

# EVALUACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO MATERNO INFANTIL

**Thaís Ledezma**

INVESTIGADORA IIES, FACES, UCV

## RESUMEN

En este artículo se resumen los resultados de una evaluación de procesos del Programa Ampliado Materno Infantil (PAMI) implementado en Venezuela en el año 1989. La evaluación responde a una las primeras interrogantes dentro de un proceso de evaluación integral: saber si el programa funciona como se planeó. Se argumenta la necesidad de fortalecer los componentes esenciales de la estrategia PAMI, la atención médica preventiva y la educación comunitaria para la prevención, con una política coordinada de la red ambulatoria del país. El componente nutricional debe ser revisado privilegiando la búsqueda de soluciones adecuadas y económicas.

**Palabras claves:** Evaluación de programas sociales, evaluación de procesos, política social.

## INTRODUCCION

Los procesos de evaluación, programación y planificación están interrelacionados. La evolución actual de la metodología de evaluación, adaptada a las circunstancias cambiantes de su campo de aplicación, determina un proceso de retroalimentación permanente en el que se identifican los problemas y se evalúan las necesidades; se diseña y programa la intervención y se evalúa la conceptualización y el diseño lógico del mismo y finalmente, en la ejecución del programa se evalúan la implementación, la cobertura, los procesos, los costos, los resultados y el impacto de la intervención (Martínez, 1991).

En este artículo se resumen los resultados de una "evaluación de procesos"<sup>1</sup> del Programa Ampliado Materno Infantil (PAMI) implementado en Venezuela en

1. Se evalúa la implementación, se verifica si el programa funciona como se planteó y se hace un seguimiento, es decir una evaluación continua y permanente del programa/intervención. El seguimiento comprende la evaluación del funcionamiento del programa, referidos están las coberturas, los recursos, las actividades, la productividad del personal y la calidad de la atención. En este sentido, aparecen como elementos claves los insumos, las actividades y los resultados, así como la respectiva población objeto y beneficiaria. (Padrón, Ledezma, 1996).

el año 1989. La evaluación plantea dar respuesta a las primeras interrogantes dentro de un proceso de evaluación integral: saber si el programa funciona como se planeó, bajo la consideración de criterios formativos cuya finalidad es ayudar en el desarrollo adecuado del programa. Los aspectos comentados en el trabajo se enmarcan dentro del nuevo concepto de "evaluación global o integral" tratando de mostrar los logros o los efectos positivos y negativos junto a los distintos factores significativos del programa, su implementación en un determinado medio institucional y social y, la acción de los grupos significativos vinculados al programa (Sulbrant, 1993, 334). Adicionalmente, se destacan problemas que pudieran ser comunes en la evaluación de los programas sociales en nuestro país.

La revisión inicial de los documentos en el marco de lo que suele denominarse la evaluación de la posible evaluabilidad del programa, estableció la reconstrucción de un perfil del Programa Alimentario Materno Infantil (denominación oficial) en las acciones de componentes constituyentes de tres áreas programáticas: Atención en Salud (MSAS), Alimentario Materno Infantil (Fundación PAMI-MSAS) y Educación y Promoción en Salud (Ministerio de la Familia-MSAS), la cual se señala en este trabajo en forma general como Programa Ampliado Materno Infantil (nombre establecido en el documento de diagnóstico y diseño del programa).

Como parte de los lineamientos del VIII Plan de la Nación, en 1989 se decide adelantar acciones orientadas a fortalecer la red de servicios de salud y, particularmente, incrementar y mejorar la calidad del servicio prestado a la población de bajos ingresos, considerados como los de mayor vulnerabilidad. La focalización de la actividad plantea formas de atención integral plenamente identificadas con las estrategias de Atención Primaria en Salud, privilegiando las acciones hacia la comunidad por sobre la atención estrictamente individualizada. Estas acciones se realizan a través del programa de Atención Materno Infantil del MSAS. De esta forma el Proyecto de Programa Ampliado Materno Infantil se liga a las iniciativas en función del desarrollo económico y social del país, a partir de la atención preferencial a grupos vulnerables en situaciones socioeconómicas adversas, como lo son los niños en pleno crecimiento y desarrollo y mujeres en edad reproductiva, de los sectores pobres del país.

Dado que el marco referencial se sustenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud se enfatiza la promoción y educación en salud para involucrar la participación e integración de la comunidad, tanto como receptora activa de los servicios de salud, como gestora de la acción operativa respecto a su promoción y desarrollo.

Los grupos materno infantiles que conforman la población objetivo PAMI reciben un subsidio directo nutricional para atemperar el riesgo socioeconómico y biológico que afecta el consumo de proteínas y calorías en la población en condiciones de extrema pobreza y en los sectores poblacionales con mayores

requerimientos nutricionales: embarazadas, mujeres en período de lactancia y niños menores de seis años.

## CRITERIOS METODOLOGICOS

El estudio parte de un análisis del marco referencial tanto institucional como situacional; este último basado en el diagnóstico utilizado en 1989, cuando se inició el programa. Dado que no se realizó una evaluación de las necesidades, específicamente en lo relativo a las ideas claves a enfrentar y las sugerencias de los modos o deficiencias específicas de la red en salud/sistemas a solucionar en el problema diagnosticado, se formulan algunas consideraciones sobre el diseño del programa, para lo cual previamente se realiza un proceso de reconstrucción del perfil de las características del mismo, que no estuvo bien definido desde el comienzo. Esta circunstancia propició que los componentes claves del programa fueran construyendo sus propios perfiles en el transcurso de la implementación y ejecución del programa.

El análisis de la ejecución del programa se hace en dos niveles:

1. *Análisis de la dinámica del perfil*, en el cual se estudia la capacidad resolutoria del programa, respuestas a las expectativas de 'os destinatarios, ventajas sobre programas alternativos, objetivos, metas, beneficios, coherencia entre misión y población-objetivo definida (lo que se denomina la propiedad del programa). Otros criterios utilizados son el de idoneidad, mediante el estudio de la capacidad y potencialidad de articulación de beneficios, mecanismos de asignación y procesos técnicos y de efectividad, es decir, el cumplimiento de objetivos y metas en el tiempo, cuantitativa y cualitativamente, con relación a lo establecido en el programa y a la programación estratégica del Gobierno nacional.

2. *Análisis de la dinámica organizativa y funcional*: se definen los niveles, las funciones, los mecanismos de toma de decisiones, las estructuras organizativas existentes, los tipos de coordinación, los agentes públicos y privados que participan en el programa. Se analiza la estrategia operativa (articulación funcional, los eventos y sus tiempos, las metodologías utilizadas), los sistemas de comunicación e información, los mecanismos de control y seguimiento, las normas y procedimientos (definición, especificidad y cumplimiento, la relación con otros programas y la disposición de recursos humanos, físicos y financieros: origen y destino, disponibilidad, ejecución y estructura del gasto, (CONASSEPS, 1994).

En la fase inicial del estudio se revisaron documentos, se hicieron entrevistas con el personal directivo del programa y se realizó la observación in situ. En la segunda fase se utilizaron los sistemas de datos recogidos por el personal del programa y se realizaron encuestas dirigidas al personal involucrado con el programa en los diferentes tipos de actividades, y a los beneficiarios. Adicional-

mente, se instrumentaron guías de observación sobre las condiciones generales del ambulatorio y del almacén.

La unidad estadística del estudio muestral fueron los centros de salud según distritos sanitarios en las diferentes entidades del país (ambulatorio-almacén). Las unidades de análisis fueron el personal del ambulatorio, el personal de supervisión y capacitación y los beneficiarios. Se elaboraron instrumentos dirigidos a: médico coordinador del ambulatorio, enfermera, nutricionista, promotor social, almacenista, supervisor de campo, y beneficiario. Complementariamente se entrevistó al director regional de salud.

El diseño se orientó a la selección de una muestra representativa<sup>2</sup> de los centros de salud sobre la base de criterios de selección de las entidades federales, de los distritos sanitarios y de los centros de salud.

Siguiendo estos lineamientos metodológicos se tomó una muestra en seis estados: Trujillo, Sucre, Lara, Portuguesa, Bolívar y Miranda, escogidos sobre la base de los siguientes criterios: ubicación geográfica y actividad económica, niveles de pobreza, fase de implementación de la estrategia PAMI y grado de ejecución de los componentes: atención en salud, promoción y educación en salud y distribución de producto, número y tipo de ambulatorios). La selección de los distritos sanitarios se realizó mediante un conjunto de criterios sustentados por las siguientes variables claves: existencia de los distintos tipos de centros de salud (urbano I, rural II y hospitales), presencia o no de Sistema Locales de Salud (Silos), presencia del Programa de Educación Comunitaria (PEC) y niveles de concentración poblacional.

En las entidades escogidas se registran 370 ambulatorios. Se fijó una cuota representativa de 10%, es decir, 37 ambulatorios. La selección de los ambulatorios se hizo considerando las variables claves señaladas y la representatividad en la distribución porcentual de la muestra según ambulatorios urbanos y rurales y según tipo en el nivel nacional.

Es importante señalar que la calidad de la información en el proceso evaluativo es básica para que ésta sirva de apoyo a los juicios de valor emitidos en la evaluación, establecidos, a su vez, por los criterios de valor fijados en los objetivos del estudio. Lo ideal es contar con una información válida, fiable, creíble y sistemática. Esto no se cumple en el programa PAMI, nos atreveríamos a afirmar que no se cumple en la mayoría de los programas sociales del país y esta es una de las limitaciones más importantes que enfrentan las investigaciones evaluativas en el área social. A los efectos de este estudio se señalan los problemas específicos que presenta la información y se destacan

---

2. En las distribuciones porcentuales, la muestra representó *proporciones similares* a los del total de ambulatorios según tipo. En el caso de aspectos cualitativos, también representó los *casos más relevantes* que se registran en la red de atención en salud.

las posibilidades de credibilidad al realizar los ajustes necesarios y analizar la incidencia de las numerosas omisiones.

En el marco de una concepción de modelos globales de evaluación se considera que los problemas en la implementación de programas y políticas sociales se deben: por una parte, a los problemas internos de organización y funcionamiento de los equipos humanos que ejecutan el programa y, por otra parte, a las restricciones de carácter político, social, administrativo y tecnológico que lo afectan (Sulbrant, 1993).

## **DISCUSION Y RESULTADOS**

En virtud de la confusión presente en la ejecución del programa, es conveniente iniciar la discusión de los resultados de la evaluación transcribiendo los objetivos y metas señalados en documento de diseño y resumiendo brevemente el referente institucional y situacional de su implementación.

**Objetivo general:** Mejorar la situación de salud de la población materno-infantil reduciendo los índices de morbimortalidad de esos grupos.

### **Objetivos específicos:**

1. Aumentar la cobertura médico-asistencial de la población materno-infantil jerarquizada por criterios de riesgos.
2. Ampliar la atención a la madre y al niño mediante la provisión de productos lácteos, harina de maíz y polivitamínicos.
3. Reforzar la Atención Primaria en Salud mediante acciones de educación, promoción y organización comunitaria en salud.

### **Objetivos Instrumentales:**

- Fortalecer los establecimientos locales de salud a través de la dotación de los recursos necesarios para implantar el programa.
- Detectar precozmente en la población materno-infantil los grupos de alto riesgo.
- Capacitar el equipo de salud, en el área materno-infantil, a fin de optimizar el desarrollo del programa.
- Establecer un sistema de información efectivo que garantice la coordinación intra e intersectorial.
- Evaluar continua y sistemáticamente el impacto del programa en la Salud Materno Infantil.

- Crear las unidades administrativas a nivel central y estatal del Programa.
- Garantizar el suministro oportuno, continuo y permanente de los productos alimentarios incluidos en el programa.
- Ejecutar actividades de educación para la salud, dirigidas a la población materno-infantil, a fin de incrementar el uso de los servicios locales de salud.
- Capacitar a los miembros de las organizaciones de base a fin de lograr una mayor participación en las acciones preventivas en el área materno-infantil.
- Utilizar los medios de comunicación masiva a fin de difundir los objetivos del programa.

**Metas:**

1. Cubrir en 5 años con consultas médicas al 50% de las mujeres embarazadas, 50% de las mujeres postnatales, 50% de los infantiles y 30% de los preescolares.
2. Dotar a los establecimientos de salud comprometidos en el proyecto con los recursos necesarios para el desarrollo del mismo.
3. Adiestrar en forma continua y sistemática en los objetivos y acciones a desarrollar, a todo el equipo de salud comprometido en la ejecución.
4. Establecer un sistema de información efectiva y oportuna, que garantice la coordinación intra e intersectorial.
5. Suministrar leche en polvo completa a las embarazadas, madres lactantes y a los infantes inscritos en el programa.
6. Suministrar Lactovisoy a los preescolares inscritos en el programa.
7. Ejecutar actividades de promoción y educación en salud en forma continua y sistemática relacionada con el proyecto dirigido al núcleo familiar, con énfasis en las mujeres en edad reproductiva.
8. Capacitar en los aspectos de promoción y educación en salud del proyecto, a los líderes comunales pertenecientes a las organizaciones de base o de otros sectores representativos de la comunidad al término del quinto año de ejecución.
9. Difundir permanentemente a través de los medios de comunicación masivos los objetivos y beneficios del Programa.

10. Crear unidades administrativas centrales y en las entidades federales comprometidas con el proyecto.
11. Evaluar en forma continua y sistemática para medir el rendimiento e impacto del programa.

### Referente institucional

El programa forma parte del conjunto de proyectos señalados por la Comisión Presidencial para el Enfrentamiento de la Pobreza (COPEP) con el propósito central de focalizar los recursos hacia sectores en situación de pobreza, privilegiando los grupos más vulnerables. En marzo de 1989, funcionarios del Banco Mundial inician las conversaciones para negociar el otorgamiento de créditos para diversos programas sociales, condicionando la concesión de estos créditos a la existencia, en la práctica, de un programa alimentario materno infantil (según ayudas memorias). En septiembre de 1989 se entrega al Banco Mundial el documento de diseño con el título "Enfrentamiento a la Pobreza. Programa Ampliado Materno Infantil", el cual es aprobado por la Misión y llevado a la consideración de la Junta Directiva. En diciembre de 1989 se inicia la fase piloto, según los requisitos del Banco Mundial, en el estado Trujillo. Por solicitud presidencial, en 1990 se extiende el programa de las tres entidades proyectadas a diez, y, posteriormente, a dieciocho estados.

En el marco de la negociación con el Banco Mundial para el otorgamiento de créditos a los programas sociales se diseña el Proyecto de Desarrollo Social (PDS), el cual comprende los componentes de la estrategia PAMI. El PDS es un conjunto de programas sociales cuya acción simultánea contribuiría al mejoramiento de la calidad de vida de los grupos de población vulnerables, más pobres, favoreciendo una intervención pública acorde con la problemática actual. Tiene cuatro componentes: Atención Primaria en Salud (APS), Información, Educación y Comunicación (IEC), Desarrollo Institucional (DI) y Expansión del Preescolar (EP). La Estrategia PAMI se inscribe en los primeros dos componentes. En este contexto el objetivo general del programa PAMI se expresa en los siguientes términos: *"Fortalecer y ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria en salud materno infantil de la población en riesgo socio-económico y biológico, con la finalidad de mejorar la calidad de vida"*.

En 1994, en el marco del IX Plan de la Nación, el programa PAMI forma parte del conjunto de programas para el desarrollo social denominados "Compromiso de Solidaridad Social" y, posteriormente, también se incluye dentro del proyecto de expansión de los programas sociales de la Agenda Venezuela. En esta oportunidad el objetivo general se especifica de la siguiente manera: *"Apoyar y mejorar las condiciones de vida de la madre y el niño de menores recursos económicos, brindando para ello dentro del concepto de solidaridad social por*

*lo menos dos de sus elementos, salud y nutrición, factores de gran importancia en el desarrollo de cualquier nación".*

### **Referente situacional**

El referente situacional, presentado en el documento de diseño, si bien permite a grandes rasgos fundamentar el programa, pierde efecto al no acompañarse de estudios especialmente elaborados sobre la situación de salud de las áreas a las cuales se destina el PAMI, como tampoco acerca de aquellas regiones más críticas. Llama la atención la falta de un diagnóstico sobre la oferta de programas, proyectos o acciones alimentarias y de salud. El proyecto, al describir las Funciones Generales de Producción menciona las estructuras organizativas y de funcionamiento que se utilizarán; por ejemplo, enumera un conjunto de actividades a realizar, mecanismos y procedimientos, estructuras organizativas y funciones a cumplir y otros elementos del sistema efector, pero en ninguna parte del documento se alude al grado de desarrollo de éstos ni a su nivel de productividad, ni a los recursos disponibles y menos a su adecuación o suficiencia, en suma, no hubo análisis cuantitativo, ni cualitativo de los recursos, como tampoco de los aspectos técnicos, organizacionales y operativos utilizados en el despliegue de acciones del PAMI. Esto tiene que ver con los problemas confrontados en la implementación y ejecución del programa (CONASSEPS, 1994).

A las fallas de los estudios señalados puede agregarse la carencia de investigaciones sobre las características socio culturales de la población objeto. La estrategia PAMI, que se propone generar cambios en el comportamiento del grupo materno infantil, no cuenta con un diagnóstico que aclare los fundamentos socioculturales de la escasa motivación hacia el uso de los servicios de Atención Primaria en Salud. Por otra parte, las acciones previstas en este ámbito, a través del Programa de Educación Comunitaria (PEC), no se desarrollaron con anterioridad o por lo menos simultáneamente con la implantación del programa, y aún continúan sin ejecución.

Otro aspecto no bien detallado en el proyecto inicial es el de la dotación de los ambulatorios para el funcionamiento del PAMI, la cual se organiza y estructura en el proceso de implementación, ocasionando retrasos en la adquisición y distribución de los equipos e insumos necesarios para el buen funcionamiento de los programas de atención primaria incluidos en la estrategia.

Esta incongruencia entre el propósito y la práctica del PAMI, arriesga los posibles efectos estructurales de la estrategia, cuestiona la idoneidad de la intervención y abre peligrosas brechas hacia efectos secundarios no deseados.

Hay que señalar que la propuesta de diseño se hizo con mucha premura y pocos recursos, como suelen hacerse estas actividades en nuestro país en los momentos de las negociaciones con los entes internacionales. Aún así, se



elaboró un documento de calidad, superior al respaldo documental de diseño que tienen la mayoría de los programas sociales en el país.

Partiendo de los objetivos y metas, extraídos del documento de diagnóstico, el estudio evaluativo se centra en las acciones desarrolladas en tres áreas programáticas:

- *Atención en Salud*: consiste en la posibilidad de brindar servicios de naturaleza preventiva y curativa (en lo que se refiere específicamente al programa PAMI se consideran sólo los preventivos) en el área de salud, médica, odontológica y nutricional a la población que reside en áreas urbanas y rurales clasificadas como pobres, a través de las unidades de producción definidas como Atención Prenatal, Atención Post-natal, Atención al Infante y Atención Preescolar, servicios prestados en la red de ambulatorios establecidos en el programa.
- *Alimentario Materno Infantil*: consiste en la transferencia de productos alimentarios a las mujeres embarazadas y en lactación, y a los niños entre seis meses y seis años, atendidos en los ambulatorios adscritos al programa. El beneficio según grupo objetivo y riesgo establecido inicialmente en el programa es el siguiente:
  - Prenatal: (código 1) 2 kg de leche mensuales.
  - Prenatal Alto Riesgo: (código 2) 3 kg de leche mensuales (en el transcurso de la ejecución esta categoría quedó eliminada).
  - Posnatal: (código 3) 2 kg de leche mensual.
  - Infantil Bajo Riesgo: (código 4) 2 kg de leche mensuales.
  - Infantil Alto Riesgo: (código 5) 3 kg de leche mensuales.
  - Preescolar: (código 6) 3 kg de Lactovisoy mensuales.

La harina de maíz y los polivitamínicos señalados en el documento de diseño, no se consideraron en las actividades de implantación del programa.

En la ejecución actual se introduce un cambio en la asignación de productos: los códigos 1,3 y 6 reciben 3 kg de Lactovisoy y el código 4 recibe 2 kg de leche. Los códigos asignados a la población de alto riesgo (2 y 5) se eliminan aparentemente por la baja significación en la población atendida.

*Educación y Promoción en Salud*: provee servicios de educación y promoción relativos a la higiene y control preventivo de la salud materno-infantil de la población-objetivo y la capacitación de promotores comunitarios en salud.

La población objeto del programa son las mujeres embarazadas y en período postnatal, población infantil y preescolar (niños entre 6 meses hasta los 6 años de edad no cumplidos) que residen en áreas pobres urbanas y rurales. Las estimaciones poblacionales generales de la OCEI, obviando la condición de pobreza, se presentan en el cuadro N° 1 (beneficiarios potenciales).

Como medio de asignación se utiliza la red de ambulatorios del tipo urbano I y rural II que atiende a la población-objetivo a través del personal médico, de enfermería, nutrición, promoción social, capacitación, almacenamiento, directivos y supervisores de los organismos públicos, las Organizaciones No Gubernamentales involucradas y medios de comunicación social.

La focalización social no es directa. La normativa del programa, dentro de cierta flexibilidad, relaciona explícitamente algunos tipos de ambulatorios, urbano I y rural II, los cuales se sitúan generalmente en zonas de situación de pobreza. La incorporación como beneficiario PAMI resulta voluntaria, no todos los habitantes de la zona de influencia concurren al ambulatorio, ya sea por tener capacidad de sufragar otros servicios de salud u otras motivaciones, de forma que la focalización se hace de manera indirecta por autoexclusión de la población no pobre. Esta modalidad de focalización requiere de un apoyo constante y dinámico de actividades de información, educación y promoción para lograr la inclusión de la población en situación de pobreza extrema.

En la implementación y ejecución del Proyecto PAMI participan el MSAS a través de la Dirección Materno Infantil y demás dependencias involucradas en la Atención Primaria en Salud para la población-objetivo, la Fundación Programa Alimentario Materno Infantil, organismo adscrito al MSAS, y el Ministerio de la Familia mediante la Dirección General Sectorial de Coordinación de Programas de Desarrollo Social. Durante los primeros años de ejecución el MSAS –para la coordinación específica del programa– constituyó una unidad ad hoc denominada Comisión Implantadora de los Programas de Atención en Salud (CIPAS).

Otro ente involucrado es la Oficina Técnica Coordinadora (OTC) del Ministerio de la Familia, que coordina el enlace con el organismo multilateral (Banco Mundial) que financió parte de los recursos destinados al programa, dentro del marco del Proyecto de Desarrollo Social convenido con el Estado.

El Programa PAMI, visto como una estrategia para fortalecer los programas de atención en salud que prestan los ambulatorios, dirigidos a la madre y al niño, donde se les brinda asistencia médica, educativa y nutricional, a través del suministro de productos alimenticios a objeto de contribuir a disminuir la desnutrición de la población y mejorar la calidad del servicio de salud prestado a la población materno-infantil de más bajos ingresos, así como aumentar su asistencia a los servicios ambulatorios y disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad de los beneficiarios (CONASSEPS, 1994), define un conjunto de activida-

**CUADRO Nº 1**  
**POBLACION MATERNO INFANTIL OBJETO PAMI SEGUN GRUPOS (\*)**

GRUPOS	AÑOS							
	1988*	1989*	1990*	1991*	1992	1993	1994	1995
PRENATAL	709.029	727.481	745.982	764.953	765.309	782.820	800.393	818.041
POSTNATAL	602.674	618.359	634.085	650.210	650.512	665.397	680.334	695.335
INFANTIL	1.102.935	1.131.637	1.160.416	1.189.927	1.190.480	1.217.720	1.245.055	1.272.508
PREESCOLAR	2.624.159	2.692.448	2.710.921	2.831.137	2.832.452	2.897.263	2.962.300	3.027.616
<b>POBLACION OBJETO PAMI</b>	<b>5.038.797</b>	<b>5.169.925</b>	<b>5.301.404</b>	<b>5.436.227</b>	<b>5.438.754</b>	<b>5.563.200</b>	<b>5.688.061</b>	<b>5.813.499</b>

(\*) Los porcentajes considerados son prenatales 3,78% de la población total; posnatales 85% de la población prenatal; infantiles y preescolares 5,88% y 13,99%, respectivamente de la población total.

\* Según Censo 1981\*. Para el resto de los años se realizaron nuevas estimaciones, de acuerdo a los restados del censo de 1990.

Fuente: MSAS. Estimaciones de la OCEI. Elaboración propia.

des inherentes a su población objeto y a las formas operativas de mediación, desarrolladas en los centros de salud y almacenes que constituyen el sistema efector: la atención en salud, evaluada en términos de consultas preventivas, el reparto de productos, evaluado en función de kilogramos entregados y la educación y promoción en salud, evaluada en términos de estudios y visitas realizadas y la capacitación e incorporación de la comunidad en las actividades educativas (Ver figura 1).

El desarrollo de estas actividades en los centros de salud incorporados define la programación y configura el soporte básico para la evaluación del programa, partiendo de una visión general de su ejecución, así como de una cuantificación sobre la base de rendimiento, suficiencia y crecimiento de las actividades.

Los contenidos funcionales que dan cuerpo a la estructura técnica del PAMI tienen antecedentes establecidos. La esencia del Programa de Atención en Salud (PAS) está enmarcada en las acciones de la atención materno-infantil del MSAS con más de tres décadas de existencia, el Programa de Educación Comunitaria (PEC) se erige sobre las actividades de promoción y educación de la salud desarrolladas por el mismo despacho y la distribución de productos lácteos y polivitamínicos ha sido implementada por el INN desde hace varios años, todos a través de la red de ambulatorios de salud.

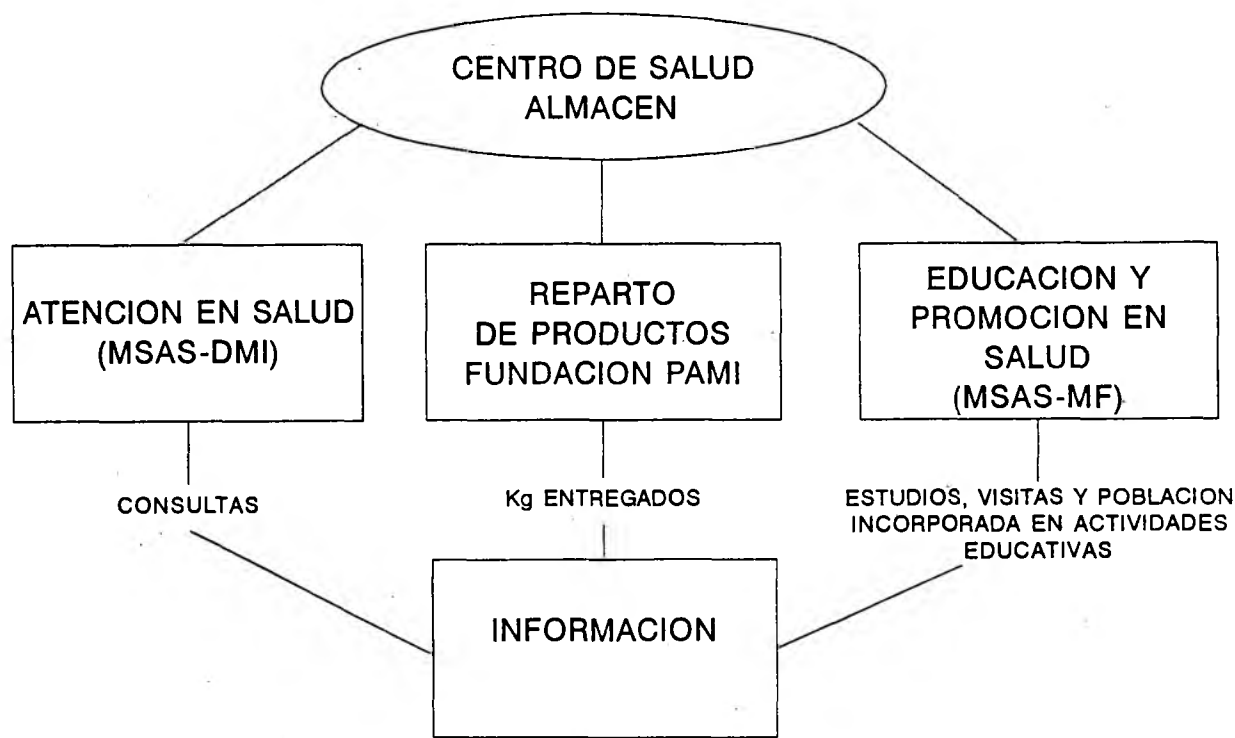
En el diseño del programa se le da un estatus especial al componente de la distribución de productos nutricionales, situándolo en el centro de la estrategia PAMI, al convertirlo en un "gancho táctico" que vitaliza no solo la acción nutricional, sino también una masificación de la atención materno-infantil y la articulación de las acciones de Atención Primaria en Salud. Así mismo, el componente alimentario se enmarca dentro del conjunto de acciones de transferencia directa, dirigidas al alivio de la pobreza, pero que a su vez incide indirectamente en algunos de los factores causales de la pobreza.

### **Cobertura y metas**

Tal y como lo muestra el cuadro N° 2 las metas de expansión a los estados se cumplieron, incluso en el primer trimestre del año 1992, cuando se incorporaron al programa las tres entidades federales de mayor complejidad debido a su alta densidad poblacional: Distrito Federal, Miranda y Carabobo.

En el transcurso de la ejecución del programa se han producido modificaciones en las condiciones definidas inicialmente. Actualmente se cubren ambulatorios de las gobernaciones, alcaldías, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Organizaciones No Gubernamentales; también surge una segunda modificación, al incorporar centros de salud con clasificaciones distintas a las de rural II y urbano I, incluso hospitales. Esta modificación se derivó de la presión para que el producto previamente licitado fuera distribuido, evitando el

FIGURA Nº 1



deterioro del mismo y permitiendo el cumplimiento de los compromisos contraídos en la concertación de precios.

Los ambulatorios urbanos tipo I y rurales tipo II se caracterizan ambos por estar dirigidos por un médico general y abarcar poblaciones pequeñas bien definidas. La incorporación de un médico contratado en el caso de los ambulatorios rurales I, que tácitamente los modifica a rurales II, constituye un efecto positivo ya que se estaría mejorando la red de atención en salud y llegando precisamente a la población más pobre.

Se trató de conseguir información más precisa sobre los centros de salud participantes en el programa, especificados por tipo y adscripción institucional, y el número total de centros de salud a considerar, a los efectos de realizar un cálculo más ajustado de la cobertura. Sin embargo, ello no ha sido posible porque el MSAS no facilitó la información sobre los centros de su red que se han incorporado al PAMI y, por otra parte, la Fundación PAMI no tiene clasificados los centros de salud por tipo y adscripción institucional. Como única aproximación se sabe que el PAMI involucra 1.400 centros de salud, y el MSAS cuenta con una red ambulatoria tipo urbano I y rural II que alcanza 1.299 centros (problema de la información, cuadro N° 2).

**CUADRO N° 2**  
**NUMERO DE AMBULATORIOS INCORPORADOS AL PAMI**

AÑO	N° DE ESTADOS EN EL PROGRAMA <sup>1</sup>		N° DE AMBULATORIOS INCORPORADOS AL PROGRAMA <sup>1</sup>			N° DE AMBULATORIOS DEL MSAS <sup>2</sup>
	INCORPORADOS		N°	INCREMENTOS		
	ANUAL	TOTAL ACUMULADO		ABSOLUTOS	PORCENTUAL	
1989	1	15	9	—	—	955 <sup>3</sup>
1990	14	20	612	605	—	—
1991	5	23	945	333	54,4	—
1992	3	23	1.199	254	26,9	—
1993	—	—	1.400	201	16,8	1.299 <sup>4</sup>
1994			1.400			
1995			1.400			

1. Información suministrada por la Fundación PAMI.

2. Información suministrada por la Dirección de Estadísticas del MSAS.

3. Ambulatorios urbano I y rural II, proyecto inicial.

4. Ambulatorios urbanos y rurales II del MSAS.

Fuente: MSAS, Fundación PAMI. Elaboración propia.

Los criterios que en la práctica predominaron para la selección de los ambulatorios fueron los siguientes: cobertura poblacional, necesidades y demandas de la comunidad e infraestructura física. Estos factores han contribuido a las desviaciones ocurridas en la selección; puesto que se ha desconocido el principal objetivo del programa (contribuir al fortalecimiento de la red social de atención primaria) y focalizar la acción sobre los grupos más vulnerables (problema de la focalización).

En el componente de promoción y educación hay tres niveles: personal de servicios de salud, comunidades locales y público en general. Sin embargo, sobre este componente, que debió ser previo al programa para apoyarlo, no ha sido posible concretar su implementación. Al respecto, habría que considerar en la evaluación los estudios de diagnósticos y casos familiares, así como las visitas a los hogares realizadas por los promotores sociales, no obstante, fue imposible conseguir la información.

Hay que destacar la importancia estratégica que tiene este componente para el programa e incluso, para el diseño de políticas sociales en esta área. En la historia del MSAS se han emprendido varias acciones preventivas en salud, lográndose un rotundo éxito en campañas contra enfermedades tales como paludismo, mal de chagas, disentería, cólera, así como la erradicación, mediante campañas de vacunación intensiva, del polio y del sarampión.

### **Población materno infantil objeto meta del programa (POM)**

La POM es la población que se espera reciba los beneficios del programa en función de los recursos disponibles y las metas establecidas en las programaciones anuales.

Debe señalarse que la forma de implementación del programa, sin una coordinación global que propiciara los fundamentos de una buena planificación, generó informaciones particulares por componentes que dificultan la evaluación.

El proyecto de diseño inicial fue para 955 ambulatorios, fijándose como meta de cobertura el 50% de los grupos prenatales, postnatales e infantiles y 30% para los preescolares, en el marco del compromiso con el Banco Mundial (ver cuadro N° 3).

En la ejecución las metas han variado. Un aspecto problemático lo constituyen las diferentes metas que fijan la Dirección Materno Infantil (DMI) y la Fundación PAMI del MSAS, lo que supone imprecisiones en la programación que implican problemas en el control y evaluación de la gestión. La Fundación PAMI establece una meta global de 28% en 1990, 34% en 1991 y 60% a partir de 1992. La DMI fija una meta de 43% en el período 1990-1992 y 35% en 1993, 48% en 1994 y 50% en 1995.

## CUADRO N° 3

## POBLACION ATENDIDA EN 1988 Y POBLACION OBJETO-META EN 1994, SEGUN COMPROMISO CON EL BANCO MUNDIAL

GRUPOS	1988			1994		
	Nº	%		Nº	%	
		Respecto a pob. objeto (5.038.797)	Atendido por grupo*		Respecto a pob. objeto (5.688.061)	Atendido por grupo
Prenatal	200.000	4,00	28	420.000	7,40	53
Posnatal	80.000	1,60	13	360.000	6,30	53
Infantil	245.000	4,90	22	640.000	11,30	51
Preescolar	370.000	7,30	14	916.000	16,10	31
Total	895.000	17,8			41,10	

\* Las cifras porcentuales superan las metas de cobertura establecidas en el documento de diseño (meta 1), debido a la variación en las estimaciones de la población al tomar como base la información del Censo de 1990.

Fuente: Documento de diseño del programa. Elaboración propia.

La justificación para fijar una fracción del 60% de la población objeto como población meta por parte de la Fundación PAMI, se fundamenta, primeramente, en que un 20% de esta población, considerando sus condiciones socioeconómicas, no es objeto del programa, en todo caso no es usuaria de los servicios ambulatorios. En segundo lugar, se supone que la población en situación de pobreza se estima en 60%. No obstante, debe destacarse que este programa está dirigido hacia la población en pobreza extrema que, según estimaciones, no supera el 40%. En 1994, 1995 y 1996 la Fundación PAMI ha optado por fijar metas realistas en función de los registros de beneficiarios atendidos por el programa en años anteriores y de los recursos presupuestarios asignados.

Las POM señaladas en el caso de los prenatales e infantiles superan los volúmenes comprometidos con el Banco Mundial.

### Población atendida (PA)

En este punto pasamos de la fase programática a la fase de ejecución real del programa. En tal sentido la población atendida, según los registros de información, evidencia dificultades para la elaboración e interpretación de las relaciones básicas, a nuestro modo de ver, derivadas de un problema concep-



tual de lo que se entiende por población atendida en las estadísticas de salud. La información registra los pacientes atendidos, como el total de pacientes atendidos por primera vez en relación al universo de población objeto meta del programa. Esta definición no contempla la incidencia de la población atendida en forma sucesiva, ya sea en términos de consulta, como de reparto de producto.

No obstante, tomar las cifras del total de la actividad —consultas totales y beneficiarios totales (nuevos y sucesivos) en la entrega de producto— tampoco es correcto porque hay una medida de concentración que expresa la distribución de las actividades en torno a las personas atendidas, que supera lo que en realidad es la población objeto de referencia.

Estos comentarios revelan la imprecisión de la información disponible en los registros. Así mismo, se advierte que los reportes presentan problemas, no sólo por la falta de información en algunos estados sino por la certeza de omisiones debido a los paros médicos y por fallas en el registro de los datos en el formulario correspondiente. La Dirección Materno Infantil (DMI) del MSAS tiene dificultades para el procesamiento de la información, estas incluyen falta de equipos, problemas de formación del personal que trabaja en la red de salud respecto a la importancia de las estadísticas para evaluar y planificar adecuadamente la prestación de servicios, e incumplimiento en los procesos de reportes de la información, a nivel de distritos sanitarios, a nivel regional y a nivel central. Así mismo, es importante destacar que la información sobre consultas contiene sólo los reportes del total de los ambulatorios del MSAS. Sin embargo, a pesar de todas estas limitaciones con relación a las consultas es factible analizar en términos generales el posible impacto de la estrategia PAMI en la atención en salud.

En esta investigación se analizan las estadísticas de los programas de atención prenatal, postnatal, infantil y preescolar, que son los programas más significativos dentro de la estrategia PAMI (cuadros N° 4 y N° 5). Las cifras destacan el descenso significativo de las consultas a partir de 1992, posiblemente debido al aumento de los paros médicos.<sup>3</sup> No obstante, las variaciones porcentuales del número de consultas, reflejan un crecimiento importante en las consultas postnatales e infantiles durante el período 1990-1994, a pesar del decrecimiento general registrado en el año 1992, lo cual constituye un impacto positivo del programa, y por ende, un logro de la estrategia PAMI. Por el contrario, la población prenatal se ha visto afectada por disminuciones consecutivas en el número de consultas durante los años 1992 y 1994, corresponde-

---

3. En el año 1991, el número de días hábiles no laborados durante el año en los ambulatorios del MSAS por paro médico a nivel nacional fue de 58; en 1992 dicho número se eleva a 81 y en 1993, a 88 días. Se estima que se dejaron de atender 7.435.984 pacientes. A esto hay que agregar los paros médicos regionales en algunos estados y las temporadas de desabastecimiento de productos.

**CUADRO Nº 4**  
**PRIMERA CONSULTA Y CONSULTAS POBLACION MATERNO INFANTIL**

GRUPOS	1990		1991		1992		1993	
	PRIMERA CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	PRIMERA CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	PRIMERA CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	PRIMERA CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS
PRENATAL	200.407	650.082	234.504	731.160	188.405	589.405	164.224	514.568
POSTNATAL	41.865	45.460	136.072	152.434	84.273	117.818	85.181	120.068
INFANTILES	241.477	637.769	380.166	1.175.604	277.603	858.088	295.827	813.207
PREESCOLAR	143.290	496.434	330.166	1.388.873	135.737	605.584	136.334	639.396
<b>TOTAL</b>	<b>627.039</b>	<b>1.829.745</b>	<b>1.081.056</b>	<b>3.448.071</b>	<b>685.943</b>	<b>2.770.895</b>	<b>681.566</b>	<b>2.087.239</b>

GRUPOS	1994		1995 *	
	PRIMERA CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	PRIMERA CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS
PRENATAL	168.476	489.463	187.551	366.324
POSTNATAL	83.713	117.619	155.8271	269.1191
INFANTILES	256.521	707.335		
PREESCOLAR	154.154	534.231	73.402	171.064
<b>TOTAL</b>	<b>662.864</b>	<b>1.848.648</b>	<b>416.780</b>	<b>776.512</b>

**NOTA: Prenatal:** falta información de Amazonas 1990, Zulia y Amazonas 1991, Zulia 1994.

**Postnatal:** falta información de Zulia y Distrito Federal 1992, Miranda, Táchira y Zulia 1991, Táchira y Amazonas 1990, Zulia 1994.

**Infantil:** falta información Cojedes, Monagas, Nueva Esparta y Amazonas 1990. Nueva Esparta 1991 y 1992. Carabobo y Táchira 1994.

**Preescolar:** falta información de Cojedes, Monagas, Nueva Esparta, Portuguesa, Amazonas y Delta Amacuto 1990. Nueva Esparta 1991 y 1992. Carabobo y Táchira 1994.

En 1993 falta información de los Estados Barinas, Monagas, Sucre, Táchira, Zulia, Amazonas y Delta Amacuto para grupos prenatales y postnatales y de Barinas, Zulia y Delta Amacuto para los grupos infantiles y preescolares.

Fuente: Dirección Materno Infantil MSAS. Elaboración propia.

\* Cifras provisionales 1. Postnatales e infantiles

CUADRO N° 5

## VARIACIONES PORCENTUALES ANUALES DE PRIMERAS CONSULTAS Y TOTAL DE CONSULTAS

GRUPOS	1991-1990		1992-1991		1993-1992		1994-1993		1994-1990	
	Primeras	Totales	Primeras	Totales	Primeras	Totales	Primeras	Totales	Primeras	Totales
PRENATAL	17,0	12,5	-19,7	-19,4	-12,8	-12,7	2,5	-4,9	-15,9	-24,7
POSTNATAL	125,0	125,3	-38,0	-22,7	1,1	1,9	-1,7	-2,0	100,0	158,7
INFANTILES	57,0	84,3	-27,0	-27,0	6,6	-5,2	-13,3	-13,0	6,2	10,9
PREESCOLAR	130,0	179,8	-58,9	-56,4	0,4	5,6	13,0	-16,4	7,6	7,6
TOTAL	72,4	88,4	-36,5	-37,0	-0,6	-3,8	-2,7	-11,4	5,7	1,0

FUENTE: Elaboración propia.

ría revisar esta situación con detalle para lograr algún correctivo. Las experiencias del trabajo de campo detectan casos de mujeres embarazadas que prefieren chequearse directamente en los hospitales para asegurar el cupo de cama al momento del parto, sobre todo en las áreas urbanas.

La consulta preescolar total, aunque decreció en un 56% en 1992, registra un crecimiento global durante el período 1990-1994 del 7,6%. Esto indica que la población que logró captularse durante el boom del programa en el año 1991 parece que se ha mantenido, lo cual también apunta a un impacto favorable de la estrategia PAMI.

En general el balance de las actividades básicas de atención en salud del período 1990-1994 es levemente positivo, registrando incrementos del 5,7% y del 1,0 por ciento, en las primeras consultas y en el total de consultas, respectivamente.

Cabe destacar que el número de consultas es notablemente inferior al estimado en el proyecto inicial para los 955 ambulatorios: 2.770.895 versus 4.900.980 en 1992; 2.087.239 versus 5.781.380 en 1993 y en 1994 estas decrecen a 1.848.948.

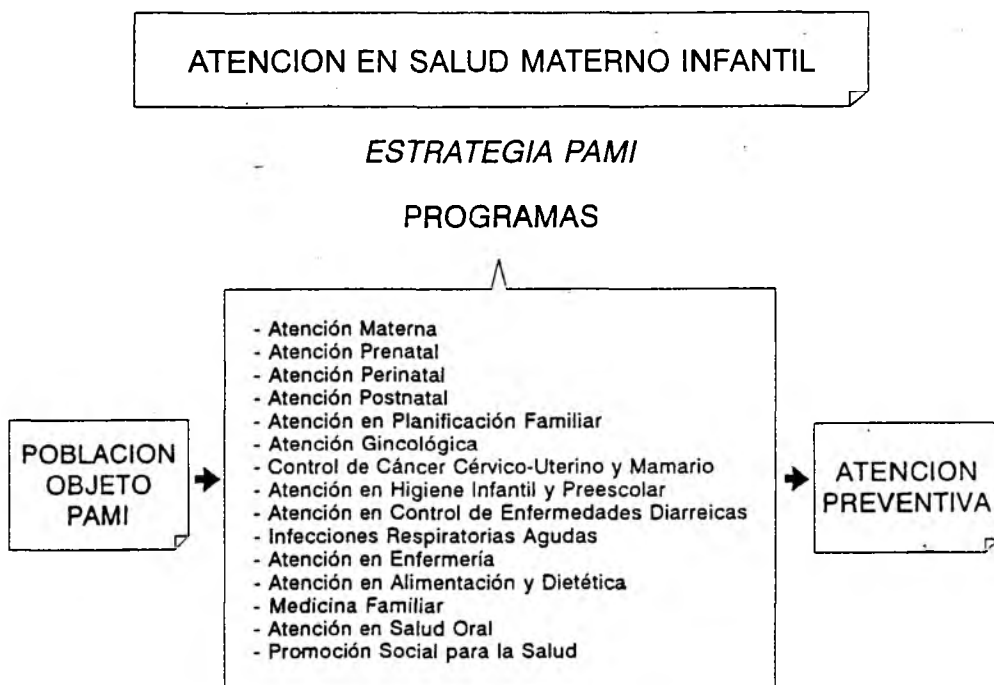
La muestra refleja diferencias en este comportamiento general del movimiento de consultas en las entidades federales e incluso en los distritos sanitarios. Todo depende del mejor o peor funcionamiento de la red de ambulatorios que por lo general pareciera estar asociado a la responsabilidad y a la eficiencia en el trabajo del personal encargado (jefes del distrito sanitario en las diferentes áreas: médico, enfermera, nutricionista y el coordinador del ambulatorio) que incluso motoriza actividades para obtención de los recursos.

Dentro del conjunto de 14 programas que deberían funcionar regularmente en los niveles primarios de la red de salud (ver figura 2) hay referencias de que los programas de atención y planificación familiar y atención en salud oral prácticamente están inoperantes en la mayoría de los ambulatorios; también el programa de atención nutricional y dietética evidencia problemas graves de cobertura.

Las comparaciones de las concentraciones<sup>4</sup> reales con las concentraciones de la normativa aprobada en 1993 muestran cierto nivel de coincidencia general (cuadro N° 6); las concentraciones reales son un poco menores en el caso de los grupos prenatales e infantiles y, superiores en los postnatales y preescolares, particularmente en este último, quiere decir que esta población aparentemente asiste con mayor frecuencia al ambulatorio (impacto aparente de la estrategia PAMI).

---

4. Concentración es la relación que mide el número total de consultas, es decir, primera consulta más consultas sucesivas, por cada primera consulta.

**FIGURA Nº 2****CUADRO Nº 6**

**CONCENTRACIONES REALES, PONDERADAS.  
PROMEDIO DE LAS CONSULTAS  
DURANTE EL PERIODO 1990-1993.**

GRUPOS	CONCENTRACIONES REALES	CONCENTRACIONES PONDERADAS DOCUMENTO INICIAL	CONCENTRACIONES PROMEDIO PROMEDIO NORMATIVA 1993
Prenatales	3,2	4,9	5,0
Postnatales	1,3	1,0	1,0
Infantiles	2,9	4,1	3,5
Preescolares	4,2	2,0	1,5

Fuente: MSAS. Elaboración propia.

La actividad de reparto de producto evaluada a partir de los kilogramos de productos entregados y el número de beneficiarios se desglosan de la siguiente manera: beneficiarios inscritos o nuevos beneficiarios, que representan el número de beneficiarios que se registran por primera vez en el programa, y los beneficiarios sucesivos, resultantes del número de beneficiarios que una vez inscritos acuden por lo menos a otra entrega de producto. En el año 1993 se incluyen las estadísticas de población activa en el programa, es decir, la población inscrita en el programa.

En el momento de la evaluación se registraba esta actividad partiendo de los beneficiarios totales; evaluación no adecuada de la actividad ya que al dividir el producto entregado entre esta base resulta una entrega promedio anual de 2 kg de producto por persona. El resultado carece de lógica, si consideramos que un beneficiario debe recibir teóricamente dos kilogramos de producto *mensualmente*. Esta forma de registro puede ser apropiada a los fines del control de la entrega del producto, mas no para evaluar el componente alimentario del programa, en función de cumplimiento de metas.

Para superar ester inconveniente en función de la disponibilidad de información se calcula una relación equivalente: número de beneficiarios promedio atendidos mensualmente por el programa.

Durante los años 1992, 1993 y 1994, el programa atendió mensualmente un promedio de 665.861 personas entregando 3,2 kg mensuales de producto por persona (ver cuadro N° 7). En 1994 se atendió un promedio mensual de 655.628 personas y en 1995 se produce un descenso equivalente al -54,8% en la población atendida (364.862) con respecto al promedio de los años 1992-1994, debido a problemas presupuestarios.

La relación kilogramo de producto por cada entrega a beneficiario registra en el año 1994 la cantidad de 5 kilogramos, cifra que resulta incongruente con los parámetros establecidos en el programa (2 o 3 kilogramos por beneficiario).

A nivel de grupos se atendieron en promedio mensualmente durante 1992-1994, 72.238 y 71.969 mujeres embarazadas y lactantes, respectivamente, 259.355 infantiles y 263.895 preescolares (ver cuadro N° 8). En 1995, se produce un descenso de los promedios mensuales de población atendida con respecto al promedio de 1992-1994 en todos los grupos (expresados en variaciones porcentuales -30% las prenatales, -78% las postnatales, -37% los infantiles y -40% los preescolares). Se presenta un desabastecimiento del producto e incluso se cambia la entrega de leche para los grupos prenatales y postnatales por Lactoviso. Esta variación incidió básicamente en los postnatales donde el descenso en 1995 fue del -78% (problema de aceptación del producto, desconocimiento de su gran aporte nutricional). Sin embargo, estratégicamente, si se complementa la introducción del Lactoviso con una buena campaña educativa, este cambio

**CUADRO Nº 7**  
**ESTADISTICAS GENERALES DE ENTREGA DE PRODUCTO**

AÑOS	POBLACION ACTIVA	NUEVOS BENEFICIARIOS	BENEFICIARIOS SUCESIVOS	TOTAL BENEFICIARIOS	PROMEDIO MENSUAL	CONCENTRACION (kg)
1989	—	2.125	—	2.125	2.125	—
1990	—	490.773	727.598	1.218.371	101.530	2,5
1991	—	1.320.900	7.482.252	8.803.152	733.596	6,7
1992	—	861.601	7.436.432	8.298.033	691.503	9,6
1993	1.592.826	995.805	6.809.689	7.805.494	650.452	7,9
1994	1.426.557	1.001.034	6.866.502	7.867.536	655.628	7,9
1995*	751.995	385.060	3.793.287	4.378.347	364.862	7.5
PROMEDIO 92-93-94		952.813	7.990.354	7.990.354	665.861	8,3

AÑOS	TOTAL ENTREGADO (kg)	PROMEDIO (kg)	BENEFICIARIO (kg)
1989	—	—	—
1990	2.529.178	210.764	2,1
1991	20.326.700	1.693.892	2,3
1992	18.730.304	1.560.859	2,2
1993	18.623.142	1.551.929	2,4
1994	38.982.406	3.248.534	5,0
1995*	11.282.004	940.167	2,6
PROMEDIO 92-93-94	25.945.284	2.640.727	3,2

Fuente: Fundación PAMI.

\* Sin reportar los estados  
Miranda (junio)  
y Barinas (abril y mayo).

**CUADRO N° 8**  
**ESTADISTICA DE ENTREGA DE PRODUCTO SEGUN CODIGOS**

AÑOS	PRENATAL	POSTNATAL	INFANTIL		PREESCOLAR	TOTAL	
			BAJO	ALTO			TOTAL
<b>NUEVOS BENEFICIARIOS</b>							
1990	57.106	36.903	132.413	4.373	136.786	259.978	490.773
1991	211.390	114.990	383.401	7.624	391.025	603.495	1.320.900
1992	243.729	145.020	298.533	5.374	303.907	167.945	861.601
1993	267.368	201.537	329.253	6.251	335.504	191.396	995.805
1994	253.092	204.099	-	-	329.003	214.840	1.001.034
1995	112.748	67.061	-	-	232.661	172.590	80.809
<b>PROMEDIO MENSUAL DE POBLACIÓN ATENDIDA</b>							
1990	10.211	7.250	26.899	1.100	27.999	56.070	101.530
1991	70.235	63.882	215.541	3.733	219.274	380.205	733.596
1992	78.233	81.681	271.344	2.813	274.157	257.432	691.503
1993	74.445	72.502	253.347	3.588	256.935	247.303	650.458
1994	64.156	61.222	-	-	247.702	282.548	655.628
1995	23.745	16.687	-	-	154.420	170.011	364.862

Fuente: Fundación PAMI, MSAS. Elaboración propia.

**CUADRO N° 9**  
**CUMPLIMIENTO DE METAS EN LOS PROGRAMAS DEL MSAS**  
**COMPONENTE ATENCION MEDICA**

GRUPOS	1990	1991	1992	1993	1994	1995*
PRENATALES	33,2	37,1	32,7	28,6	34,6	32,5
POSTNATALES	14,3	44,7	30,8	94,7	35,1	22,3 1
INFANTILES	39,4	57,7	42,6	54,4	43,5	
PREESCOLARES	18,2	41,5	4,5	19,6	10,7	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>27,3</b>	<b>45,2</b>	<b>29,8</b>	<b>35,5</b>	<b>24,1</b>	<b>14,2</b>

FUENTE: MSAS. Dirección Materno-Infantil.

\* Cifras provisionales.

1. Postnatales e Infantiles.



podría repercutir en un efecto colateral negativo generado por el programa PAMI: el abandono de la lactancia materna.

En la información de los estados seleccionados en el estudio muestral, en general se observa una tendencia al aumento de los beneficiarios inscritos y por el contrario, el número de beneficiarios sucesivos disminuye en todas las entidades federales seleccionadas, excepto en Miranda. Estos resultados reflejan la incidencia de los problemas de desabastecimiento y de los extensos paros médicos.

Se calculó una medida de concentración equivalente a la usada en la actividad de consultas médicas, entrega de producto por beneficiarios totales entre entrega de productos a nuevos beneficiarios. El valor promedio de esta concentración en los años 1992-1994 fue de ocho entregas de producto al año por nuevo beneficiario. Las mujeres embarazadas y postnatales acuden en promedio cuatro veces a retirar producto (le corresponden seis) ya que normalmente ingresan en el programa después del tercer mes de gestación. Las lactantes acuden en promedio cinco veces a retirar producto (le corresponden seis), los infantiles acuden en promedio nueve veces, pudiendo ellos recibir producto durante 18 meses, y los preescolares 16 veces, pudiendo recibir producto durante 48 meses.

Llama la atención el hecho de que en los grupos infantiles de alto riesgo en los años 1992 y 1993 esta medida de concentración fue significativamente menor al promedio de los infantiles de bajo riesgo, 10 versus 7 veces. Los de alto riesgo representan porcentualmente tan sólo el 2,1% de la población infantil inscrita en el programa, pero estratégicamente son muy importantes a objeto de proporcionarles una intervención integral, desde el punto de vista nutricional, educacional y social. Este grupo registró hasta 1993 tan sólo 23.622 niños nuevos beneficiarios y, aún así, la red preventiva de salud, a pesar de lo manejable del volumen, no le proporcionó una atención efectiva, con evaluaciones médicas, antropométricas y nutricionales, a profundidad, del niño, registros de las condiciones sociales en el hogar y búsqueda de las soluciones adecuadas para una asistencia eficaz acompañada de un seguimiento de esta población.

### **Cumplimiento de metas**

La relación de cobertura y metas, factible de evaluar, se define como el número de beneficiarios nuevos entre la POM en cada una de las actividades consideradas. Según las cifras suministradas por el MSAS, el porcentaje de meta cumplida fluctúa en el período de evaluación entre el 27% y el 45%. A nivel de subgrupos resalta el bajo cumplimiento de meta en los preescolares y el aumento de la atención postnatal y de infantiles (ver cuadro N° 9).

En caso de reparto de producto a partir de la relación de inscritos por primera vez sobre la POM, se determina una cobertura promedio para los años 1993 y

1994 del 29%, considerada bastante baja: sin embargo, como antes se señaló, existe una sobreestimación de la POM que incide en este resultado (ver cuadro N° 10). Las cifras demuestran que el boom del programa fue en el año 1991 (cobertura del 70%). En el período 1993-1995 el número de inscritos por primera vez mantiene una representación relativa cercana al 13 por ciento del total de beneficiarios atendidos.

### CUADRO N° 10

#### COBERTURA DE PROGRAMA PAMI. COMPONENTE ALIMENTARIO

AÑO	POBLACION OBJ. META	POBLACION ACTIVA	NUEVOS BENEFICIARIOS	%	COSTO DEL PRODUCTO	COSTO POR NUEV. BENEFI.
1990	1.487.038	—	490.773	35,0	259.755,8	529
1991	1.868.311	—	1.320.900	70,7	476.848,6	3.610
1992	3.263.252	—	861.601	26,4	253.887,3	2.947
1993	3.364.543	1.592.826	995.803	29,6	3.725.472,3	3.759
1994	3.412.848	1.426.557	1.001.034	29,3		
1995	3.754.620	751.995	585.060	15,6		

Fuente: Fundación PAMI. Cálculos propios.

En las entidades federales incluidas en la muestra, Trujillo presenta el mayor porcentaje de cumplimiento de meta, 70%, y en sentido contrario, el menor cumplimiento de metas se registra en Miranda, 24%; en el resto de los estados se advierten cifras superiores al 40%.

#### Análisis Presupuestario y Financiero

El análisis presupuestario sólo fue posible para el componente alimentario, específicamente en lo que respecta a la administración de la Fundación PAMI.

Con relación a las fuentes de financiamiento la Oficina Técnica de Cooperación (OTC) del Ministerio de la Familia, coordinó el enlace con el Banco Mundial que financió parte de los recursos destinados al PAMI. La asignación y ejecución de los recursos extraordinarios del programa, provenientes de esta fuente externa, presenta una evolución irregular, con bajos niveles de ejecución (ver cuadro N° 11).

En función del objetivo instrumental de fortalecer los establecimientos de salud a través de los recursos necesarios para implantar el programa, además del equipamiento de materiales médicos y de oficina necesarios, se justificó la

**CUADRO N° 11**  
**DISTRIBUCIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS**  
**EXTRAORDINARIOS DE LA FUNDACIÓN PAMI**  
(millones de Bs.)

AÑO	1991	1992	1993	1994
Asignación presupuestaria	650,0	254,8	814,8	357,0
Ejecución	23,0	—	610,0*	—

\* En el año 1993 se llevaron a cabo las licitaciones internacionales, la ejecución efectiva es del 610 millones de bolívares, y se efectuó un compromiso de aproximadamente 460 millones.

Nota: Ejecución del año 1993: campaña IEC 140 millones de Bs., Campaña PEC 13 millones, aproximadamente.

asignación de 400 millones de bolívares anuales para la contratación de recursos humanos.

En el caso de la Fundación PAMI los subsidios y aportes del ejecutivo nacional representan hasta 1991 la totalidad de los ingresos corrientes, mientras que en los años 1992 y 1993 esta fuente suministra el 70,5% y el 79% respectivamente, de tales ingresos.

La estructura del presupuesto se ha mantenido estable mostrando una acentuada concentración en la partida de "Materiales, Servicios y Reparaciones", que representa más del 99% del total asignado y, dentro de esta, el peso determinante recae en el reglón de "Alimentos y Bebidas", cuyo porcentaje está por el orden del 92% de dicha asignación.

La comparación de la ejecución respecto a lo programado revela una pronunciada variabilidad (Ver cuadro N° 12). En los años iniciales del programa se advierten los valores más altos. El porcentaje de gastos de funcionamiento respecto al total de gasto ejecutado tiende a aumentar progresivamente, en 1995 alcanza el 21%.

### **Relaciones de costos**

La razón de "bolívares ejecutados por nuevos beneficiarios", aporta una estimación del costo anual por beneficiario, cuyo resultado luce factible, tomando en cuenta el costo unitario del producto, la realización de varias entregas del mismo durante el año por beneficiario y la magnitud de los gastos de funcionamiento, también por nuevos beneficiarios. La evaluación de esta relación es

ascendente, con la excepción del año 1992, cuando se produce el menor volumen de ejecución del producto (ver cuadro N° 12).

**CUADRO N° 12**  
**FUNDACIÓN PAMI. RELACIONES DE COSTO**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Presupuesto ejecutado (millones de Bs.)	298,8	5.198,0	3.018,9	5.136,4	7.712,0	6.071,4
Presupuesto asignado (millones de Bs.)	312,0	5.277,5	6.551,2	7.299,0	8.583,0	14.107,0
Relación de presupuesto ejecutado-asignado (Bs. ejecutados/ 100 Bs. asignados)	95,8	98,5	46,1	70,4	89,9	43,0
Ejecutado en gastos de funcionamiento (mill. Bs.)	39,0	429,5	480,0	830,6	—	1.273,0
Relación gastos de funcionamiento/total ejecutado (%)	13,1	8,3	15,9	16,2	—	21,0
Costo total del producto entregado (Bs.)	102,7	234,6	135,5	199,5	—	—
Costo total (Bs./nuevo beneficiario)	608,8	3.955,2	3.503,8	5.182,4	—	—
Costo de funcionamiento (Bs./nuevo beneficiario)	79,5	325,1	557,1	838,1	—	2.175,8

Fuente: Fundación PAMI: Ejecución financiera del presupuesto de gasto, años 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995.

Nota: El presupuesto asignado para este programa en 1996 es de 10.068,5 millones de bolívares, estimándose gastos de funcionamiento por el orden de los 1.290,4 millones de bolívares.

### **Supervisión, control y seguimiento**

Los principales problemas detectados en la supervisión se resumen en los siguiente aspectos: bajo rendimiento del personal y la necesidad cada vez más evidente dentro de la Estrategia PAMI de educar para poder prevenir, capacitación del personal, necesidad de evaluar la atención médica y las necesidades reales de equipamiento en los ambulatorios.

El criterio de programación utilizado es el de área de influencia poblacional del ambulatorio, donde se considera el máximo rendimiento de los recursos existentes (específicamente la hora/médico) como el recurso principal en torno al cual se desarrolla el programa, no tomándose en cuenta las demandas reales y potenciales de la población. Por esta razón, los resultados del programa se pueden medir basados en el rendimiento del personal y la cobertura poblacional, y no sobre el posible impacto que pudiera producir el programa sobre las condiciones nutricionales y de salud en una comunidad.

La contratación laboral del personal médico es de 6 horas diarias; no obstante, como elemento importante a considerar en la planificación se calculó en términos promedios que cada ambulatorio necesita 9,6 horas diarias de consulta preventiva para cumplir con las metas establecidas. En estas estimaciones hay un margen de holgura donde se puede incluir la incidencia del tiempo utilizado en la atención preventiva de las poblaciones no incorporadas en la estrategia PAMI y en las actividades de elaboración de los reportes necesarios para los registros estadísticos del programa y la atención médica en general.

En los resultados muestrales se observa una tendencia general hacia el aumento del número de horas trabajadas por el personal médico del ambulatorio debido a las presiones generadas por el programa, tanto por la supervisión, como por los mismos beneficiarios, constituyendo este un impacto positivo del programa en la red de ambulatorios. Sin embargo, es un hecho que cuando hay escasez de productos los beneficiarios no acuden a la consulta, por lo tanto habría que evaluar a profundidad este aspecto, particularmente porque en la estrategia PAMI ha fallado el componente educativo.

Con relación al componente alimentario, en el estudio muestral se observó lo siguiente: fallas en las condiciones físicas del almacén, fallas en cuanto al producto (latas oxidadas, golpeadas y/o déficit de contenido) y fallas en relación con los conflictos que generalmente se producen en el almacén: reclamos de la comunidad por desabastecimiento del producto y extracción del producto de los almacenes.

Como recomendación, el personal señala la necesidad de lograr una colaboración mutua entre el personal del PAMI (almacén) y el personal del MSAS (ambulatorio).

La opinión de los beneficiarios con relación a las fallas en el programa se resume en: la falta de productos en el almacén, la pérdida de tiempo, problemas de organización para la entrega de productos y los constantes paros médicos.

Se observó un rechazo del beneficiario hacia el Lactovisoy, lo cual dio lugar a un trabajo conjunto del la Fundación PAMI y las empresas productoras con el propósito de mejorar la contextura y la presentación del produc-

to, así como el diseño de un empaque apropiado para garantizar mayor tiempo de duración. El Lactoviso y se produce totalmente en el país, tiene un estricto control de calidad, ya que en su fabricación se le agregan directamente los nutrientes específicos. Según juicios de los expertos tiene excelentes cualidades nutricionales y un costo algo menor que la leche. En este sentido, habría que destacar la necesidad del apoyo por parte del Componente de Promoción y Educación para la Salud y una campaña de mercadeo de este producto, dirigida a mejorar los niveles de aceptación por parte de la población.

Una deficiencia importante con relación a la información para los fines de seguimiento y evaluación del programa es el marcado sesgo hacia el control de los productos, más que hacia la población beneficiaria, impidiendo la valoración cuantitativa y cualitativa con relación a ésta.

En el proyecto de diseño se señala un conjunto de indicadores de interés para analizar y evaluar el desarrollo del programa, sobre los cuales no se dispone de información, entre ellos: la tasa de deserción en el programa y sus causas, el porcentaje de cumplimiento de citas y el número de días promedio de desabastecimiento de productos al año y sus causas.

Para evaluar la posibilidad de un impacto nutricional del programa es necesario un registro con los siguientes indicadores: peso-talla, peso-edad y talla-edad por sexo y edad en los grupos infantiles y preescolares, peso semanas de gestación y altura uterina por semana de gestación en los grupos prenatales, peso al nacer y comparación del peso al nacer con las medidas antropométricas al ingresar como infantiles en los post-natales (Pérez, 1992).

La Dirección Materno Infantil y los ambulatorios necesitan el apoyo de recursos técnicos y humanos para el diseño y la implementación de un sistema de información amplio del programa que abarque la información necesaria para el seguimiento y la evaluación de sus tres componentes.

Los resultados de la Encuesta Social, desarrollada dentro del Programa de Desarrollo Social para el seguimiento de la política y programas sociales (1991, 1992 y 1993), destacan algunos aspectos de interés respecto al programa PAMI.

- La proporción de niños, entre 6 meses y 6 años, incorporada al programa en el año 1993 es del 37%, con niveles más significativos en la población infantil.
- Los porcentajes preescolares incorporados al programa disminuyeron de 35% en 1992 a 27% en 1993.
- Los prenatales y postnatales registran participaciones porcentuales en 1992 de 27% y 25%, respectivamente.

- Las causas más relevantes de la no incorporación al programa son: el desconocimiento del mismo y la condición de estar en la espera de una cita médica.
- Las principales causas de abandono del programa son: rechazo del producto (Lactoviso), problemas por la atención tardía, cambio de residencia y dificultades para ir al ambulatorio.

La encuesta social del año 1992 permite realizar un análisis muy general sobre la focalización; en este sentido el 18% del total de hogares en el país (4.226.688) no se enmarca dentro de la población objeto del programa. El análisis de las tabulaciones del nivel de ingresos de los hogares atendidos por el PAMI, indica que el programa llegó en mayores proporciones a los hogares en condición de pobreza extrema, cuantificada según el método de la línea de pobreza;<sup>5</sup> en los hogares incorporados al PAMI el 64% tiene ingresos menores o iguales a Bs. 20.000 y el 23% entre Bs. 20.000 y Bs. 40.000. Las desviaciones hacia los grupos no pobres (ingresos mayores a Bs. 40.000) se cuantifican en el orden del 13% (ver cuadro N° 13).

### CUADRO N° 13

#### DISTRIBUCIONES PORCENTUALES DE LOS INGRESOS EN EL TOTAL DE LOS HOGARES OBJETO DEL PROGRAMA PAMI Y EN LOS HOGARES INCORPORADOS AL PAMI

(porcentajes)

NIVEL DE INGRESOS Bs.	TOTAL DE HOGARES	HOGARES OBJETO DEL PROGRAMA	HOGARES INCORPORADOS AL PAMI
Menores de 20.000 (pobreza extrema)	42	51	64
Entre 20.001 y 40.000	23	28	23
Más de 40.000	17	22	13
No aplica	18	-	-

Fuente: Encuesta Social OCEI 1992, elaboración propia.

5 Costo de la canasta alimentaria: Bs. 19.317,00; y costo de la canasta normativa: Bs. 38.129,00; en el segundo semestre de 1992 (Fuente IIES-UCV).

## Indicadores

Seguidamente se presentan un conjunto de indicadores, de salud y nutrición seleccionados en función de los objetivos específicos del programa, las metas y su posible afectación con la implementación del programa, especificados según la disponibilidad a partir de los años 1988-1989, fechas anteriores al inicio de programa (cuadro N° 14).

Los indicadores de mortalidad infantil no parecen evidenciar incidencia alguna con la implantación del programa, al igual que el porcentaje de defunciones en menores de un año sin asistencia médica. La tasa de mortalidad en niños menores de cinco años desciende levemente. Estos resultados no muestran efectividad en función de los recursos invertidos. Tal y como lo señala la UNICEF en el documento "Análisis de situación de la infancia, la juventud y la mujer en Venezuela" (UNICEF, 1994), de mantenerse estas tendencias, difícilmente se podrá alcanzar las metas de reducción de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal para el año 2000 contempladas en el Plan Nacional de Acción a Favor de la Infancia (11, 4, 6,2 y 5, respectivamente).

La mortalidad materna manifiesta una tendencia a aumentar ubicándose en niveles superiores a 60 por 100.000 nacidos vivos registrados; la meta de esta tasa para el año 2000 es de 22,3.

Estas tasas promedios de mortalidad esconden disparidades regionales y sociales significativas que habría que analizar con más detalle con relación a la implementación del programa a nivel de cada entidad federal. Sin embargo, conviene destacar que las tasas promedio de mortalidad, al igual que todas las estadísticas del MSAS, corresponden sólo a los registros de la red de centros de salud del MSAS, es decir, se excluyen otros centros de salud públicos: Seguro social, gobernaciones y alcaldías y el sector privado. Esta debilidad resulta positiva en términos de las disparidades sociales, ya que podemos suponer que refleja la situación de los estratos más desfavorecidos, con menos opciones para satisfacer sus necesidades de salud.

Las muertes por deficiencias de la nutrición tienden a incrementarse, ocupando el sexto lugar en las principales causas de muerte de los niños entre 1 y 4 años. La tasa de morbilidad por diarrea en niños menores de un año registra un elevado incremento (cuadro N° 15).

Es importante destacar que las principales causas de mortalidad y morbilidad en los niños y en las madres se deben fundamentalmente a enfermedades de carácter infeccioso y carencial, en su mayoría prevenibles.

En este sentido, parece importante redefinir el suministro de polivitamínicos, desparasitantes y soluciones rehidratantes en los grupos de riesgo.



**CUADRO Nº 14**  
**INDICADORES DE SALUD Y NUTRICIÓN**

Indicadores	Años						
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
* Tasa de mortalidad infantil (<1 año) <sup>1</sup>	22,7	24,5	25,6	25,1	22,0	23,8	23,5
–Neonatal <sup>1</sup>	13,8	14,2	13,9	13,6	13,5	14,8	–
–Postnatal	9,0	10,3	11,6	11,4	8,5	9,0	–
* Porcentaje de defunciones <1 año sin asistencia médica	8,8	8,3	7,9	–	–	–	–
* Tasa de mortalidad niños <5 años <sup>1</sup>	29,4	31,1	24,9	26,3	26,6	28,8	–
* Tasa de mortalidad materna <sup>2</sup>	55,7	64,3	58,5	60,0	61,0	63,1	63,5
* Tasa de mortalidad infantil por desnutrición < 1 año <sup>3</sup>	29,7	39,8	60,2	58,3	–	–	–
* Tasa de mortalidad general por desnutrición <sup>3</sup>	2,9	3,3	4,5	4,4	–	–	–
* Porcentaje de niños con bajo peso al nacer <sup>4</sup>	9,6	10,4	11,2	11,6	12,1	12,5	–
* Déficit nutricional de niños menores de 2 años							
–Indicador peso-talla	16,5	14,5	15,4	13,7	12,8	12,6	11,8
–Indicador peso-edad	14,6	13,0	15,4	15,2	13,6	12,7	12,6
–Indicador talla-edad	22,1	22,3	25,8	27,4	27,4	25,9	27,1
* Déficit nutricional de niños entre 2 y 6 años							
–Indicador peso-talla	17,9	17,5	16,8	13,4	12,7	12,2	11,4
–Indicador peso-edad	31,3	29,4	30,8	26,1	24,8	23,2	22,5
–Indicador talla-edad	31,5	31,2	32,9	30,6	30,7	29,2	28,8

1. Por 1000 nacidos vivos registrados
2. Por 100.000 nacidos vivos registrados
3. Por 100.000 hab.
4. De acuerdo al grupo de edad respectiva

**CUADRO Nº 15**  
**INDICADORES DE SALUD**

Indicadores	Años					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
* Tasa de morbilidad por diarreas						
Hasta 1 año <sup>3</sup>	324,9	370,9	36.529,2	36.946,1	23.766,4	21.832,6
De 1 año a 4 años <sup>4</sup>	6.351,6	7.726,7	8.088,0	8.222,8	21.224,1	21.832,6
5 años y más <sup>4</sup>	490,0	727,1	753,8	778,7		

3. Por 100.000 hab.

4. De acuerdo al grupo de edad respectiva.

El porcentaje de niños con bajo peso al nacer, aunque su muestra no es representativa, también se orienta al ascenso. Esto podría estar relacionado con un mayor número de madres con ausencia de controles prenatales.

La condición de déficit en los indicadores nutricionales de los niños menores de 6 años muestra un descenso en el caso de las proporciones de peso-talla y peso edad, un incremento en el porcentaje de talla para edad en los niños menores de 2 años y una disminución de este indicador en los niños de 2 a 6 años. No obstante, estas cifras son altas con relación al valor esperado, menor o igual al 10%.

El grave problema de desnutrición pasada (talla/edad), en el cual incide un déficit prolongado de ingesta de energía y micronutrientes, ha propiciado una intervención muy efectiva del gobierno al establecer la obligatoriedad de enriquecer las harinas de maíz y de trigo con vitaminas y minerales, alimentos de alto consumo en el hábito de consumo alimentario del venezolano.

Es importante señalar que las causas subyacentes en el problema de la desnutrición se ubican en el costo de la canasta básica de alimentos y en la relación con las horas de trabajo necesarias para la obtención adecuada de los mismos, en función del costo promedio de la hora de trabajo de la población ocupada en un determinado momento. Ello implica que las acciones dirigidas a mejorar estos indicadores tendrán el mayor efecto en este problema.

Estos indicadores, vistos en términos globales, no tienen sentido; lo apropiado es la valoración en desagregaciones geográficas más definidas: entidades federales, municipios y áreas de cobertura de la red ambulatoria, no sólo para una evaluación más directa de los efectos del programa o de la intervención social en su conjunto, sino para la focalización de una acción social más realista

en función de los problemas de salud que presentan las comunidades. El apoyo que reciba esta necesidad de información desagregada en términos geográficos y sociales podría redundar en mayores beneficios para las comunidades y una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

La encuesta social de 1991 reveló que sólo cuatro de cada diez madres llevaban a su hijo al médico cuando padecían de diarreas y apenas cuatro de cada 100 madres usaban soluciones rehidratantes. La misma encuesta destacó que un 17% de los niños con menos de un año nunca fue al control médico. Esta situación amerita de una campaña educativa preventiva agresiva que genere un impacto en la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

El PAMI debe fortalecer sus componentes esenciales: la atención médica preventiva y el componente de educación comunitaria para la verdadera prevención en salud, con una política coordinada de la red ambulatoria del país. El componente nutricional debe ser revisado privilegiando la búsqueda de soluciones adecuadas y económicas.

Resulta evidente que la implementación del programa denota un sesgo en los esfuerzos por el logro de la eficiencia con relación a la distribución de los productos lácteos, más que a la búsqueda del desarrollo coherente y sincronizado del programa preventivo integral con sus tres componentes, que cumpla efectivamente los objetivos de la estrategia PAMI. No ha sido posible que las dependencias del MSAS funcionen sincronizadamente en lo que se refiere a una atención preventiva integral (médica, educativa y nutricional) en los ambulatorios con la configuración de una base de información común sobre los aspectos relevantes en cuanto a características relevantes de la comunidad y de los problemas de la red ambulatoria. Este aspecto incluso lo señalan los beneficiarios y los diferentes recursos humanos involucrados en el programa en las encuestas realizadas. Habría que evaluar si estos problemas pudieran tener una posibilidad de solución más viable en el marco de la descentralización.

## BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Nacional de Supervisión, Seguimiento y Evaluación de los Programas Sociales, (1994), *Programa Ampliado Materno Infantil*, mimeo, Caracas, Venezuela (septiembre).
- Ledezma, T. Carlos Padrón, y Cristina Mateo, (1995), "Representaciones de la pobreza en Venezuela: resultados recientes", *Revista Indicadores Socio-económicos*, FACES-UCV, Caracas.
- Martínez, (1991), "Metodología de evaluación de programas", *Cuadernos Metodológicos*, Nº 2, Madrid, España.
- MSAS, Dirección Materno Infantil (DMI), (1989), *Proyecto de Enfrentamiento a la Pobreza. Programa Ampliado Materno Infantil (PAMI)*, mimeo, Caracas, Venezuela (septiembre).

- Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), 1993, *Mapa de la pobreza*, Caracas, Venezuela (septiembre).
- Padrón, C. y Thaís, Ledezma, (1996), *Elementos de un marco conceptual para la construcción, aplicación y análisis de los Indicadores Sociales*, mimeo, Caracas, Venezuela (abril).
- Pérez, Auristela, (1992), *Plan de evaluación. Componente de salud materno infantil*, mimeo, versión corregida, Caracas.
- Sulbrant, José, (1993), "La evaluación de los programas sociales. Una perspectiva crítica de los modelos usuales" en Kliksberg, Bernardo (compilador), *Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial*, Fondo de Cultura Económica, México.
- UNICEF, (1994), *Análisis de la situación de la infancia, la juventud y la mujer en Venezuela*, mimeo, Caracas.