariada (6, 7), con base en la multiplicidad de actores, métodos, perspectivas y factores. El proceso de estructuración considera tres aspectos esenciales (8): a) definición de problemas públicos; b) sistematización de los factores asociados a los problemas públicos; y c) desarrollo de los sistemas de seguimiento y evaluación.

a) Definición de problemas públicos: son los que expresan de manera directa los intereses colectivos y que favorecen los consensos sociales (7). En opinión de Curcio (9), en el área de la salud esos consensos deben estar asociados con las condiciones de salud. Por tal motivo, disminuir la mortalidad por EC es un problema público y, por lo tanto, constituye una meta que toda sociedad desea alcanzar.

b) Sistematización de los factores asociados a los problemas públicos: los factores asociados son múltiples, por lo cual se debe realizar un esfuerzo analítico de ordenación (7). Estos problemas deben ser

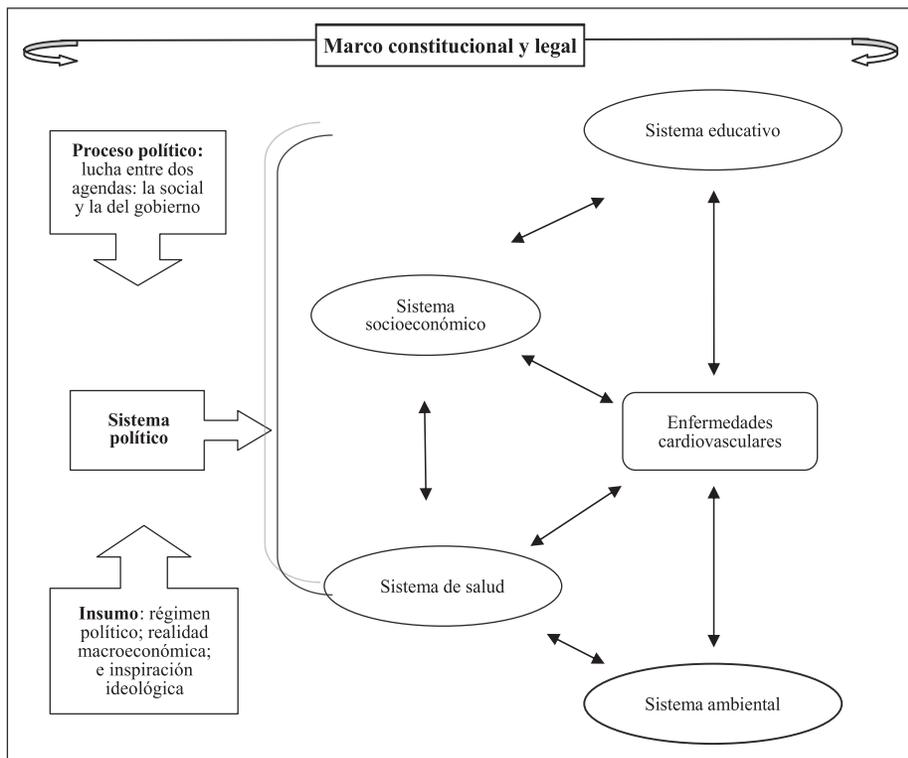
ordenados en sistemas de políticas, para facilitar la visión multidimensional (8); nosotros le agregamos el sistema político (ver figura 1).

- c) Desarrollo de los sistemas de seguimiento y evaluación: las PP orientadas a modificar los sistemas de políticas pueden tener efectos deseados y también efectos negativos. Esas expresiones empíricas son obtenidas a través del seguimiento y la evaluación. Esto nos lleva a otra consideración fundamental (10): la relación entre el sistema de salud y las condiciones de salud solo es posible evidenciarla a través del estudio del desempeño institucional (DI).

Si el sistema de salud está formado por las instituciones prestadoras de salud, se desprende que el buen o mal DI de ese sistema sería la suma del desempeño de cada una de ellas (11).

Ahora bien, el proceso institucional de la evaluación contribuirá a los cambios en las condiciones de salud de la población (efectividad), siendo la calidad y la cobertura, los indicadores más importantes (12, 13). En el caso de nuestra investigación se tomará la calidad como el indicador por evaluar y determinar su variabilidad en el tiempo (ver figura 2).

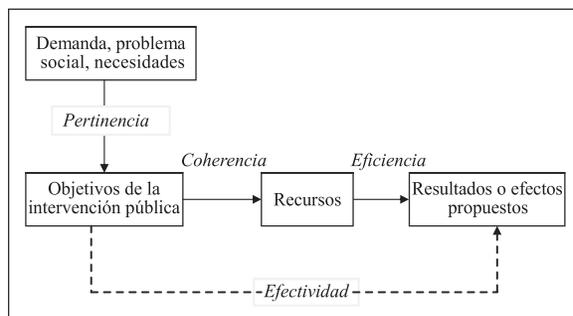
FIGURA 1. FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR



Fuente: elaboración propia



FIGURA 2. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.



Fuente: evaluación de las PP (33)

**El sistema político:** El sistema político (SP) se define como (14) “aquellas interacciones por medio de las cuales se asignan autoritariamente valores en una sociedad”. El asignar valores de manera autoritaria se refiere a que estos provienen de una autoridad que se estableció a través del marco constitucional y legal. Como cualquier sistema, lo podemos dividir en insumo, proceso y resultado. El entorno del SP lo podemos denominar insumo y se puede determinar por el régimen político, la realidad macroeconómica y la inspiración ideológica (ver tabla 1) (15).

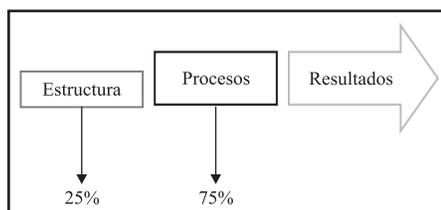
El proceso es el conjunto de acciones para producir un resultado, que no es otro que las decisiones. El corazón de ese proceso viene determinado por dos tipos de agenda: la social y la del gobierno. Se aprecia que entendiendo mejor un SP se comprende cómo se diseñan e implementan las PP (14).

En cuanto a los sistemas de políticas, hay autores (24-28) que han aportado evidencia empírica que relaciona las EC con algunas condiciones socioeconómicas (por ejemplo la pobreza). En relación con el sistema educativo se identificó el nivel de escolaridad femenino (29-31). Otros autores (32, 33) han aportado evidencia empírica en relación con la influencia de factores ambientales (fundamentalmente el tabaquismo).

### Calidad de la atención médica

En 1966 Avedis Donabedian (34) propuso una clarificación de la técnica para evaluar la calidad a través de los análisis de estructura, proceso y resultado (ver figura 3).

FIGURA 3. FACTORES QUE DETERMINAN EL NIVEL DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD



Fuente: Donabedian (34)

En 1994 el continente americano reafirmaría el compromiso de incorporar en los procesos de reforma del sector salud, mecanismos para garantizar, no solo el acceso equitativo, sino también la calidad de los servicios de salud (CSS) (35, 36). En Europa, esta se ha concretado en Inglaterra (37), Francia (38) y Alemania (39).

La CSS se entiende como (40): “El grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son

TABLA 1. REPRESENTACIÓN DEL SISTEMA POLÍTICO VENEZOLANO

Variables/ años	1990-1999	2000-2009
Régimen político	En sentido restringido, puede asimilarse a las instituciones pertenecientes al Estado y al modo como se relacionan entre sí y con la sociedad (16), que puede ir del autoritarismo absoluto a la democracia absoluta (15).	
	En 1990 en la América Latina (AL) continental todos los países eran democráticos (17). En 1989 Venezuela modernizó su democracia al incorporar la descentralización política, para mejorar la efectividad, equidad y eficiencia de sus servicios.	El indicador seleccionado es el grado de democracia percibido que tienen los países de América con respecto a Venezuela, en una escala de 1 a 10, donde 1 es “no democrático” y 10 es “completamente democrático” (18). La valoración de Venezuela fue de 5, siendo la de Cuba 4,1, la de Honduras 5,2 y la media de AL de 6,7.
Realidad macroeconómica	Está integrada por dos aspectos: a) el grado de regulación que el Estado tiene sobre las relaciones económicas de la sociedad; y b) la realidad de la presencia del Estado como actor económico en la economía (15).	
	Los desequilibrios macroeconómicos dan origen a la aplicación de programas de ajustes estructurales. Se profundiza la desigualdad en la distribución de la renta, no se controla de manera eficiente la inflación y se mantiene o incrementa el desempleo (19).	Es un proyecto de izquierda radical sin negociación social y con visos autoritarios. Se quiere imponer un programa económico que privilegia a los sectores estatal y cooperativo, que estarían subordinados al gobierno central (20).
Inspiración ideológica	Se manifiestan dos extremos: a) las ideologías abiertas, que están definidas por su tolerancia a la crítica; y b); las ideologías absolutas, denominadas dogmáticas, que bajo ningún concepto aceptan su cuestionamiento (15).	
	El grado de tolerancia percibido de AL en una escala de 1 al 100, donde 1 es “no tolerante” y 100 es “completamente tolerante”, alcanza una media de 80 (21). La valoración de Venezuela fue de 74, siendo la mínima 72; de momento, ambas valoraciones, la de AL y la de Venezuela, son bastante próximas.	En 2007 la democracia estable y con alta tolerancia era el 43,5% y la democracia con bajo apoyo y tolerancia al sistema reunía el 12,1%. Sin embargo, en 2008 cae de manera significativa la proporción de ciudadanos con niveles altos de apoyo al sistema y de tolerancia, y se incrementa la proporción de aquellos cuyas actitudes configuran un contexto de democracia en riesgo y baja tolerancia (de 12, 1% a 22,6%) (22).
Marco constitucional y legal	El fin de la Constitución de 1961 era concluir una etapa dictatorial y las expectativas de los actores políticos estaban alineadas con las demandas de la sociedad civil; se percibía la búsqueda de consensos. El eje eran instituciones democráticas representativas donde la relación giraba en torno al Estado, los partidos y la legitimidad electoral (23).	En la Constitución de 1999, el Estado se convierte en el eje regenerador, sin partidos y sin la existencia de contrapesos que permitan la expresión de actores con posiciones distintas al modelo. Se evidencia un sistema construido sobre las bases de Estado, presidente y fuerzas armadas legitimadas por la “participación protagónica” (23).

Fuente: elaboración propia

congruentes con los conocimientos profesionales actuales”. Ahora bien, para evaluar los criterios normativos o estándares se utiliza la auditoría médica (41-43).

La calidad de los servicios de salud en Venezuela se encuentra consagrada en diferentes instrumentos legales del país, como la Constitución Nacional (44), artículos 83 y



84, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, artículo 18 (45) y La Ley Orgánica del Sistema Venezolano para la Calidad (1).

Sin embargo, en una investigación desarrollada por la OPS al MPPS se evaluó, basándose en las funciones esenciales de salud pública, el desempeño de las autoridades sanitarias del MPPS (46).

Los resultados se expresaron desde un valor de uno (1) como excelente, a un valor de cero (0) como deficiente. El instrumento abarcó once (11) FESP, de las cuales la “Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos” obtuvo el menor puntaje (0,06). La media para la región de las Américas en esa función fue de 0,21 (47), muy por encima del valor calculado para Venezuela.

### Caracterización del Sistema de Salud en Venezuela

El componente público de la salud en Venezuela tiene dos instituciones principales: el MPPS y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). La cobertura del MPPS, desde el punto de vista práctico, brinda servicios a toda la población, especialmente a aquella que no cuenta con ningún otro sistema de previsión de servicios de salud (11). El IVSS cubre el 33% de la población total (48). El sector privado es extremadamente heterogéneo. El artículo 84 de la Constitución de Venezuela consagra y deja en manos del Estado el sistema público nacional de salud.

Otro aspecto que es fundamental analizar es la Fundación Misión Barrio Adentro (49, 50). Para el actual gobierno, la Misión surge debido al deterioro al que llegó el sector salud luego de 40 años de indolencia oficial, a lo largo de los cuales se desmejoró la calidad de los servicios médicos y se presentó insatisfacción en la población (51).

En agosto 2005 se anunció la Misión Barrio Adentro III (una de sus fases) (52), la cual contempla la dotación de 79 hospitales y establecer articuladamente una red hospitalaria de calidad centralizada, siendo una de sus cinco áreas estratégicas de salud las EC. La Misión comienza prioritariamente con el HMDCA. Para Walter (53) la Misión Barrio Adentro es un sistema paralelo al del MPPS, que es gerenciado por la Misión Médica Cubana en Venezuela.

### Caracterización del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y del servicio de cardiología

El HMDCA es de tipo IV y comenzó a funcionar en 1960. Tiene una capacidad arquitectónica de 1000 camas, 27 quirófanos y 20 camas de terapia intensiva, con más de 100.000 m<sup>2</sup> de construcción.

El SC está adscrito al Departamento de Medicina del HMDCA. Su misión es: prestar una atención cardiovascular integral a toda la comunidad venezolana, a partir del 2005; antes de esa fecha solamente se prestaba esta atención a los militares y a sus familiares con derecho (54).

El personal que conforma el SC es el siguiente: un jefe de Servicio; 15 médicos especialistas, 11 médicos residentes, 25 enfermeras graduadas, 5 enfermeras auxiliares, y 10 técnicos cardiopulmonares. Se cuenta con 20 camas de hospitalización y 4 en la unidad de cuidados coronarios.

### Revisión sistemática de la literatura

Se seleccionaron 97 trabajos, con las siguientes palabras clave en inglés: *quality of health-care and evaluation and acute myocardial infarction*, y en español: calidad y atención y IAM, en bases de datos como Medline y Lilacs.

Utilizando criterios de exclusión, finalmente se seleccionaron 15 trabajos. Estos fueron publicados en revistas de América y Europa. Las investigaciones se originaron en su mayoría en las universidades (55, 56-61) y por iniciativa de las autoridades de los hospitales (60, 62-67). A nivel global, las investigaciones se originaron las más de las veces en los Estados Unidos (56, 60, 61, 63, 64, 68) y en España (55, 62, 65, 66).

En cuanto a América Latina, los estudios publicados son dos de Brasil (57, 69) y dos de Venezuela (58, 59). Los trabajos de Brasil se refieren al Sistema Único de Salud (SUS) de aquel país, y los de Venezuela se originaron en la Universidad Simón Bolívar de Caracas.

La mayoría de los trabajos tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención médica, la que se establece como uno de los mecanismos para comparar las instituciones de salud. Igualmente, la unidad de análisis son los pacientes con IAM. La lectura de los trabajos evidencia la importancia de los sistemas de información hospitalaria para los sistemas de salud. Este tema se repite especialmente en Brasil. En cuanto a las PP se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto a las etapas del proceso: hay 11 trabajos sobre evaluación (63, 69, 64, 57-61, 65, 68, 67), 1 sobre evaluación y planificación (56) (55) y 3 en planificación (55, 57, 66). De los trabajos de evaluación, 5 se referían al conocimiento del desempeño de las instituciones y 3 utilizaban la evaluación para mejorar, posteriormente, el desempeño institucional.

Según el enfoque epistemológico, los 15 trabajos son pragmáticos. Las investigaciones están originadas en procesos médicos por evidencia, siendo el más conocido el de la ACC/AHA. Este proceso por evidencia o proceso

de homogeneización de la política con pautas normalizadas (70) sirve, en particular, para buscar soluciones al incremento de los gastos para mínimos resultados sanitarios (71) y el dominio de las tecnologías (72).

## Metodología

Esta se visualiza en la tabla 2:

TABLA 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Características	Metodología
Tipo de diseño	Retrospectiva y cronológica
Levantamiento de la información	Indirecta: el cuerpo de médicos residentes del SC
Periodo evaluado	Estudio longitudinal (1990-2009)
Normas	ACC/AHA
Criterio	Efectividad medida en la calidad
Instrumento	- De 1990 al 2000 se utilizó un instrumento elaborado por la Sociedad Venezolana de Cardiología (58) -De 1998 a 2009 se utilizó el instrumento elaborado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales de los Estados Unidos (68).
Cuantificación del instrumento	a) Muy bueno: sigue la normativa en un 95% o más; b) bueno: entre 80 y 95%; c) regular: entre 80 y 70%; d) malo: entre 70 y 50%; e) muy malo, cumple con menos del 50%.
Unidad de análisis	Pacientes egresados del SC con IAM.
Selección de las historias clínicas	Se utilizó la auditoría llamada "muestreo irrestricto aleatorio" (73). El método recomienda que una buena muestra es del 4% o hasta el 3% del universo de las historias en un año.
Nivel de atención	Tercer nivel de atención. Curativa.

Fuente: elaboración propia



Como se puede observar en la tabla 3, se revisaron como mínimo 5% de las historias clínicas por año.

TABLA 3. PORCENTAJE DE LAS HC EVALUADAS

Año	Número de egresados del SC por IAM	Porcentaje de historias clínicas evaluadas Los valores fueron redondeados
1990	56	11
1991	75	8
1992	102	6
1993	78	8
1994	89	7
1995	54	11
1996	58	10
1997	72	8
1998	75	8
1999	115	5
2000	89	7
2001	49	6
2002	76	5
2003	50	6
2004	32	6
2005	7	29
2006	38	5
2007	116	5
2008	144	6
2009	46	7
<b>Total</b>	1421 pacientes	Un promedio de 8%

Fuente: los datos del número de egresados del SC por IAM fueron aportados por la Oficina de Estadística y de Historias Médicas del Hospital Militar.

### Comparación de resultados de los instrumentos utilizados

El instrumento diseñado por la Sociedad Venezolana de Cardiología (58) y aquel elaborado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales de los Estados Unidos (68), los hicimos evaluar tres años (1998, 1999 y 2000). Es la misma población,

pero no necesariamente se evaluaron las mismas historias clínicas.

Por tal motivo, queremos responder la siguiente pregunta: ¿los resultados de la encuesta de la SVC y la de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales de los Estados Unidos están relacionados? Para responder se utilizó el valor de t de Student y el test de Wilcoxon (74). Para su cálculo se utilizó el procesador "The R Project for Statistical Computing" (<http://www.r-project.org/>).

El resultado del procesador estadístico para el t de Student fue de 1,38, siendo su p-valor 0,1778. El resultado sugiere que no hay evidencia fuerte de diferencia entre los datos de los dos instrumentos. Posteriormente, se realizó la prueba del test de Wilcoxon, para comparación de medianas de dos muestras, y esta arrojó un p-valor de 0,1049. El valor sugiere que hay poca evidencia de diferencias entre las medianas.

Se interpreta que ambos procedimientos estadísticos están dando resultados similares en cuanto al promedio del cumplimiento del proceso médico durante los años de 1998, 1999 y 2000, aun cuando son dos instrumentos diferentes. Esto les da confiabilidad y validez a los instrumentos. La confiabilidad se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados; la validez alude al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

### Resultados

Para la cuantificación del cumplimiento especificado de las normas establecidas por la ACC/AHA, en la metodología se intentó cumplir la auditoría, pero esta no se pudo realizar debido a que el 47% de las historias

clínicas seleccionadas no se ubicaron. Igualmente, llama la atención la disparidad en la cantidad de pacientes atendidos, sobre todo en el año 2005, con 7 pacientes. Se llamó la atención sobre este particular a la Oficina de Estadística y de Historias Médicas, mas no hubo una respuesta razonada sobre este punto.

Los resultados basados en el cumplimiento de la normativa de la ACC/AHA se pueden observar en la tabla 4 y en las figuras 4, 5 y 6; Estos resultados se dividen ya que son de dos periodos en los que el SP cambia de manera apreciable.

Las figuras 4 y 5 son las huellas dactilares del Gobierno Venezolano en dos periodos bien diferenciados, siendo su ponderación el razonamiento realizado en la tabla 1. La figura 6 refleja el porcentaje de cumplimiento de la calidad evaluada en la aplicación del conocimiento científico a los pacientes con IAM. El promedio de la calidad de la asistencia médica a pacientes con IAM de 1990 a 2000

fue de 73% (se cataloga como regular), y de 2000 a 2009 de 58% (malo). En un estudio realizado en los Estados Unidos en el que se evaluaron 774 hospitales (68), en 41 el promedio de cumplimiento fue de 92% y de los 733 hospitales restantes 89%.

Es de resaltar que en los últimos cinco años (2005-2009) la media de la calidad en el cumplimiento del proceso médico disminuyó en 46%, con una media de ingresos en constante ascenso de unos 11.655 pacientes. El año más desfavorable del SC fue el 2005, con un porcentaje de 25%, mientras que el mejor desempeño se dio en 1998, con un 81%. Pensamos que el nivel más bajo se generó debido a la apertura no planificada de la Misión Barrio Adentro III en el HMDCA.

Por último, queremos llamar la atención, que aun cuando no discutimos la prevención de la EC, el SP refleja la posición socioeconómica de su población en los factores de estrés y situaciones de adversidad, que a la larga aumenta la disposición a sufrir un IAM (75).

TABLA 4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES CON IAM

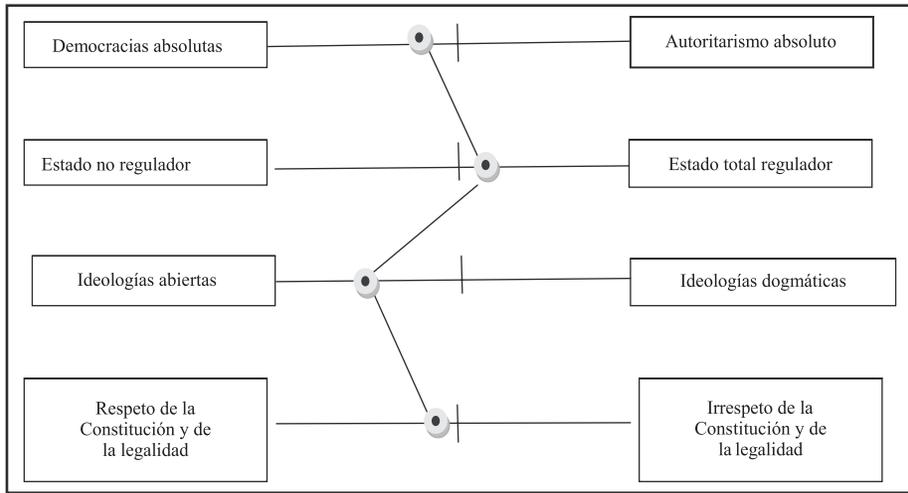
Instrumento de la SVC (58)		Instrumento de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales de los Estados Unidos (68)	
Año	Calidad	Año	Calidad
1990	65	2000	75
1991	76	2001	53
1992	76	2002	71
1993	65	2003	59
1994	85	2004	67
1995	69	2005	25
1996	67	2006	50
1997	67	2007	67
1998	81	2008	48
1999	77	2009	67
2000	77		
<b>Promedio</b>	<b>73</b>	<b>Promedio</b>	<b>58</b>

Nota: se tomaron en cuenta los pacientes hasta el 9 de septiembre de 2009. La auditoría comenzó a principios de agosto de ese mismo año y finalizó en los últimos días de septiembre.

Fuente: elaboración propia

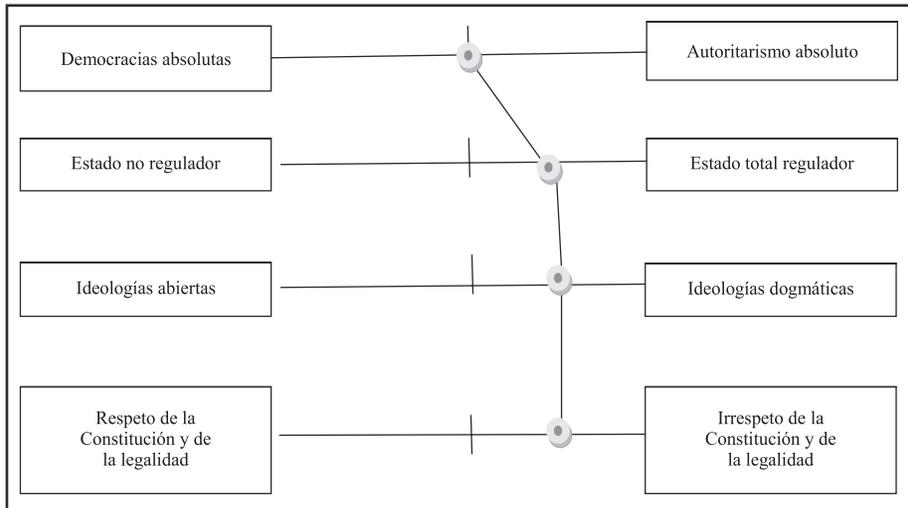


FIGURA 4. HUELLA DACTILAR DEL SISTEMA POLÍTICO VENEZOLANO 1990-1999



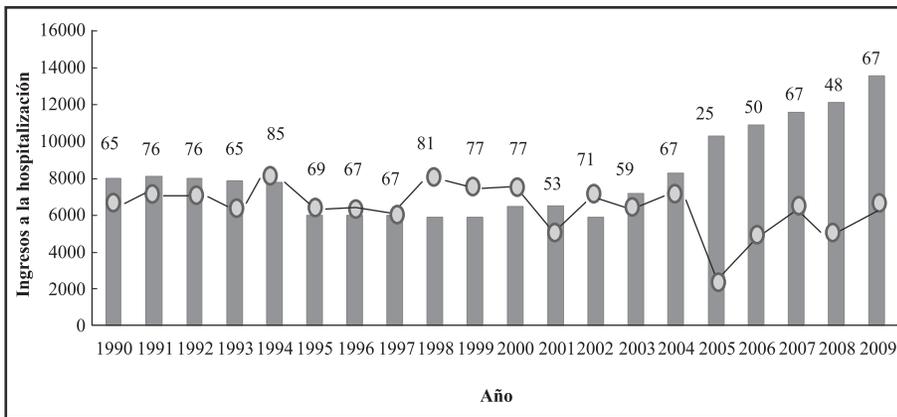
Fuente: elaboración propia

FIGURA 5. HUELLA DACTILAR DEL SISTEMA POLÍTICO VENEZOLANO 2000-2009



Fuente: elaboración propia

FIGURA 6. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES CON IAM VS INGRESOS DE PACIENTES A LA HOSPITALIZACIÓN DEL HMDCA. 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: elaboración propia

## Conclusiones y recomendaciones

### Conclusiones

La mortalidad por EC es un problema público que ha venido aumentando en el tiempo y que debe ser visto desde una perspectiva multifactorial. El gobierno, consciente de este problema público, elabora e implementa políticas de salud, desarrollando normas para el manejo de las EC, donde especifica el protocolo médico que se ha de cumplir. Luego de una exhaustiva revisión de la literatura se constató que las PP en salud se originan en procesos médicos por evidencia, siendo la más conocida la del tratamiento del IAM, que procede de la ACC/AHA.

Lo que llama la atención son los resultados en cuanto a calidad de la atención médica en un SC en dos sistemas políticos diferentes, asumiendo la misma PP. El primer periodo, que abarca de 1990 a 1999, es un SP democrático que pasaba por desequilibrios macroeconómicos importantes, pero con un grado de tolerancia política similar al de toda la región, donde el eje de las institucio-

nes pasa por la relación Estado, partidos y legitimidad electoral. Venezuela lucha por modernizar su democracia, al sentir un gran descontento de la población, y decide incorporar la descentralización política a partir de 1989, para mejorar la efectividad, equidad y eficiencia de sus servicios. En este contexto, el SC del HMDCA es evaluado y alcanza un cumplimiento de la calidad en un 73% en promedio (se cataloga como regular), con una tendencia positiva a mejorar.

El segundo periodo, que abarca de 1999 a 2009, es un SP percibido como uno de los menos democráticos de AL, con tendencia a la izquierda radical y con baja tolerancia política. Se instaura un nuevo marco constitucional donde el Estado se convierte en el eje regenerador, sin contrapesos que permitan la participación de actores con posiciones distintas. Bajo este contexto, el gobierno inaugura la Misión Barrio Adentro III, con el HMDCA como abanderado. Esto evidenció en su SP tres aspectos: a) se concreta la centralización del sistema de salud y los hospitales militares pasan a prestar servicio médico a toda la población, aumentando



su cobertura; b) la calidad como una de las prioridades en la asistencia médica; y c) como una de las áreas sanitarias importante a ser mejoradas las EC.

Nuevamente, el SC es evaluado y alcanza un promedio de calidad de 58%, con una tendencia a desmejorar el servicio. Sin querer hacer un ejercicio de reducción, podemos aseverar que la institución no se preparó para aumentar su cobertura y fue objeto de una imposición política autoritaria que desmejoró aún más su frágil operatividad.

Por último, al referirnos al modelo planteado, no se trata de otra cosa que de la formulación de una hipótesis de trabajo para la verificación de la actuación/comportamiento de nuestro sistema político, la cual parcialmente recibe una prueba de su pertinencia, pero cuya comprobación más profunda y válida escapa de las posibilidades de la presente entrega. Sin embargo, es posible apreciar ciertas correlaciones de partida que se establecen entre el comportamiento de las variables que definen el sistema y, más interesante aún, el tipo y lógica de las relaciones entre ellas y el comportamiento de una política específica a partir del momento en que el sistema político y el proceso político parte de él comienzan a acusar los impactos del comportamiento adverso de dicho sistema, cuando las variables que lo definen comienzan a sufrir retrocesos y pérdida de relaciones lógicas entre ellas.

### Recomendaciones

La implantación de PP es un proceso que requiere el concurso de diversos sistemas, entre las cuales se encuentra el sector salud. La mayor integración de sistemas de políticas debe ser producto de un SP que busque la participación de todos los actores fundamentales. Por otra parte, la calidad del servicio médico se asocia con el desmejoramiento

de procesos institucionales básicos como el sistema de información, planificación, distribución de los recursos y evaluación.

Pareciera que son dos las medidas que deben implementarse para mejorar: a) el SP debe ser democrático; esto es, ha de aglutinar la mayor parte de las voluntades de todos los actores, disminuir el tamaño del Estado y limitar su exagerada injerencia en la economía, tolerando las críticas y en general respetando la Constitución Nacional; y b) fortalecer los aspectos institucionales. La experiencia de otros países de la región y el éxito de programas particulares así lo sugieren.

### Referencias bibliográficas

1. Ley Orgánica del Sistema Venezolano para la Calidad. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. 30 de diciembre de 2002. Nº 4., 025. Caracas.
2. Weiss C. Evaluation. Methods for Studying Programs and Policies. U.S. Prentice-Hall; 1998, p. 6.
3. Ministerio de Salud de Venezuela. Normas para el manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares priorizadas. Actualización del 2006. Caracas, Venezuela.
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2006. Caracas, Venezuela.
5. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, D.C., 2009.
6. Dunn W. Public Policy Analysis: An Introduction. Fourth Edition. Editor Prentice Hall; 2007, p. 5.
7. MacRae D. Policy Indicators. Links between Social Science and Public Debate. The University of North Carolina Press; 1985, p. 15.
8. González M. A Policy Oriented Framework to Evaluate Determinants of Child Health Conditions: Conceptual Foundations and Empirical Analysis. Ph.D. Dissertation. Pittsburgh, Estados Unidos: Universidad de Pittsburgh; 1998.
9. Curcio P. Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. Politeia. 2007; 30 (38): 59-85.
10. González M. Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela (1990-1996). Una

- aproximación inicial. Informe de consultoría al Proyecto Salud del Ministerio de Salud de Venezuela. Caracas, Venezuela, 1997.
11. González M. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999). Balances y perspectivas. Santiago de Chile: Cepal/Eclac; 2001.
  12. Mascareño C. Políticas públicas siglo XXI: caso venezolano. Temas de docencia. Caracas: Cendes, UCV; 2006.
  13. L'association finances-gestion-evaluation des collectivités territoriales. Évaluation des politiques publiques [Asociación financiera-gestión-evaluación de las colectividades territoriales de Francia]. Francia: Les Éditions de L'Épargne, Afigese-CT; 2001.
  14. Easton D. Enfoques sobre teoría política. Buenos Aires: Amorrortu; 1992, p. 15.
  15. Oropeza A. Contexto y modelaje de problemáticas sociales. Caracas: Universidad Andrés Bello, Ce-FormaLider; 2009, p. 6.
  16. Vargas A. Notas sobre los conceptos de sistema y régimen político. Estudios Políticos, Universidad de Antioquia; 1998; (13): 157-180.
  17. O'Donnell G. América Latina: reflexiones sobre algunas democracias problemáticas. Conferencia pronunciada en la Casa de América en el ciclo "América Latina ante un nuevo siglo", mayo de 2003. Madrid-España.
  18. Corporación Latinobarómetro. Informe 2009. Buscador de datos en línea, p. 100. Recuperado de [http://www.latinobarometro.org/documentos/LATBD\\_LATINOBAROMETRO\\_INFORME\\_2009.pdf](http://www.latinobarometro.org/documentos/LATBD_LATINOBAROMETRO_INFORME_2009.pdf).
  19. Padrón A. Las políticas de ajuste estructural en Venezuela: rezago social y alternativas para combatir la pobreza. Revista de Economía. 1999; (15): 111-130.
  20. Molina J. Izquierda y estabilidad de la democracia en América Latina: la ideología de la revolución bolivariana y su repercusión sobre el proceso político en Venezuela y América Latina. América Latina Hoy. 2003; 35: 169-98.
  21. Levine D, Molina J. La calidad de la democracia en América Latina: una visión comparada. América Latina Hoy. 2007; 45: 17-46.
  22. Boidi M, Pelignos M. Cultura política, gobernabilidad y democracia en Venezuela, 2008. Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional. Recuperado de <http://sitemason.vanderbilt.edu/files/jkP2Bq/Cultura%20política%20governabilidad%20y%20democracia%20en%20Venezuela%202008.%20Boidi%20Final.pdf>
  23. Sosa M J. Dos constituciones cara a cara: mucha revolución y pocos cambios. En Ramos M, editor. Venezuela: rupturas y continuidades del sistema político (1999-2001). Ediciones Universidad de Salamanca; 2002.
  24. Elder JP. Socioeconomic Indicators Related to Cardiovascular Disease risk Factors in Hispanics. American Journal of Health Behaviour. 1998; 22 (3): 172-85.
  25. Wamala-Sarah P. Socioeconomic Status and Determinants of Hemostatic Function in Healthy Women. Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology. 1999; 19 (3): 485-92.
  26. Brunner E, Shipley D, Blane D, Smith Gdand MG. When Does Cardiovascular Risk Start? Past and Present Socio-Economic Circumstances and Risk Factors in Adulthood. Journal of Epidemiology and Community Health. 1999; 53, 757-64.
  27. Diez-Roux A, Nieto-F J, Caulfield L, Tyroler H, Watson R, Szklo M. Neighbourhood Differences in Diet: The Artherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. Journal of Epidemiology and Community Health. 1999; 53 (1): 55-63.
  28. Sarah P, Mittleman M, Horsten M, Schenck K, Orth K. Job Stress and the Occupational Gradient in Coronary Heart Disease Risk in Women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. Social Science & Medicine. 2000; 51: 481-89.
  29. Davey G, Hart C, Hole D, MacKinnon P, Gillis C, Watt G, Blane D, Hawthorne V. Education and Occupational Social Class: Which Is the More Important Indicator of Mortality Risk? Journal of Epidemiology and Community Health. 1998; 52: 153-60.
  30. Albrecht G, Freeman S, Higginbotham H. Complexity and Human Health: The Case of Transdisciplinary Paradigma. Culture, Medicine and Psychiatry. 1998; 22: 55-92.
  31. Ayanian-John Z, Cleary-Paul D. Perceived Risks of Heart Disease and Cancer among Cigarette Smokers. Journal of the American Medical Association. 1999; 281 (11): 1019-21.
  32. Poredos P, Orehek M, Tratnik E. Smoking in Associated with Dose-Related Increase of Intima-Media Thickness and Endothelial Dysfunction. Angiology. 1999; 50 (3): 201-07.
  33. Sahai VS, Barnett RC, Roy CRI. A Profile of Cardiovascular Disease in Northern Ontario: Public Health Planning Implications. Canadian Journal of Public Health. 2000; 91 (6): 435-40.
  34. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Mem Fund Q. 1966; 44: 166-06.
  35. Ross A, Cevallos J, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. RevPanam Salud Pública. 2000; 8 (1/2): 93-97.
  36. Muñoz F, López D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larriue M, Ubilla S, Zeballos J. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública. 2000; 126-33.



37. Bradshaw P. Modernizing the British National Health Service (NHS) – Some Ideological and Policy Considerations. *Journal of Nursing Management*. 2003; 11: 85-90.
38. Francia, Code de la Sante Publique, Art. L 6143-2. Francia: Projet Qualité, 2000.
39. Breckenkamp J, Wiskow C, Laaser U. Progress on Quality Management in the German Health System – A Long and Winding Road. *Health Research Policy and Systems*. 2007; 5 (7): 1478-05.
40. Lohr K. Medicare. A Strategy for Quality Assurance. Vols. I y II. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press; 1990.
41. Morehead MA. The Medical Audit as an Operational Tool. *American Journal of Public Health*. 1967; 57: 1643-56.
42. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. II: The Criteria and Standards of Quality Assessment and Monitoring. An Arbor, Michigan, Estados Unidos: Health Administration Press; 1982.
43. Starfield B. Primary Care, Concepts, Evaluation and Policies. New York: Oxford University Press; 1992.
44. Constitución Nacional de Venezuela. Recuperado de <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>
45. Venezuela, Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2000). Gaceta Oficial No. 3.054. Caracas, Venezuela.
46. Mijares R, Lara L, Rincón E. Evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública: Caso Venezuela. I Congreso Venezolano de Bioingeniería, Coro, Venezuela, 2002.
47. Ministerio de Salud del Perú. Boletín informativo, 2005. Recuperado de <http://200.10.250.205/noticias/BOLETIN30.pdf>
48. D´Elía Y. El fondo de asistencia médica (FAM) del IVSS. Situación actual y opciones de reforma. Documentos del proyecto pobreza. Vol. 3. Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello y Universidad Simón Bolívar; 2002.
49. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información. Barrio Adentro. Recuperado de [http://www.mci.gob.ve/reportajes/2/5614/barrio\\_adentro\\_iii.html](http://www.mci.gob.ve/reportajes/2/5614/barrio_adentro_iii.html)
50. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Organigrama del MPPS. Recuperado de <http://www.mpps.gob.ve/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>
51. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores. Misión Barrio Adentro. Recuperado de [http://ceims.mre.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=23&id=39:mision-barrio-adentro-i-ii-iii-iv](http://ceims.mre.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&catid=23&id=39:mision-barrio-adentro-i-ii-iii-iv)
52. Aporrea. Misión Barrio Adentro III en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Página web de la Comunicación Popular para la Construcción del Socialismo del Siglo XXI. Recuperado de <http://www.aporrea.org/actualidad/n65200.html>
53. Walter C. A Strange Form of Declaring a Health Emergency: The Case of Venezuela. *Medical Journal World*. 2009 Dec; 55 (4): 157-59.
54. Sader E. Memorias del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Caracas: Editorial Panapo; 1990, p. 100.
55. Beck CA, Richard H, Tu JV, Pilote L. Administrative Data Feedback for Effective Cardiac Treatment: Affect, a cluster randomized trial. *JAMA*. 2005; 294: 309-17.
56. Labresh KA, Ellrodt AG, Gliklich R, Liljestrand J, Peto R. Get with the Guidelines for Cardiovascular Secondary Prevention. *Arch Intern Med*. 2004; 164: 203-09.
57. Melo E, Travassosb C, Carvalho E. Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio, Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2004; 38 (3): 385-91.
58. Mijares R. Evaluación del desempeño institucional del Servicio de Cardiología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. *Avances Cardiológicos*. 2003; 23: 2-12.
59. Mijares R, Lara L, Della P, Rincón E. Gestión tecnológica en un Ministerio de Salud: Caso Venezuela. *Rev. Sanidad Militar México*. 2004; 58 (6): 434-42.
60. Mehta RH, Montoyo CK, Gallogly M, Baker P, Blount A, and Faul J. Improving Quality of Care for Acute Myocardial Infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA*. 2002; 287 (10): 1269-76.
61. Teixeira A, Sharon N. Statistical Methodology for Classifying Units on the Basis of Multiple-Related Measures. *Stat Med*. 2008; 27 (9):1329-50.
62. Arós F, Loma A, Alonso A, Alonso J, Cabadés A, Coma I, García L, López E, Vera A, Wornor F. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. *Revista Española de Cardiología*. 1999; 52: 919-56.
63. Cabrera F, Gómez J, Ruiz M, Jiménez M, Rodríguez I, Espinosa J, Pérez F, Alonso J, Galván E. Garantía y mejora de calidad de la atención al paciente con infarto agudo de miocardio. Implantación de un programa de calidad. *Revista Española de Cardiología*. 2001; 54: 43-48.
64. Fonarow GC, Gawlinski A, Moughrabi S, Tillisch JH. Improved Treatment of Coronary Heart Disease by Implementation of a Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (Champ). *Am J Cardiol*. 2001; 87: 819-22.

65. Ulecía A, Gómez J. La calidad en cardiología. Desde la teoría a la aplicación práctica. *Rev. Esp. Cardiol.* 2007; 7: 47-54.
66. Valle V, Alonso A, Arós F, Gutiérrez J, y Romero S. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre requerimientos y equipamiento de la unidad coronaria. *Rev. Esp Cardiol.* 2001; 54: 617-23.
67. Wolff AM, Taylor SA, McCabe JF. Using Checklists and Reminders in Clinical Pathways to Improve Hospital Inpatient Care. *Med J Aust.* 2004; 18; 181 (8): 428-31.
68. Williams SC, Koss RG, Morton DJ, Loeb JM. Performance of Top-Ranked Heart Care Hospitals on Evidence-Based Process Measures. *Circulation.* 2006; 114 (6): 558-64.
69. Escosteguy C, Portela M, Medronho A, Vasconcellos M. Hospital Admissions Forms versus Medical Records to Assess Risk of In-Hospital Death from Acute Myocardial Infarction in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2005; 21 (4): 1065-76.
70. Albornoz M. Los problemas de la ciencia y el poder. *Rev. Iberoam. Cienc. Tecnol. Soc.* 2007; 3 (8): 47-65.
71. Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflection on Health Service.* Gran Bretaña: Cambridge University Press; 1971.
72. Working Group. *The Evidence-Based Medicine. Evidence-Based Medicine: New Apoca to Teaching the Practice of Medicine.* JAMA. 1992; 268: 2420-25.
73. Universidad Central de Venezuela (UCV). *Registros de salud.* Caracas: Facultad de Medicina; 1994.
74. Dawson B, Trapp R. *Bioestadística médica.* México: El Manual Moderno; 2005, p. 360.
75. Manderbacka K, Elovainio M. La complejidad de la asociación entre posición socioeconómica e IAM. *Revista Española de Cardiología.* 2010 Sep.; 63 (9): 1045-53.

