



MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

“Análisis del Sistema de Salud de Venezuela.
Una visión prospectiva para la inversión
y el gerenciamiento en el sector asegurador privado de la salud”

-TESIS-

León Natalio Borensztein

Matrícula N° 837

Tutora: Dra. Bibiana Frare



Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

- BUENOS AIRES, Octubre 2003-

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
I. 1. Consideraciones generales	5
I. 2. Planteo del problema	7
I. 3. Objetivos	8
I. 4. Propósito	8
II. METODOLOGÍA DE TRABAJO	9
III. MARCO DE ANÁLISIS	14
III.1. Una aproximación al problema	14
IV. EL CONTEXTO VENEZOLANO	19
IV.1. Contexto geo – político	19
IV.2. Contexto económico	22
IV.3. Contexto social	24
IV.4. Contexto demográfico y epidemiológico	28
V. EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE VENEZUELA	34
V.1. Organización General	34
V.2. Recursos del Sistema	38
V. 2. a) <i>Recursos Humanos</i>	38
V. 2. b) <i>Medicamentos y otros Productos Sanitarios</i>	41
V. 2. c) <i>Equipamiento y Tecnologías</i>	43

V.3. Funciones del Sistema de Salud	45
V. 3. a) <i>Rectoría</i>	45
V. 3. b) <i>Financiamiento y Gasto</i>	48
V. 3. c) <i>Aseguramiento sanitario</i>	54
V.4. Provisión de Servicios	56
V. 4. a) <i>Nivel Primario de Atención</i>	56
* Prevención de la salud: vacunación	57
V. 4. b) <i>Nivel Secundario de Atención</i>	59
VI. LOS SEGUROS Y LA SEGURIDAD SOCIAL	62
VI. 1. Los seguros privados	62
VI.1. a) <i>Antecedentes del seguro privado</i>	62
VI.1. b) <i>Origen del seguro privado en Venezuela</i>	66
VI. 2. El seguro social	67
VI.2. a) <i>Antecedentes históricos del seguro social</i>	67
VI.2. b) <i>Antecedentes del seguro social en Venezuela</i>	69
VI.3. Marco referencial de los seguros y la salud en Venezuela	71
VI.4. Visión y asistencia de la salud en el ámbito privado a través de las compañías aseguradoras en Venezuela	76
VI.5. Algunas observaciones con respecto al gerenciamiento	86
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
VII.1. Reflexiones finales	90
VII.2. Recomendaciones	104

VII. 3. Conclusión	107
ANEXO METODOLÓGICO	108
GRILLA DE ENTREVISTAS REALIZADAS	115
GLOSARIO DE TÉRMINOS USADOS EN EL MERCADO DE LA SALUD VENEZOLANO	125
BIBLIOGRAFÍA	129

I. INTRODUCCIÓN

I. 1. Consideraciones Generales

El hecho de haber vivido aproximadamente durante cuatro años en Venezuela, en el período 1999 - 2002 y trabajado en el sector de la salud, me ha permitido seguir de cerca el proceso de inserción en este mercado, de la más importante empresa de Medicina Prepaga, cuya denominación es SanitasVenezuela. El capital accionario de la misma es de origen Colombiano.

Si bien es cierto que comenzó a afiliarse a la colectividad española, por convenios con Sanitas de España, esta estrategia le permitió obtener rápidamente una gran cantidad de beneficiarios, y lograr un óptimo crecimiento en corto tiempo.

Esta empresa se instaló en Caracas, capital del país, en 1998. Esta ciudad cuenta con una población estimada en 7.500.000 personas (incluido el Gran Caracas, es decir, la zona urbana lindante con el sector centro). El horizonte a captar (el *target objetivo*) ascendía aproximadamente a un 20% de la población que estaba en condiciones de acceder a los servicios. Este porcentaje se incrementaría en un 40% aproximadamente, si contempláramos la afiliación a través de contratos colectivos. De esta forma el horizonte poblacional a captar ascendería aproximadamente a un 60% del total de habitantes de Caracas.

Al tener SanitasVenezuela una población cautiva (que correspondía, como se dijo a la colectividad española), pudo ingresar al mercado con cuotas muy bajas, en comparación con las que tenían las Compañías de Seguros, que al momento eran

consideradas la principal competencia. Además, en su lanzamiento, SanitasVenezuela como estrategia de diferenciación con respecto a su competencia ofrecía mayor cantidad de servicios. Con ello consiguió que un importante sector del mercado se afiliara a la empresa.

Por otra parte, si consideramos los cambios políticos ocurridos en Venezuela desde la asunción a la presidencia de la Nación del Tte. Coronel Hugo Chávez Frías, en Febrero de 1999, estos no afectaron el crecimiento de su cartera de clientes¹.

No obstante se notó una disminución en la misma a partir del año 2002. En la actualidad, se está volviendo a los índices de afiliación anteriores, aunque muy lentamente.

Entiendo que el éxito de tal emprendimiento se debió al modelo de gestión y a la sensible diferencia en el valor de las cuotas, además de ofrecer servicios adicionales y diferenciales, nunca incorporados a las pólizas de seguros, a modo de ejemplo entre otros podemos mencionar Odontología, Emergencia Domiciliaria, Salud Mental.

Esta empresa logró también convenios modulados con las clínicas, y a valores fijos con distintos sectores de profesionales independientes de la salud, lo que marcó un hito en la historia del subsector privado de Venezuela, ya que siempre se pagó por prestación y con un Baremo (lista de precios convenida o tabla de costos por procedimientos médicos o quirúrgicos, que indica honorarios médicos, costos de la clínica y exámenes convenidos con la red; es semejante al Nomenclador de nuestro país), impuesto tradicionalmente por los prestadores.

¹ <http://www.ssa.gov/espanol/brevehistoria.htm> (junio, 2002).

A efectos de concretar el proyecto de investigación, durante mi estancia en Venezuela, he entablado reuniones y entrevistas con actores muy importantes vinculados con el sector de la salud. En algunas de ellas, con el Dr. Pablo Pulido -Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela en el período 1993-1994 y actual Director Ejecutivo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina- se planteó la posibilidad de crear una empresa de Medicina Prepaga, aplicando, la experiencia de nuestro país, Argentina, en cuanto a innovaciones, tanto sea en gerenciamiento, marketing, tecnologías informáticas, nuevos productos, etc.

Debido a ello es que surgió la idea de realizar un trabajo de investigación sobre el tema. El origen del mismo data del año 2001.

Este proyecto se sustenta en el desafío de darle trascendencia a los conocimientos de los profesionales argentinos en el mundo, formados en centros de capacitación de envergadura y prestigio como la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (U.C.E.S.) posgrado. Esta iniciativa pretende focalizar nuevas oportunidades de inversión y/o expansión de empresas, en el sector salud, para capitales nacionales argentinos y / o fondos de inversión.

I. 2. Planteo del problema

El *problema* que aborda el análisis del trabajo, se expresa en la siguiente pregunta: ¿cuáles son las características y oportunidades que brinda el sector de la salud de Venezuela en la actualidad (considerando el relevamiento efectuado durante el

período 2001-2003), particularmente en lo referente a la inversión y gerenciamiento que realiza el sector asegurador privado?

I. 3. Objetivos

Por tanto, como *objetivo general* se propone determinar y analizar dichas características, y oportunidades, a fin de elaborar un diagnóstico de situación, y en cuanto al *objetivo específico* sería identificar características asociadas al sistema de salud venezolano, relacionado con la situación económica-social de Venezuela; analizar la composición y estructura de financiadores y prestadores de la salud y evaluar indicadores poblacionales respecto a la economía y a su vinculación con los de salud y descubrir oportunidades del mercado de la salud.

I. 4. Propósito

El propósito del presente trabajo es demostrar las ventajas y oportunidades que brinda el mercado de la salud en Venezuela para la creación de una empresa de Medicina Prepaga con aplicación de la modalidad de gerenciamiento que utiliza este tipo de empresas en Argentina con capitales nacionales argentinos y / o mediante fondos de inversión.

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Tomando como base la práctica diaria en las empresas aseguradoras y los conocimientos teóricos-prácticos adquiridos en Maestrías, Cursos, Seminarios, Jornadas, Congresos de nuestro país, así como en un proceso de indagación bibliográfica ciertamente amplio, se han podido definir las bases metodológicas para este estudio.

Este trabajo busca reflejar la evolución del sector salud de Venezuela en los últimos años, analizando las condiciones para la inserción de una empresa de Medicina Prepaga. Debido a que el estudio es de diseño analítico de tipo documental con un fuerte componente social, coexisten una amplia cantidad de factores a considerar, que incidirán en el problema a tratar.

En primera instancia, corresponde señalar que durante la elaboración del presente, se observaron serias dificultades en la interpretación de datos, dado que conforme la fuente relevada, los datos publicados diferían en algunos casos en forma significativa, dentro de las cuales se pueden citar las siguientes:

1. Se observó una gran disparidad en las cifras obtenidas entre organismos del sector oficial, y entre éste y Universidades Privadas, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y organismos internacionales, como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Debido a la situación política del país y a la amenaza latente de intervenciones por parte del Estado en las Empresas Aseguradoras, éstas últimas no se muestran

dispuestas a suministrar información, debido al temor de que sean analizadas públicamente, entre otras causas.

3. Los costos de diagnóstico y tratamiento de cada paciente y la frecuencia de las enfermedades según la consulta y/o egresos son muy variables, de acuerdo a las fuentes consultadas y según el ámbito donde se realicen: Sub Sector Público o Sub Sector Privado, y al lugar geográfico, Caracas o el interior del país, etc.
4. En varias instancias de la investigación se presentaron trabas burocráticas en instituciones estatales para la búsqueda de la información, como por ejemplo en el caso del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

Al tratarse de un estudio de tipo documental, estas salvedades deben ser tenidas en cuenta.

Ahora bien, como *fuentes secundarias*, se han tomado diversos documentos de numerosas procedencias, siempre considerando la necesidad de reconstruir información fidedigna a partir de los datos tomados de diferentes organismos (del Estado venezolano, de los organismos internacionales, etc.). En cuanto a las *fuentes primarias*, además de la observación, se han realizado 187 entrevistas, con una amplia gama de profesionales del sector (47 personas entrevistadas, que se detallan en la grilla de entrevistas [GRILLA](#)). Las mismas han revestido el carácter de reuniones formales y planificadas. El origen de los encuentros fue originado, tanto por causa de la presente investigación, como por razones de actividad profesional. Éstos se llevaron a cabo en el período 1999-2003, que corresponden a los casi cuatro años de mi estadía en Venezuela. Las comunicaciones

establecidas en el presente año, (2003) fueron entrevistas por vía telefónica y por medio del correo electrónico.

En este sentido, e independiente de la cantidad expuesta, la calidad de los entrevistados fue seleccionada en función a los cargos de relevancia que ocupan, lo cual no solo los ponen en contacto día a día con las prácticas que vamos a estudiar, sino también en el hecho de que han sido tomados como informantes clave, dentro del Sector de la Salud en Venezuela y del mercado Asegurador. La identificación y contacto para la construcción de la base de datos del grupo de informantes fue elaborada en base a la llamada “técnica de bola de nieve”, por la cual, teniendo acceso a unos pocos informantes, éstos establecen el contacto con otros².

Como uno de los requerimientos, tenido en cuenta para la selección de los buenos informantes es la *enculturación completa*, es decir, que conozcan muy bien una cultura o subcultura, los entrevistados consultados me han permitido observar interesantes características del sistema de salud en Venezuela.

Así, la selección de los entrevistados se realizó por muestreo no probabilístico intencional, lo que permitió seleccionar casos típicos del universo (los mencionados profesionales vinculados al sector) según un criterio “experto”, es decir, sustentado en la cotidiana interacción con los mismos y dentro del sector en general en base a mi propia práctica profesional³ (ver [ANEXO METODOLÓGICO](#)).

² HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (1994): *Emografía. Métodos de investigación*, Paidós, España.

³ PADUA, J. (1994): *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*, Fondo de Cultura Económica, Santiago de Chile.

Finalmente, cabe señalar que no se trabajará con una hipótesis, ya que se trata de un estudio exploratorio de diagnóstico, y analítico, en función del análisis de:

- características del sistema de salud venezolano;
- funcionamiento general de dicho sistema;
- fuentes de financiamiento (públicas y privadas);
- gastos en salud;
- existencia de créditos para Salud y para programas de atención primaria;
- servicios disponibles; acceso de los pacientes a los servicios;
- características y particularidades de los sistemas de seguros existentes (públicos, privados);
- características de las contrataciones entre aseguradoras y médicos / clínicas/ hospitales.
- alcance de la cobertura de los seguros (por especialidades);
- modelos de atención;
- modelos de cobertura;
- características del desarrollo tecnológico en el sector;
- especificidades de la legislación vigente.

Por ello y en este contexto, el presente informe se elabora en base a un análisis retrospectivo, en términos de diagnóstico, y se propone proyectar una serie de sugerencias sobre la problemática objeto del presente.

La composición del presente trabajo incluye los siguientes puntos a desarrollar:

- Análisis del contexto venezolano (político, económico, social, demográfico y epidemiológico).
- Descripción del sistema de servicios de salud en Venezuela (organización general, recursos del sistema, funciones del mismo y provisión de servicios).
- Reseña y análisis de los seguros y la seguridad social (seguros privados y seguro social, especificidades del sistema de seguros en Venezuela, observaciones sobre el gerenciamiento en el sector).
- Reflexiones, recomendaciones y conclusiones en función al problema planteado.
- Anexo Metodológico.
- Grilla de Entrevistas realizadas.
- Bibliografía.

Se ofrece al final de este estudio un [GLOSARIO](#) con algunos de los conceptos de uso específico en Venezuela. Además, en función de presentar un complemento del trabajo de investigación, se adjunta un CD que contiene una copia del mismo así como la normativa y la legislación vigente vinculadas a la problemática abordada.

III. MARCO DEL ANÁLISIS

III. 1. Una aproximación al problema

Venezuela enfrenta una prolongada y difícil situación en estos últimos diez años que pone en duda, por primera vez en muchísimo tiempo, la idea de que, bajo un régimen democrático, el país marcha inexorablemente hacia el “progreso”. Esta noción, inspirada en un pensamiento racionalista, acompañó buena parte de las luchas políticas de Venezuela durante el siglo XX, sobre todo a partir del compás de transformaciones que se le abrió al país, a raíz de la muerte del General Gómez (presidente de la República desde el 19 de diciembre de 1908 hasta el 17 de diciembre de 1935).

Con la aparición de los modernos partidos democráticos, se asumió que la conquista de mayores niveles de bienestar para la población, se derivaría de la consolidación de un régimen de libertades públicas y de la garantía, por parte del Estado, de los derechos básicos de vida del ciudadano.

Durante décadas, la renta petrolera proveyó de un piso económico a esta ideología. En efecto, desde 1936, el estado venezolano emprende un proceso de modernización y afianzamiento institucional, que se vio favorecido, por su participación creciente en los ingresos que generaba la explotación petrolera en manos de las empresas transnacionales. Ello marcaba la transición de un país rural, atrasado, con una población vulnerable en extremo a toda suerte de enfermedades endémicas, a un país eminentemente urbano, físicamente integrado a través de importantes obras de infraestructura, con una significativa dotación de servicios de salud y de educación pública, y abierto a las corrientes modernas del pensamiento.

A mediados de la década del setenta, empiezan a manifestarse los desbordamientos macroeconómicos provocados por la multiplicación de los precios del petróleo en los mercados internacionales. El Estado Venezolano demostró estar en capacidad de responder, a las expectativas de mejora de la población, a pesar del clima de violencia política que acompañó al país durante la transición hacia la democracia.

En el campo de la salud en particular, la eliminación práctica del paludismo, la esquistosomiasis y otras endemias, el saneamiento de los servicios de agua (cloacas, alcantarillas, agua potable) y la construcción de numerosos hospitales públicos generales, permitían vislumbrar que el país avanzaba hacia mayores niveles de bienestar para su población.

Sin embargo, el estancamiento de la economía venezolana durante los últimos años, y la recesión que ha padecido desde mediados de 1998, profundizada a partir del golpe militar contra el gobierno del Tte. Coronel Hugo Chávez Frías, en Abril de 2002, y los paros generales en Diciembre del 2002 y Enero del 2003, ponen de manifiesto la particular gravedad que enfrenta el desarrollo económico de este país. Sin duda, las transformaciones que comenzaron a gestarse un tanto desordenadamente a partir de esta nueva instancia política, han sido motivadas, en gran medida, por el deterioro en el nivel de bienestar de la población. Si bien esta dinámica, viene cobijada en términos de una lucha contra las prácticas de la vieja política, a la que se le caracteriza como corrupta, su legitimación en el tiempo como base para una estrategia de desarrollo, pasa por la capacidad de encontrar una salida a esta situación de deterioro económico-social⁴.

⁴ Fuente: entrevista a Radamés López, Gerente Comercial de Negocios Corporativos de Seguros Venezuela C.A., AIG International.

La profunda recesión ha deteriorado casi todas las variables macroeconómicas⁵. El Poder Ejecutivo por su parte, decidió iniciar un giro expansivo en lo que respecta a la política de demanda del sector público, lo que se hace evidente en gran medida con la reactivación del programa de inversiones en el área de explotación petrolera. La inflación, que había disminuido en 17,2 % con relación al nivel registrado en el acumulado de 1998, comenzó, a partir del 2002, a ascender para llegar al 32% de inflación acumulada hasta Diciembre de ese mismo año; luego, desde Enero hasta Septiembre de 2003, la inflación llegó a 20,6 %, acumulada en ese período.

A efectos ilustrativos, y con visión prospectiva, señalemos que en Enero de 2003 se manejaban dos alternativas de proyecciones macroeconómicas, conforme la consultora Data Análisis según se detallan en el Cuadro 1.

⁵ Los modelos económicos describen las relaciones existentes entre variables económicas; una *variable* económica influye en las decisiones sobre el “qué”, el “cómo” y el “para quién”, que son las preocupaciones centrales de la economía; por otra parte, una variable es una descripción del *resultado* de esas decisiones. Las principales variables Macroeconómicas son: Inflación, Desempleo, Crecimiento económico, Tipos de interés, Déficit presupuestario público, Déficit de comercio internacional (Fuente: CARLINO, B. P. (1999); *Macroeconomía al alcance de todos*; Ediciones Macchi, Buenos Aires,).

Cuadro 1

PROYECCIONES MACROECONÓMICAS			
	2002 Resultados	Escenario Chávez se Queda 2003	Escenario Salida Institucional 2003
Producción Petrolera Promedio 2003	3,0 MMBD	1,8 – 2,2 MMBD	2,5 - 2,8 MMBD
Precio Promedio Petrolero Venezolano (Anual)	22,18 \$/B	28 – 30 \$/B	22 - 26 \$/B
Demanda Neta Diaria Divisas Promedio	40 MM\$ (IV trim. 2002)	130 MM\$ (I trim. 2003)	60 MM\$ (I trim. 2003)
Política Cambiaria	"Libre"	Control de Cambio	Libre
Tipo de Cambio Fin de año	Bs. 1.403/\$	Controlado Bs. 2.500 – 2.800/\$ Libre ≥ Bs. 5.000/\$	Bs. 3.000 - 3.500/\$
Reservas Internacionales Fin de Año	\$ 14.785 MM	\$ 7 a 9 MMM	\$ 10 a 12 MMM
PIB	Petrolero -13,5% No Petrolero -7,4% Total -9,6%	Petrolero -23% a -35% No Petrolero -13% a -15% Total -19% a -24%	Petrolero -12% a -20% No Petrolero -7% a -10% Total -8% a -12%
Consumo	-	-15% a -20%	-8% a -10%
Balance Fiscal	(-4,7%)	(-10%)	(-6%)
Deuda Pública	Cumplimiento con rollovers y algunos retardos	Default deuda externa	Renegociaciones
Inflación	31,2%	60% - 70%	40% - 45%
Tasas de Interés Activa Promedio	35%	60% Riesgo control de tasas	50% - 55%
Desempleo Promedio	18,6%	25% - 30%	18% - 20%
Empleo Informal Promedio	55%	55% - 57%	48% - 52%

Fuente: Consultora Data Análisis (Enero 2003).

Ahora bien, para fines de Julio de 2003, la opinión de varios economistas, incluida la del presidente del Banco Central de Venezuela, respecto de las perspectivas de la economía para el año 2003 eran las siguientes:

- Producto Interno Bruto (PIB): de -13,5% a -18%
- Inflación: de 35% a 50%
- Desempleo: de 24% a 28%
- Empleo informal: de 38% a 42%
- Tipo de cambio (Bs./US\$⁶): Bs. 1950 oficial con devaluación
- Tipo de cambio (Bs./US\$): Bs. 2800 a 3000 mercado paralelo

- Producción petrolera: de 2,7 a 3 millones de barriles / diarios incluyendo asociaciones estratégicas.

Luego de la huelga general que terminó con la continuación del Tte. Coronel Hugo Chávez Frías en el poder, la única alternativa que le quedó a la oposición, fue consensuar un referéndum para lograr la revocatoria de acuerdo a la última reforma de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; éste se podía realizar a partir del 19 de Agosto del 2003, siempre y cuando se logre reunir el 10% de firmas de la población total de Venezuela, estimada en 23.054.210 según el censo del 2000, elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), por lo que deberían juntar alrededor de 2.300.000 firmas.

Para fines de Agosto, se entregaron las firmas (3.236.320), pero fueron rechazadas por el Consejo Nacional Electoral, el 12 de Septiembre del 2003, argumentando como "inadmisible" la petición opositora al considerar que "las firmas que avalan esa solicitud fueron suscriptas de manera extemporánea por anticipada, esto es, antes de que naciera la titularidad del derecho del referéndum"⁷.

⁶ “Bs.” corresponde a Bolívares, la moneda de curso legal en Venezuela; “U\$S” corresponde a la divisa norteamericana, el dólar.

⁷ La Nación, 15 de Septiembre de 2003.

IV. EL CONTEXTO VENEZOLANO

IV.1. Contexto Político

La República Bolivariana de Venezuela tiene una extensión territorial de 916.445 km². Está integrada por 23 Estados, un Distrito Federal, asiento de la ciudad de Caracas capital del país, y las dependencias federales (72 islas). Estas últimas son las islas marítimas no integradas en el territorio del Estado.

El Poder Público se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estatal y el Poder Nacional. Por su parte, el Poder Público Nacional se divide en Legislativo, Ejecutivo, Judicial, Ciudadano y Electoral. El órgano encargado de la planificación y coordinación de políticas e intervenciones es el Consejo Federal de Gobierno, el cual está presidido por el/la Vicepresidente/a Ejecutivo/a e integrado por los Ministros/as, los / las gobernadores/as, un/a alcalde/sa por cada Estado y representantes de la sociedad organizada, de acuerdo con la ley vigente. El régimen Municipal es Autónomo.

En cuanto a la Dirección de Modelos de Gestión, Organización Social y Desarrollo Local, dependiente de la Dirección General de Políticas y Planes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ésta tiene como función principal diseñar, implementar y coordinar la política nacional relativa a la promoción y fortalecimiento de la estructura y funcionamiento de las redes sociales.

El tema de la salud es abordado ampliamente en la Constitución Nacional. El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. En particular, el Estado

promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Para garantizar el derecho a la salud, en el Artículo 84 se ordena la creación, ejercicio de la rectoría y la gestión de un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. En el Artículo 85 se dice que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. Finalmente, el Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

En este marco, las políticas gubernamentales y, en particular, la de salud, son ejecutadas por los organismos específicos de Gobierno y por el Consejo Federal de Gobierno, órgano encargado de la planificación y coordinación de políticas y acciones para el desarrollo del proceso de descentralización y transferencia de competencias del Poder Nacional a los Estados y Municipios.

Este Consejo es presidido por el/la Vicepresidente/a Ejecutivo/a e integrado por Ministro/as, gobernadores/as, un alcalde o alcaldesa por cada Estado y representantes de la sociedad organizada, de acuerdo con la ley.

Con relación a las condiciones de vida del venezolano, éstas se han visto afectadas en las últimas décadas por distintos factores, entre los cuales se pueden mencionar la profundización de la pobreza, la marginalidad, el incremento del trabajo

informal, con un ascenso significativo de los índices de criminalidad y el deterioro de los índices educativos y el empeoramiento del desempeño de los servicios de salud. Más específicamente, entre los factores que inciden de manera determinante en el pobre desempeño de la asistencia sanitaria, están la limitada capacidad de rectoría y regulación por parte del Estado y la desintegración e incoherencia a nivel del financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios de salud⁸.

Además, el sistema de salud no tiene definidos el esquema de contralor institucional, es decir el estado, a través del MSDM no tiene mecanismos de supervisión sobre el sub sector-privado en lo referente a honorarios médicos, baremos, capacidad instalada, etc, ni cuenta con adecuados y transparentes mecanismos para el control y la rendición de cuentas entre los distintos niveles sanitarios (geográficos y de atención). Todo ello, aunado a la existencia de mandatos divergentes para los distintos organismos financiadores, aseguradores y prestadores, trae como consecuencia que los limitados recursos disponibles no se asignen y distribuyan de acuerdo a los intereses de los ciudadanos.

⁸ Información elaborada a partir de: Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Perfil del sistema de servicios de salud de la república bolivariana de Venezuela* (1a. ed., 20 de Octubre de 1999; 2a. ed. 14 de Mayo de 2001); Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud; y DENIS, A. B.; et al : *La reforma de Salud en Venezuela. Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela*. CENDES, CIID, MSDS, Corpo Salud, IESA, Fundación Polar. Julio 2001

IV.2. Contexto Económico

Como parte de la política de estabilización económica se creó el Programa Económico de Transición (PET) para el período 1999-2000, el cual consiste en promover el crecimiento sostenido y diversificado de la economía, reducir la inflación y aumentar el nivel de empleo, que se cumplió, hasta fines del 2000, pero luego progresivamente, todos los indicadores de crecimiento, se fueron deteriorando hasta estos momentos (Octubre 2003).

El incremento en el PIB per cápita se mantuvo hasta 1998 de acuerdo a las cifras oficiales, pero según Efraín Velásquez, Presidente del Consejo Nacional de Economía “en los años setenta Venezuela invertía 30% de su PIB, y crecía 5%. En los noventa invertía 15% y crecía menos de 1%. Esto significa que el venezolano ha visto caer su ingreso per cápita a un ritmo de 1% anual en los últimos 25 años. Y ese proceso va a profundizarse”⁹.

Se exponen a continuación algunos indicadores económicos que muestran la evolución de la economía venezolana en el período 1997 – 2001:

⁹ Revista Dinero, Nro. 175, Caracas, Julio 2003.

**Cuadro 2. Algunos indicadores económicos
Venezuela, 1997-2001**

INDICADOR	1997	1998	1999	2000	2001
PIB ^a	53,98	47,22	39,40	35,06	32,81
PEA ^b	9.507	9.907	10.225	10.326	11.104
GPT ^c	29,3	27,6	25,2	25,2	26,3
GPS ^d	8,9	8,4	7,6	7,6	7,6
Tasa de inflación anual	52,2	36,0	21,9	21,3	23,4

^a PIB: Producto Interno Bruto; per cápita en precios constantes (en dólares estadounidenses).

^b PEA: Población Económicamente Activa; en miles

^c GPT: Gasto Público Total; en porcentaje del PIB.

^d GPS: Gasto Público Social; en porcentaje del PIB.

Fuente: OPS.

Ahora bien, en diciembre de 1999, varias regiones del país fueron asoladas por lluvias torrenciales que acarrearón la pérdida de numerosas vidas humanas y la destrucción de una gran parte de la infraestructura física y productiva. La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) estimó los daños materiales en unos 3,240 millones de dólares (3.3% del PIB).

El 71% del Producto Interno Bruto es generado por actividades no petroleras, según los índices suministrados por el Banco Central de Venezuela para el año 2002. Dentro de éstas, las actividades productoras de servicios (comercio, restaurantes, bienes inmuebles y otras) representan más del 60%.

Durante el último trienio de la década de los noventa el sector público venezolano ha venido modificando la estructura de su endeudamiento. Éste ha mostrado una tendencia decreciente al pasar de poco más de 20% del presupuesto total de gastos del sector gobierno central en 1995 a 9,4% en el presupuesto del 2001. No obstante, el endeudamiento interno representa hasta julio del 2003 un 10,7% del presupuesto mientras que en 1995 se situaba alrededor del 4,6%.

IV. 3. Contexto Social

La población según el censo del año 2001 era de 23.054.210 habitantes. Durante el trienio 1998-2000, como consecuencia del intenso movimiento migratorio de los últimos años, la mayoría de la población se concentró en zonas urbanas de alta marginalidad. Por ello es de notar que la condición de desarrollo humano de los venezolanos ha registrado un significativo deterioro durante la presente década. Como se observa en la tabla que se presenta a continuación (Tabla I), el Índice de Desarrollo Humano (IDH), para el período 1990-1998, muestra una disminución de 0,82 en 1990 a 0,69 en 1996; 0,71 en 1997, produciéndose un descenso en 1998 para llegar a 0,69. A partir de 1999 con 0,75, comenzó a ascender nuevamente mostrando las siguientes cifras: 1999 con 0,75; 2000 con 0,75; 2001 con 0,79; y en 2002 se produjo un descenso a 0,69, como última cifra conocida, de acuerdo al ya citado INE.

**Tabla I. Evolución de IDH
Venezuela, 1990-2002**

Año	IDH
1990	0,82
1996	0,69
1997	0,71
1998	0,69
1999	0,75
2000	0,75
2001	0,79
2002	0,69

Fuente: Reelaboración propia sobre datos del INE.

En cuanto a la relación de la variación de los índices con respecto a otras variables, se puede señalar que éstos empeoraron para el medio rural y para las mujeres.

En 1982, el 32,6% de las personas eran pobres¹⁰; en 1999 este porcentaje aumentó a 42 %, y de éste, el 16,9% se encontraba en condiciones de pobreza extrema¹¹, según el Reporte Social N°1 del INE, elaborado a través de la DESA (Dirección de Estadísticas Sociales y Ambientales). Los datos consultados muestran como promedio que para el primer semestre de 2002 había un 41,5% de hogares pobres, y de hogares pobres extremos 16,6%, lo que marca una sensible disminución con respecto a 1997, en que era de aproximadamente 60,3%.

Los datos para el segundo semestre del 2002 registran un aumento importante hasta llegar del 41,5 % a 48,6%, con 21% de pobreza extrema, según el mencionado Reporte Social. La razón entre el ingreso del 20% superior y el 20% inferior de la escala poblacional, se estimó en 11,6 para el período comprendido entre 1994 y 1996. Para 1997, ésta ascendió a 13,07%, para descender luego en el año 2002 a 12,30%. Los hogares en situación de pobreza (según ingreso familiar) en 1998 fueron de 46,45%; en 1999, de 43,4% y en 2000, de 41%. A continuación se reflejan estos datos:

Tabla II. Razón de ingreso entre sectores*
Venezuela, 1994-2002

Período	Razón
1994-1996	11,60
1996-1997	13,07
2002	12,30

* Sector 20% más pobre / sector 20% más rico.

Fuente: Reelaboración propia sobre datos del INE.

¹⁰ Se entiende por **pobre** a los individuos, familias y grupos de personas cuyos recursos (económicos, culturales, sociales) son tan escasos que ellos son excluidos de los modos de vida mínimos aceptables en el Estado miembro en el cual viven.

¹¹ Se habla de **pobreza extrema** cuando los individuos se encuentran con sus necesidades básicas insatisfechas, según el INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) de Argentina, pero para el INE **pobreza extrema** se refiere a cuando hay hogares que no están en capacidad de cubrir el costo de la canasta mínima de alimentos por día y por persona, que para Julio del 2003 era de 256.843,92 Bs.

Tabla III. Hogares en situación de pobreza*
Venezuela, 1998-2000
en porcentaje

Año	Porcentaje
1998	46,45
1999	43,40
2000	41,00

* Según ingreso familiar; sobre el total de la población.
 Fuente: Reelaboración propia sobre datos del INE.

Por otra parte, el desempleo en el período 1996-2000 se ha mostrado con porcentajes variables alcanzando el valor más alto en 1999; en 1996 (12,4), en 1997 (10,6), en 1998 (11,0), en 1999 (14,5), en el año 2000 (13,1). Como datos complementarios del período, señalamos, que en el período que va de Junio del 2001 a Junio de 2003, la tasa de desempleo fue respectivamente de 12,8 (para 2001), 16,6 (para 2002), llegando a 18,3 en julio del 2003. En este contexto, hay que tener en cuenta que las estimaciones no oficiales hablan de una tasa de desempleo más alta, lo cual adquieren significativa relevancia.

La desocupación analizada en igual lapso según sexo, muestra para todos los años cifras más altas en las mujeres, con un rango que varía entre el 2 y el 6 %. Las edades en las que se presenta el mayor desempleo se encuentran entre los 15 y los 24 años de edad, y alcanza para 1999 el 26,8%. En este grupo de edad aparece la mayor brecha (del 10%) entre hombres y mujeres¹².

¹² OPS, Op. cit. nota 7.

**Tabla IV. Evolución de Índice de desempleo*
Venezuela, 1996-2003**

Año	Índice de desempleo
1996	12,4
1997	10,6
1998	11,0
1999	14,5
2000	13,1
2001	12,8
2002	16,6
2003*	18,3

* Al mes de Julio.

Fuente: Reelaboración propia sobre datos del INE.

Aunque la tasa de desempleo disminuyó en el período 1999-2000 (de 14,5% a 13,1%), los acontecimientos de los años 2002 y 2003 contribuyeron para que se elevara nuevamente y se estima que la tasa de desempleo en Venezuela tendrá altibajos importantes en los próximos años¹³.

El sector informal de la economía se ha incrementado de manera continua de 48,9 en 1995 hasta alcanzar el 51% en el año 2000 y, según el INE, alcanzó para el 2002 un promedio de 52% que difiere con la estimación del cuadro 1 para todo el 2002 que se estimó en un 55%. En el mismo cuadro se observa que con salida institucional, es decir con el Tte. Coronel Hugo Chávez Frías Chávez en el poder se esperaba una tasa del empleo informal que llegara a un valor entre el 48% y el 52%, cifra que contrasta con la realidad, pues a Junio de 2003, el empleo informal llegó al 53,7% (INE).

¹³ RIUTORT, Matías; *La Pobreza en el trienio 1999-2001*; Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad católica Andrés Bello; 2002.

En el año 2001 se registró que el 6,4% de la población de 10 años y superior era analfabeta. El mayor porcentaje de analfabetos se presenta entre las personas mayores de 55 años y asciende al 22,5% y es mayor en el sexo femenino para todos los grupos etarios.

Las tasas de escolaridad según nivel educativo se mantuvieron estables durante el período entre 1991 y 1998, llegando en el 2001 al 67,2% de asistencia. Se destaca el bajo nivel de escolaridad para la educación media y superior. No se ha estimado el promedio de años de escolaridad, pero parte de la población que asiste a la escuela sólo llega hasta noveno grado. No se ha estimado la distribución territorial y/o por grupos poblacionales con relación al índice de escolaridad.

De acuerdo al censo, en 2001 la población indígena de Venezuela ascendía a 532.743, lo que corresponde al 2,3% del total de habitantes, pertenecientes a más de treinta etnias, con predominio de la etnia Wayuu -que representa el 54,5% de la población indígena (290.345 personas)- y la etnia Warao -que representa el 23,9% (127.325 personas)-. Del total de población indígena, el 42% (223.752) habita en zonas urbanas y el 58% (308.991) en zonas rurales¹⁴.

IV. 4. Contexto Demográfico y Epidemiológico

Para el año 2001, la población del país se estimaba en 23.054.210 habitantes, según el INE (Instituto Nacional de Estadísticas) de acuerdo a datos obtenidos por el Censo Nacional, y la densidad demográfica era de 26,37 habitantes por km². Para el año

¹⁴ INE, Censo 2001.

2000, el 87,2% de los habitantes vivían en zonas urbanas y 12,8% en zonas rurales. De la a población general, el 49,4% son hombres y 50,6% son mujeres. El 33,1% son menores de 15 años, el 62% se encuentra entre 15 y 65 años, y las personas mayores de 65 años representan el 4,9% según el censo del año 2000 (INE). Entre 1995 y 1999, la esperanza de vida al nacer se mantuvo en 72 años. Los Estados con mayor densidad poblacional son los costeros (Carabobo, Nueva Esparta, Miranda y Aragua) con un rango que fluctúa entre 453,0 habitantes y 211,2 habitantes por km².

Los Estados fronterizos (Apure, Bolívar, Delta Amacuro y Amazonas) presentan la menor densidad demográfica, con un rango de 6,1 habitantes por km² y 0,6 habitantes por km². Para ambos grupos de Estados la densidad demográfica aumentó. No obstante, para los estados fronterizos este aumento fue de sólo 1.1 %. Como consecuencia del movimiento interno migratorio, se ha incrementado la concentración de población en zonas urbanas marginales. Se ofrece a continuación una serie de indicadores demográficos a efectos ilustrativos:

**Tabla V. Indicadores demográficos
Venezuela, 1998-2001**

INDICADORES^a	1998	1999	2000	2001
Tasa bruta de natalidad	24,7	24,3	23,9	23,5
Tasa bruta de mortalidad	4,7	4,6	4,6	4,6
Tasa de mortalidad infantil	20,5	20,0	19,6	19,3
Tasa de mortalidad materna	66,3	60,4	59,6	51,0
Tasa global de fecundidad	2,8	2,6	2,7	2,6

^a Sobre 1000 nacidos vivos.

Fuente: Instituto Nacional Estadísticas, Venezuela 2003

Se exponen además, en la Tabla VI, las 25 causas de muerte más frecuentes.

**Tabla VI. Veinticinco principales causas de muerte diagnosticada
Venezuela, 2001**

GRUPO DE CAUSA	MORTALIDAD DIAGNOSTICADA^a	PORCENTAJE^b
1 Enfermedades del corazón	23.251	21,12
2 Cáncer	15.729	14,29
Tumores malignos digestivos	4.585	4,17
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos ^c	2.605	2,37
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	1.942	1,76
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	1.611	1,46
3 Accidentes de Todo Tipo	8.808	7,96
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	5.933	5,36
Otros accidentes	2.875	2,60
4 Enfermedades Cerebrovasculares	8.317	7,56
5 Suicidios y Homicidios	7.951	7,18
Homicidios	6.568	5,93
Suicidios	1.383	1,25
6 Diabetes	6.297	5,72
7 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4.937	4,49
Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos ^d	3.185	2,89
Infecciones específicas ^d	846	0,77
Fetos y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	411	0,37
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	152	0,14
8 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3.204	2,91
9 Influenza y neumonía	2.938	2,67
Neumonía	2.895	2,63
10 Enfermedades del hígado	2.271	2,06
Cirrosis y fibrosis Hepática	1.643	1,49
11 Anomalías congénitas	2.108	1,92
12 Enfermedades infecciosas intestinales	1.850	1,68
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1.687	1,53

13 Nefritis y Nefrosis	1.359	1,23
14 Otras enfermedades hipertensivas	1.213	1,10
15 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH/SIDA]	183	1,07
16 Tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1.111	1,01
17 Deficiencias de Nutrición	982	0,89
18 Enfermedades debidas a protozoarios	816	0,74
19 Tuberculosis	763	0,69
20 Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	639	0,58
21 Septicemia	586	0,53
22 Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	431	0,39
23 Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	431	0,39
Meningitis	297	0,27
24 Trastornos episódicos y paroxísticos	418	0,38
25 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	359	0,33
Total Principales Causas de Muerte	97.952	88,99
Causas de mortalidad mal definidas, desconocidas o sin diagnóstico médico tratante	604	0,55
Resto de Muertes Violentas	4.125	3,73
Total de Muertes	110.672	100,00

(a) Porcentaje sobre mortalidad diagnosticada por médico tratante o forense.

(b) Porcentaje sobre Mortalidad General.

(c) Incluye oído medio.

(d) Específicos del período perinatal.

Fuente: Anuario de Mortalidad 2001 (Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Dirección de Información Social y Estadística)

La mortalidad infantil descendió de 20,45 a 19,3 (muertes por cada 1.000 nacidos vivos) desde 1998 al 2001. La misma muestra una tendencia a la disminución. Esta reducción se debe a la mortalidad postneonatal que fue de 6,2 por cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal se reportó en 11.5 por 1000 nacidos vivos, dándose las

mayores complicaciones en el periodo neonatal precoz. Ambas tasas son referidas al año 2000¹⁵.

Las principales causas de muerte en los menores de un año son las Afecciones Perinatales (10,1 por cada 1000 nacidos vivos), las Anomalías Congénitas (2,5); Diarreas (2,3); Enfermedades Respiratorias Agudas (1,3); Desnutrición (0,8); Meningitis (0,3), y Sepsis (0,3 por cada 1000 nacidos vivos).

Tabla VII. Principales causas de muerte en niños menores de 1 año Venezuela, 1994-2002

Causa	Incidencia*
Afecciones perinatales	10,1
Anomalías congénitas	2,5
Diarreas	2,3
Enfermedades respiratorias agudas	1,3
Desnutrición	0,8
Meningitis	0,3
Sepsis	0,3

* Por cada 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Reelaboración propia sobre datos del INE.

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas constituyeron las principales causas de muerte durante el 2001. En ese año hubo un total de 604 muertes diagnosticadas como "defunciones por síntomas y causas mal definidas" (0,55% de la mortalidad general).

Durante el año 2000 se reportaron 22.559 casos de Dengue, 19.426 casos de Malaria y 313 casos de Cólera según la OPS. La población afectada por estas

¹⁵ OPS, op. cit. nota 7.

enfermedades fue la perteneciente a los estratos más pobres y asentados en áreas rurales. Desde 1983, en que se detectó el primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), hasta el 31 de Diciembre de 1999 se han registrado 8.047 casos y 4.726 defunciones. Ha fallecido aproximadamente el 60% de la incidencia detectada y se estima que hay un subregistro del 80%. En 1997, el cólera se presentó con una incidencia de 2.551 casos (tasa de 11,2 por cada 100.000 habitantes). En 1998 la incidencia de cólera bajó a 1,3 y en 1999 fue de 1,6. La incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 17,4 por cada 100.000 habitantes en 1990 y de 15,5 en 1999, aumentando en el año 2000 a 20,3.

Tabla VIII. Incidencia de principales enfermedades sobre la mortalidad* Venezuela, 1990-2000

Año	1990	1997	1998	1999	2000
Enfermedad					
Cólera	SD	11,2	1,3	1,6	SD
Tuberculosis pulmonar	17,4	SD	SD	15,5	20,3
VIH-SIDA	SD	SD	SD	SD	16,7

* Por cada 100.000 habitantes.

“SD”: Sin dato.

Fuente: Reelaboración propia sobre datos del INE.

El consumo de drogas constituye un problema de salud pública que afecta principalmente a la población adolescente. Dentro de este grupo, el consumo de Marihuana es de 2,3% y el de Cocaína de 1,9%¹⁶.

¹⁶ OPS, Op. cit. nota 7.

V. EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

V.1. Organización General

El sector de la salud está constituido por un subsector público integrado por múltiples instituciones que operan de forma no integrada, centralizada y desconcentrada, y por el subsector privado.

El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), que es el órgano rector y tiene a su cargo la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud, la regulación del sector, así como la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud, a través del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y la Alcaldía Mayor (antes Gobernación del Distrito Federal). La red de establecimientos públicos de salud contempla diferentes niveles de atención y se encuentra distribuida a lo largo del país. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) fue creado en 1999, producto de la fusión entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de la Familia. Dicho Ministerio está integrado por el Despacho del Ministro y dos Viceministerios: Viceministerio de Salud y Viceministerio de Desarrollo Social. Existen a su vez 23 Direcciones Regionales del MSDS en todo el país. El MSDS funciona como un sistema intergubernamental de salud *desconcentrado* (significa un acto administrativo de transferencia de facultades, programas y recursos de

órganos centrales superiores a organismos de distinta jerarquía dentro de la misma jurisdicción, sin sostén jurídico) y *descentralizado* (es también un acto político, jurídico y administrativo por medio del cual se transfieren niveles de decisiones, funciones, facultades programas y recursos a un ente de derecho público de otra jerarquía) ¹⁷, basado en niveles de atención, con direcciones estatales de salud y distritos sanitarios.

Por otra parte, el MSDS de Venezuela con una red de hospitales y centros ambulatorios, cumple con actividades de promoción, prevención y educación en salud. Actualmente se está elaborando el Reglamento Interno que determinará la estructura definitiva del MSDS. El MSDS ha venido impulsando la transformación del modelo de organización de los servicios de salud, planteándose como prioridad la reestructuración del nivel central del ministerio, el desarrollo de un nuevo modelo de atención y la creación de un sistema público nacional de salud.

El IVSS es un organismo centralizado con una autoridad única en el ámbito central que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Cuenta con una red de hospitales y centros ambulatorios. Su financiamiento es tripartito: Estado, trabajadores y empresarios. Las fuentes de financiamiento son públicas y privadas.

El IPASME es un organismo centralizado con una autoridad única en el ámbito central que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Cuenta sólo con centros ambulatorios y contrata otros servicios asistenciales.

Así, los principales financiadores públicos son: el MSDS, el IVSS, los estados, el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el IPASME. La

¹⁷ Hospital Público de Autogestión. Marco Conceptual, estrategias e Instrumentos Operativos; Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; Tercera Edición, Buenos Aires, Abril de 1999.

principal fuente financiera es el gobierno central a través del MSDS. Luego tenemos los aportes al IVSS, por parte de empleadores y empleados, para la adquisición de pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad para los trabajadores, pensionados y jubilados. Otras instituciones públicas también participan en el financiamiento: el Ministerio de Justicia financia la sanidad penitenciaria y el Ministerio de Desarrollo Urbano financia las inversiones en construcción de centros sanitarios, mientras el MSDS recibe sus fondos del presupuesto nacional. Este dato se complementa con los ofrecidos en la siguiente tabla:

**Tabla IX. Fuentes de financiamiento del sector salud
en millones de U\$S
como porcentaje del PIB
Venezuela, 1995-1999**

Fuente	1995		1996		1997		1998		1999	
	millones	%	millones	%	millones	%	millones	%	millones	%
Gobierno Central	1.097,4	1,5	781,6	1,5	1.221,6	1,5	1.411,2	1,5	1.213,9	1,3
Aporte IVSS y HCN	64,5	0,1	38,1	0,1	50,2	0,06	58,4	0,06	80,4	0,1
Estados	405,4	0,5	161,2	0,2	254,7	0,03	318,7	0,3	SD	0,3
Municipios	SD	0,2	10,8	0,02	15,8	0,02	30,7	0,03	23,8	0,02
IVSS	327,8	0,4	459,4	0,7	528,1	0,63	704,1	0,7	785,3	0,7
IPASME	15,1	0,02	12,9	0,02	14,9	0,02	SD	0,02	SD	0,02
FFAA	45,6	0,1	25,1	0,04	29,3	0,03	SD	0,03	SD	0,03
Privado	1.086,4	1,5	84,2	1,25	1.331,9	1,59	SD	1,59	SD	1,59

Fuente: OCEPRE, Leyes de Presupuesto de cada año; Informe económico de CEPAL 1999-2000

Los estados son financiados por el presupuesto nacional y el Situado Constitucional, los cuales dedican fondos a salud. Como resultado de la descentralización, esta fuente de recursos es diferente a la transferencia del MSDS a los estados.

El IVSS percibe sus ingresos de las cotizaciones que pagan empresarios y trabajadores. Este dinero se reparte en diversos fondos siendo el Fondo de Asistencia Médica (FAM) el que financia los gastos sanitarios.

La financiación privada de la salud en Venezuela es un aspecto que está muy poco estudiado. Depende de la Superintendencia de Seguros

Los datos sobre el gasto sanitario que realizan las familias provienen de la Encuesta de Consumo de los Hogares, que realiza el INE.

En los últimos doce años el país ha experimentado cinco grandes esfuerzos de macro reforma. En este contexto, sin embargo, las tres primeras reformas que se exponen a continuación fueron infructuosas y limitadas. La discusión de las reformas de 1999 fue diferida en la Asamblea Nacional. Tales reformas comprenden las siguientes:

- (1) Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987;
- (2) Descentralización de servicios de salud (a partir de 1990);
- (3) Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1992;
- (4) Aprobación de la propuesta de reforma del Subsistema de Salud de la Seguridad Social en 1998 ¹⁸.

A partir de 1999, se ha venido impulsando la transformación del modelo de organización de los servicios de salud, planteándose como ejes de la transformación en una primera etapa la reestructuración del nivel central del MSDS y el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral de salud. El desarrollo del nuevo modelo de atención ha contado con el respaldo político de las autoridades del nivel central del Ministerio de

¹⁸ Brito Denis et al; Op. cit.; y González, M.J.; *Reformas del Sistema de Salud en Venezuela. Balance y Perspectivas*. Serie Financiamiento del desarrollo, Unidad de Estudios Especiales Secretaria Ejecutiva, CEPAL, ECLAC, Santiago de Chile, junio de 2001.

Salud y Desarrollo Social, así como con el apoyo de las Gobernaciones de los Estados y las Direcciones Estatales de Salud, lo que ha permitido su implantación exitosa en más del 55% de los establecimientos ambulatorios que conforman la red de servicios.

Ahora bien, el 15 de Agosto del 2002 fue elevado el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, en segunda revisión por la Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional, que dio el contexto para el desarrollo definitivo de la reforma del sector salud en Venezuela.

V.2. Recursos del Sistema

V.2. a) *Recursos Humanos*

La razón de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes descendió desde 1996 y hasta 1998, mostrando un incremento en el período comprendido entre 1998 y 1999, situándose en 19,7 para los médicos y 7,9 para las enfermeras, y alcanzando en el año 2000, un leve incremento ya que la razón de médicos ascendió a 20 y la de enfermeras a 8. El Cuadro 4 que se ofrece a continuación refleja estos datos:

**Cuadro 4. Recursos Humanos en el sector salud
Venezuela, 1996-2000**

Tipo de recurso	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de médicos*	13,9	12,8	12,2	19,7	20,0
Razón de enfermeras/os profesionales*	6,9	9,5	4,9	7,9	8,0
Razón de odontólogos*	3,7	3,4	0,7	5,3	0,7
Razón de técnicos medios de Laboratorios*	ND	0,7	ND	ND	ND
Razón de farmacéuticos*	ND	ND	ND	ND	ND
Razón de radiólogos*	ND	ND	ND	ND	ND
Nº de egresados de postgrado en Salud Pública	ND	ND	ND	ND	ND

* Por cada 10.000 habitantes.

“ND”: No hay datos.

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Año 2001.

En 1997, el 50,5% de los médicos registrados en la Federación Médica Venezolana, eran especialistas y el 49,5% médicos generales. Del total de médicos, el 46,8 % estaba trabajando a tiempo completo o parcial en el subsector público (MSDS e IVSS). No se tiene información de aquellos que trabajan en otras instituciones públicas, pero se calcula que podría ascender al 60% del mercado laboral. Este porcentaje incluye a médicos que trabajan a tiempo parcial en el Sector Público.

El 17,2% de los odontólogos trabajaba en el mismo período a tiempo completo o parcial en el subsector público (MSDS e IVSS).

En el cuadro 5 observamos más datos sobre los recursos humanos en el área de salud.

**Cuadro 5. Recursos humanos en instituciones públicas
Venezuela, 1997-2000**

Institución	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros Trabajadores	Personal Administrativo	Servicios Generales
MSDS ¹	11.242	8.023	22.011	10.973 *	21.823	26.210
IVSS ²	6.063	ND	ND	30.729 **	12.937	ND
IPASME ¹	994	137	981	1.690 **	314	ND
INAGER ¹	146	95	365	576 **	529	884

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Venezolano de Seguro Social, Instituto de Previsión y Asistencia Social del Pensionado del Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Atención Geriátrica.

¹ datos correspondientes al año 2000.

² datos correspondientes al año 1997.

(*) Incluye 7.639 odontólogos, 775 nutricionistas, 1.642 bioquímicos y 917 técnicos radiólogos.

(**) Incluye todo el personal asistencial.

“ND”: No hay datos.

El nivel medio de la remuneración del médico general del MSDS es de alrededor de U\$S¹⁹ 1.000. El nivel medio de la remuneración del médico especialista del MSDS es de U\$S 1.200. A pesar de los ajustes impuestos por el Gobierno, esta remuneración ha disminuido progresivamente durante la pasada década a medida que la moneda nacional se ha ido devaluando. No obstante, en comparación con profesionales de otras actividades del sector público, se considera superior. Se dan diferencias substantivas (entre 10% y 20%) en lo que se refiere al nivel remunerativo de los profesionales del MSDS, el IVSS y las Gobernaciones.

No existe información disponible sobre la productividad media del personal de salud de las principales instituciones públicas.

¹⁹ Dólares americanos.

Igualmente el sistema adolece de la falta de registros de egresados de los postgrados, particularmente en salud pública.

V. 2. b) *Medicamentos y otros Productos Sanitarios*

El Ejecutivo Nacional ha formulado una política dirigida a asegurar la disponibilidad de productos farmacéuticos y afines, eficaces, seguros y de calidad, así como su uso racional y accesibilidad por todas las personas en el marco de una política nacional de salud y de acuerdo a los principios del Sistema Público Nacional de Salud, según consta en la Ley Orgánica de Salud. Todo lo relacionado con la política farmacéutica nacional se rige por la Ley de Salud, la Ley de Medicamentos y el reglamento respectivo.

El Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” es el órgano del Ministerio de Salud y Desarrollo Social encargado de la evaluación y vigilancia de la calidad y seguridad de los productos farmacéuticos y afines. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social elabora anualmente el Formulario Terapéutico Nacional coordinadamente con las universidades nacionales. En los establecimientos del Sistema Público Nacional de Salud sólo se pueden prescribir y dispensar los productos farmacéuticos incluidos en la lista elaborada por el MSDS, de acuerdo al Art. 69 de la Ley Orgánica de Salud, la cual establece las excepciones de esta disposición cuando es necesario.

Los cinco productos de mayor venta en el mercado nacional son: Acetaminofén, Vitamina C, Ampicilina, Ácido Acetilsalicílico y Penicilina Procaínica. No se tiene información disponible sobre el precio por unidad. Existe una lista de medicamentos

esenciales elaborada en el año 2000 que incluye 280 principios activos, la cual es obligatoria para las instituciones públicas de salud y se revisa anualmente. Solamente el 2% de la población tiene acceso permanente a los medicamentos incluidos en la lista.

**Cuadro 6. Medicamentos y otros productos sanitarios
Venezuela, 1998, 1999, 2000**

Indicador	1998	1999	2000
Nº total de productos farmacéuticos comercializados	3.918	4.700	5.760
Porcentaje de medicamentos de marca	83,0	82,0	80,0
Porcentaje de medicamentos genéricos	17,6	18,0	20,0
Gasto total en medicamentos (precio de venta al público, U\$\$)	1.200.000	1.400.000	1.600.000
Porcentaje del presupuesto del MSDS dedicado a medicamentos	10,0%	12,0%	14,0%
Gasto per cápita en medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto privado en salud, destinado a compra de medicamentos	14,3%	16,8%	ND
Consumo de Unidades per cápita	17	15	13
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	ND	ND

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Industria Farmacéutica. Año 2001.
“ND”: No hay datos.

Para facilitar el acceso a los medicamentos existe el programa SUMED (Plan de Suministro de Medicamentos implementado por el MSDS) que brinda un subsidio del 80% a la lista de medicamentos esenciales que se prescriben en los establecimientos de salud públicos, para ser usado por la población vulnerable.

Para el primer nivel de atención existen protocolos de tratamiento, que no se aplican o lo hacen con dificultad. En algunos hospitales existen protocolos individuales.

De acuerdo a la Ley de Medicamentos, se exige la presencia del farmacéutico en las farmacias privadas y en los hospitales, aunque no se supervisa en forma eficiente el cumplimiento de dicha normativa.

Para 1999, el número total de personas que donaron sangre fue de 302.000. No existe oficialmente la modalidad de donaciones remuneradas; éstas se hacen por reposición. La "Ley sobre transfusiones y bancos de sangre de 1997" establece los reglamentos y normativa nacional sobre transfusiones y bancos de sangre. De acuerdo con ella, el MSDS es el encargado de la vigilancia y control de las actividades de los Bancos de Sangre públicos y privados. El total de las donaciones de sangre se controla por la normativa vigente.

V. 2. c) Equipamiento y Tecnologías

En el año 2000 fueron censadas 40.675 camas a nivel público gubernamental (17,64 camas por 10.000 habitantes). Para la población de influencia del MSDS, este indicador es 21,95, mientras que para la población beneficiaria del IVSS es de 8,87.

En 1996, el porcentaje de equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso fue de 86% (en los servicios de banco de sangre, emergencias, radiología, laboratorio, quirófanos, equipos de planta, oncología, ginecología, sala de partos, central de suministros, entre otros). No se dispone de información para otros años.

A continuación se expone el Cuadro 7 en el que se refleja el equipamiento al año 2000:

**Cuadro 7. Disponibilidad de equipamiento en el sector de la salud
Venezuela, 2000**

Institución	Total Camas Censadas	Total equipos Radiodiagnóstico Básico	Total Laboratorios Clínicos	Total Bancos de Sangre
MSDS	28.812	202	375	85
IVSS	7.203	ND	68	28
INAGER*	2.304	ND	ND	ND
MIN. DEFENSA	2.034	ND	ND	ND
PDVSA	322	ND	ND	ND
OTROS	ND	ND	81	30
Subtotal	40.675	202	524	143
Privados (con y sin fines de lucro)	ND	ND	ND	120
Subtotal	ND	ND	ND	120
TOTAL	40.675	202	525	263

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Año 2001.

* corresponde a "camas de larga estancia".

“ND”: No hay datos.

Para el año 2000, entonces, se destinó el 7,6% del presupuesto de operación del nivel central a conservación y mantenimiento de equipos. Ese mismo año, se constató que el 24% del personal que se desempeña en las jefaturas de mantenimiento posee solamente formación empírica. A nivel de personal técnico y obrero, la dotación asciende al 82%.

Las unidades y/o equipos de alta tecnología se encuentran concentrados en Caracas, la capital nacional, y en las capitales de los estados más desarrollados (tanto para el sector público como privado); sin embargo, no se disponía de información precisa al respecto, hasta que, en Febrero del 2001, se emprendió una evaluación sobre la infraestructura tecnológica de un conjunto de 22 Hospitales. La finalidad de la

evaluación fue la de identificar las fortalezas y/o debilidades de la práctica de la salud pública; esto permitió al Ministerio desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de las capacidades humanas y materiales necesarias para dicha práctica. Así, se calculó que para la recuperación de esos hospitales, el Estado Venezolano debía aportar 17.082.084 dólares, lo que representaba apenas un paliativo temporal, por lo que se recomendó luego una inversión a cuatro años de 67.613.000 dólares.

V. 3. Funciones del Sistema de Salud

V. 3.a) *Rectoría*

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en su condición de representante del Ejecutivo Nacional, es el órgano rector del sector salud y tiene a su cargo la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud; la regulación del sector, así como la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud. Si bien existen indicios de que el Ministerio ha ido perdiendo en las dos últimas décadas su capacidad de rectoría y regulación del sector, en el nuevo anteproyecto de ley orgánica de salud – entregado al Presidente de la República el 15 de Agosto del año 2002 - se instituye el papel rector del Ministerio de Salud, y se crean mecanismos para que pueda ejercerla. Para ello, se dispone la creación de entidades tales como el Consejo Intergubernamental del SNPS (Sistema Público Nacional de Salud) y el Consejo Nacional de Salud, como instrumentos para definir las bases organizativas necesarias

para garantizar la coordinación de los distintos niveles y sectores que participan en el SPNS, que incluye la participación privada en su Artículo 9.

Además, se ha creado el Fondo Nacional de Salud, como instrumento financiero para la integración y administración de todas las fuentes de financiamiento provenientes del nivel nacional, incluyendo los recursos financieros provenientes de los regímenes prestacionales del Sistema de Seguridad Social. Este fondo estará adscrito al Ministerio con competencia en salud y el reglamento respectivo determinará el funcionamiento de este fondo (Artículo 120 de la Ley orgánica de Salud. Agosto de 2002). Adicionalmente, se ha creado el sistema de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de salud.

En el nivel estatal, corresponde a las Direcciones Regionales de Salud y Desarrollo Social la prestación de los servicios y programas de salud, a través de este solo organismo, que integra a todos los establecimientos públicos. En el nivel municipal se constituyen las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social y se establecen las diversas competencias que podrán asumir, dependiendo de las características y capacidades particulares de cada región. Se deja así abierta la posibilidad para la innovación en la gestión en salud a nivel municipal. En tal sentido, las competencias municipales incluyen la gestión de los servicios de promoción integral de la salud y de los establecimientos públicos bajo su tutela, la prevención de enfermedades y accidentes, la medicina preventiva y el saneamiento ambiental. Los Municipios podrán asumir en mancomunidad los servicios y programas de salud que les correspondan.

Además, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social a través de la Contraloría de Salud Colectiva, (instrumento del SPNS), regula y controla a los establecimientos

públicos y privados que presten servicios de salud. Para ello, se diseñaron mecanismos de registro, habilitación, clasificación y acreditación que garantizan las condiciones estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como la calidad de la atención médica que deben brindar los mismos. La habilitación y registro son obligatorios para todos los establecimientos de salud públicos y privados, y deberán renovarse anualmente. A modo de ejemplo de estos fenómenos, a la fecha no existen regulación, control, ni normas para la habilitación de Servicios de Emergencias Médicas.

La Ley Orgánica propone la creación de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología como un organismo adscrito al MSDS, de carácter interdisciplinario e intersectorial, con el objeto de evaluar la pertinencia, eficacia y seguridad de técnicas, procedimientos, productos y equipos que utilice o planea utilizar el SPNS.

El MSDS inició a comienzos de 2001 el desarrollo del Sistema Nacional de Información en Salud en el que se recabará y analizará la siguiente información:

1. Estadísticas vitales y de condiciones de salud;
2. Estadísticas de producción de servicios de salud;
3. Diagnósticos e indicadores sobre necesidades de salud, deficiencias de ofertas e inequidades en salud;
4. Seguimiento de la situación epidemiológica;
5. Seguimiento de la situación nutricional y alimentaria;
6. Estadísticas y seguimiento de las inversiones y costos en salud;
7. Seguimiento e impactos de las políticas, planes y gestión del Sistema Público Nacional de Salud;
8. Registro de establecimientos públicos y privados prestadores de salud acreditados;

9. Registro de equipamientos e insumos de salud acreditados;
10. Registro de los trabajadores y trabajadoras de la salud;
11. Registro de medicamentos y afines; productos de uso y consumo humano; sustancias tóxicas, estupefacientes y psicotrópicos;
12. Registro de tecnologías y profesiones aprobadas;
13. Registro de la donación de sangre y actividades de los bancos de sangre; y registro de las donaciones y trasplantes de órganos, partes y tejidos humanos;
14. Registro de personas cubiertas con seguros o servicios privados de salud y siniestros causados;
15. Registro de los reclamos y denuncias hechos a los sistemas de prestación de servicios de salud;
16. Cualquier otra información que sea necesaria para cumplir con los objetivos del Sistema Público Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Información en Salud se mantendrá en estrecha vinculación con el Sistema de Información de la Tesorería de la Seguridad Social.

Esta información es necesaria para cumplir con los objetivos y metas del SNPS.

V. 3.b) *Financiamiento y Gasto*

El financiamiento del SPNS está constituido por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales en salud, los ingresos de los estados y municipios destinados a salud, las transferencias provenientes de los otros subsistemas de la

Seguridad Social, las tasas especiales en salud y los recursos provenientes de la recuperación del costo por los servicios de Registro y Contraloría de Salud Colectiva.

A fin de considerar los indicadores del gasto público, se expone a continuación el siguiente cuadro:

**Cuadro 8. Gasto público en salud como porcentaje del PIB
Venezuela, 1997-2001**

INDICADOR	1997	1998	1999	2000	2001
Gasto en salud del Gobierno Central como porcentaje del PIB.	1,4	1,4	1,2	1,2	1,4
Gasto Privado en salud como porcentaje del PIB	3,6	3,6	3,6	3,5	3,25

PIB: Producto Interno Bruto.

Fuente: Elaboración propia sobre: OCEPRE, (Oficina central de Presupuesto); Leyes de Presupuesto de cada año; Anuario estadístico de Venezuela, 1999; INE 2000-2001.

Según el Reporte de la Salud en el Mundo, *Haciendo la Diferencia*²⁰, el gasto total en salud como porcentaje del PIB ascendió en total al 7,5, alcanzando el gasto público el 3%, mientras que el privado fue de 4,5%. Estas diferencias (entre lo antedicho y el cuadro 8) son una muestra más de las que se han observado a lo largo de la investigación del trabajo, y que han representado enormes dificultades a la hora de establecer la homogeneidad de los datos, conforme a las distintas fuentes recabadas.

Sin embargo, podemos señalar con certeza que los aportes del Gobierno central se mantuvieron en ascenso hasta 1998. La disminución notable del gasto en 1996 responde a la caída del valor de la divisa ese año. A partir de 1996, el gasto público en salud se ha mantenido casi constante y el gasto privado ha aumentado en mayor proporción, representando en 1998 más del 50% del total del gasto. Por tanto, el gasto

público está siendo reemplazado por aportes de los hogares, lo que impone barreras adicionales para el acceso a los servicios de salud.

Algunos datos para América Latina son los siguientes:

**Tabla X. Gasto total, gasto público y gasto privado como % del PIB.
Comparación de una muestra
de América Latina y El Caribe, 2000**

Países	GTS*	GP*	% del GT	GPr*
Argentina	9,7	4,3	44	5,4
Brasil	4,6	1,8	40	2,8
Chile	6,2	2,5	40	3,7
Colombia	7,4	2,9	40	4,5
Costa Rica	8,5	6,3	74	2,2
Cuba	7,9	SD	SD	SD
México	4,2	2,4	56	6,4
Uruguay	13,4	7,0	52	6,4
Venezuela	7,5	3,0	40	4,5

SD: Sin dato

GTS: Gasto total en salud.

GP: Gasto público.

GT: Gasto total.

GPr: Gasto privado.

*Como % del PIB

Fuente: OMS, El reporte de la salud del mundo; Haciendo la diferencia; 1999.

²⁰ OMS, 1999.

**Tabla XI. Gasto total y Gasto público per cápita
Comparación de una muestra
de América Latina y El Caribe, 2000 (US\$)**

Países	Gasto total	Gasto público
Argentina	792	330
Brasil	359	167
Chile	201	124
Colombia	256	133
Costa Rica	268	205
Cuba	SD	SD
México	201	120
Uruguay	529	111
Venezuela	205	82

SD: Sin dato

Fuente: Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo del Mundo, 2000.

A continuación se exponen los indicadores de la Organización Mundial de la Salud:

**Tabla XII. Indicadores de población y salud.
Venezuela, 1991-2001**

Estimaciones de población	
Indicador	Valor
Población total (en millones), 2001	24.631
Tasa de crecimiento anual de población (%), 1991-2001	2,1
Coefficiente de dependencia (por 100), 2001	61
Coefficiente de dependencia (por 100), 1991	71
Porcentaje de población mayor de 60 años , 2001	6,7
Porcentaje de población mayor de 60 años , 1991	5,8
Tasa total de fecundidad , 2001	2,8
Tasa total de fecundidad , 1991	3,4
Indicadores de salud, 2001	
Indicador	Valor
Esperanza de vida al nacer (años)	
Población total	73,6
Hombres	70,7
Mujeres	76,5
Mortalidad infantil (por 1000)	
Hombres	26
Mujeres	21
Mortalidad de adultos (por 1000)	
Hombres	181
Mujeres	100
Esperanza de vida sana al nacer (años)	
Población total	61,1
Hombres	57,1
Mujeres	65,0
Esperanza de vida sana a los 60 años (años)	
Hombres de 60 años	11,6
Mujeres de 60 años	15,0
Previsión de años de vida sana al nacer	
Hombres	13,7
Mujeres	11,5
Porcentaje de pérdida de vida total (%)	
Hombres	19,3
Mujeres	15,0

Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud	
Indicador	Valor
PIB per cápita en dólares internacionales, 2000	5.973
Gastos totales de salud	
Gasto sanitario total como % del PIB, 2000	4,7
Gasto total per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$), 2000	233
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales, 2000	280
Gasto público en salud	
Gasto público en salud como % del gasto sanitario total, 2000	57,4
Gasto público en salud como % de los gastos generales del estado, 2000	10,9
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$), 2000	134
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales, 2000	160
Fuentes de gastos de salud pública	
Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto público en salud, 2000	31,3
Recursos externos para la salud como % del gasto público en salud, 2000	0,9
Gasto privado en salud	
Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total, 2000	42,6
Fuentes de gastos de salud privadas	
Seguros médicos privados en salud como % del gasto privado en salud, 2000	5,2
Gasto directo en salud como % del gasto sanitario total, 2000	40,4

Fuente: OMS, <http://www3.who.int>; (Septiembre, 2003).

El gasto en salud como proporción del PIB para el país es igual a 4,06 y muestra una tendencia descendente, la cual es más acusada en el gasto público²¹.

²¹ OPS, op. cit. nota 7.

Además, existe alta dispersión y fragmentación de los recursos, pues los mismos se hallan en distintas fuentes institucionales, como el Gobierno Central (MSDS y otros ministerios), Gobernaciones de estado, Alcaldías, IVSS, IPASME, FAN y subsector privado.

La cooperación financiera externa ha sido canalizada básicamente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (en torno al 90% del total). La Asistencia Oficial para el Desarrollo pasó de 81 millones de dólares en 1990 a 49 millones en 1993 y a 31 millones en 1994. En la actualidad, el MSDS ejecuta la etapa final del Proyecto de Modernización y Fortalecimiento del Sector Salud por un total de U\$S 300 millones, de los que el BID aporta el 50%.

V. 3.c) Aseguramiento sanitario

En la actualidad no se dispone de información que permita asegurar la confiabilidad ni la oportunidad de los datos sobre grados de cobertura y formas de prestación de las distintas modalidades de aseguramiento sanitario. No se cuenta con datos de la cobertura del aseguramiento privado, y no se han realizado las estimaciones de la población que tiene doble cobertura.

En 1997 la población con algún tipo de aseguramiento incluyó al 65% de la población. El IVSS es la institución con mayor cobertura, pues alcanza el 57% del total de la población asegurada entre titulares y beneficiarios. La Tabla XIII ofrece los datos que corresponden a los beneficiarios y consultas ofrecidas por el IVSS:

**Tabla XIII. Beneficiarios y consultas ofrecidas. IVSS.
Venezuela, 1987-1997
en millones**

Año	Beneficiarios	Asegurados	Familiares**	Asegurados	Beneficiarios	Consultas	Medicina General¹	Especialidades	Emergencias	Odontología	Consulta / Beneficiarios
1987	4,67	1,55	3,11	23,24	23,61	12,25	3,47	4,88	2,33	1,55	2,62
1988	5,18	1,72	3,45	25,40	26,19	12,74	3,45	5,24	2,53	1,50	2,46
1989	5,13	1,71	3,42	24,82	25,96	10,47	2,86	3,70	3,20	1,20	2,04
1990	5,40	1,80	3,60	25,56	27,99	12,10	2,98	4,71	3,20	12,20	2,24
1991	5,59	1,86	3,73	25,16	28,29	11,22	2,43	4,27	3,18	1,32	2,00
1992	5,26	1,75	3,51	23,30	26,02	10,73	2,48	4,11	2,89	1,23	2,04
1993	5,86	1,95	3,90	25,99	28,30	7,32	1,61	2,68	2,24	0,77	1,25
1994	6,77	2,25	4,51	28,41	32,01	7,00	1,38	2,39	2,41	0,81	1,03
1995	5,98	1,99	3,98	23,17	27,65	5,11	0,77	1,34	0,29	0,69	0,85
1996	6,01	2,00	4,01	22,22	26,96	5,31	1,19	1,99	1,69	0,42	0,88
1997	6,02	2,00	4,01	22,16	26,44	3,24	0,60	1,12	1,16	0,28	0,54

* Régimen General.

** Estimación.

Fuente: IVSS, Memorias, 1987-1997.

Como no se ha definido el papel del MSDS y de los estados como aseguradores públicos, se les asigna un porcentaje de la población por exclusión, aquella que no dispone de un seguro social. En la práctica, el MSDS y los estados son los primeros proveedores de asistencia de salud y no excluyen a los indicadores de esta provisión. Numerosas etnias indígenas se encuentran dentro del grupo sin cobertura o con acceso y cobertura restringida, así como nutridos grupos de sectores urbanos marginales Aún no se ha definido la financiación pública de un "conjunto básico de prestaciones". Como así tampoco se dispone de información sobre la existencia contratos en el Área de Salud del sector público con las empresas aseguradoras del Sub Sector Privado.

V. 4. Provisión de Servicios

Las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social son responsables de la gestión de los servicios de salud. La red de establecimientos públicos de salud contempla diferentes niveles de atención y se encuentra distribuida a lo largo de todo el país. Existen notorias insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud, conforme a la distribución geográfica poblacional.

A fin de conocer el alcance, se exponen a continuación las características de los distintos niveles de atención:

V. 4.a) Nivel Primario de Atención

Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención integral de salud del subsector público deben ajustarse a las características que les correspondan de acuerdo a la siguiente clasificación:

-Ambulatorios Rurales Tipo I y II, los cuales prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización.

Se encuentran ubicados en poblaciones menores de 10.000 habitantes.

-Ambulatorios Urbanos Tipo I, II y III, los cuales prestan atención médica integral, general, familiar y especializada, no disponen de hospitalización.

Se encuentran ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes.

En la práctica, la cobertura es precaria, pues la mayoría de las intervenciones de promoción de la salud, participación comunitaria y prevención de enfermedades, se

llevan a cabo por el profesional médico en año social (equivalente al internado rotatorio de nuestro país, pero que generalmente se hace en Salas en zonas rurales) y por los Auxiliares de Medicina Simplificada (Paramédicos), en los Ambulatorios Rurales I y II, orientados al medio rural disperso y a poblaciones menores de 10.000 habitantes. En este nivel, el personal de salud (auxiliares de enfermería y promotores sociales) llevan a cabo visitas domiciliarias para promover la salud y mejorar los estilos de vida.

El modelo de atención de la salud en Venezuela se ha centrado en programas de salud pública aislados, con visión fragmentada, focalizado en lo asistencial, en desmedro de las acciones integrales de prevención y promoción.

A continuación presentamos datos sobre la producción de los servicios públicos en Venezuela, en 1997:

**Cuadro 10. Producción de servicios en el subsector público
Venezuela, 1997**

Tipos de Servicio	Cantidad de prestaciones	Tasa por 1000 habitantes por año
Consultas y Controles por Profesional Médico	55.042.063	2.416,5
Consultas y Controles por Profesional no Médico	6.300.351	276,6
Consultas y Controles por Odontólogos	5.849.350	256,8
Consultas de Urgencias	3.674.600	161,3
Exámenes de Laboratorio	10.854.083	476,5

Fuente: MSDS Consolidados Servicios Diagnósticos. 1997

- **Prevención de la Salud: Vacunación**

Exceptuando la vacunación con B.C.G. (Bacilo Calmette-Guérin), que alcanzó una cobertura de 99,5% durante el año 2000, las coberturas de vacunas tradicionales (Trivalente bacteriana, Anti Polio y Trivalente viral), no superaron los estándares

internacionales de 95,0%, reportándose ese año coberturas de 77,2%, 86,0% y 83,7% respectivamente. A partir del 2000, se incorporaron en el esquema oficial las vacunas Anti Hepatitis B, Anti Haemophilus influenza y Anti Malárica. Las coberturas para éstas resultaron inferiores al 50% debido, en parte, a retrasos en su llegada al país y en la distribución nacional.

A partir de 1999, el MSDS impulsó el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral de la salud. A tal efecto, se propusieron las siguientes acciones:

1. Integrar la acción de los programas de salud hacia los grupos poblacionales por edad y grupos familiares con énfasis en las acciones de promoción de la salud, prevención de factores de riesgo, detección temprana de enfermedades y tratamiento precoz y oportuno.
2. Crear y perfeccionar los sistemas de referencia y contrarreferencia en la red de servicios y definir operacionalmente los niveles de complejidad de los establecimientos, a fin de adaptarlos al perfil epidemiológico y a las condiciones de vida de la población venezolana.
3. Establecer nuevas modalidades de gestión de los servicios ambulatorios para implantar el modelo de atención integral.
4. Impulsar proyectos de formación integral de los recursos humanos en salud, para que respondan a las necesidades de la población y a la política de salud.
5. Fortalecer la vigilancia de los problemas de salud, enfatizando el análisis de la situación de salud, las investigaciones de causalidad, los estudios de impacto de los servicios y la vigilancia epidemiológica, sustentadas en la detección de

grupos de riesgo de acuerdo a variables nutricionales, de condiciones de vida y de cualquier otra predisposición.

V. 4.b) Nivel Secundario de Atención

Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de hospitalización del subsector público prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario. Según su categoría los hospitales se clasifican en Tipo I, II, III y IV, de acuerdo a diferentes características entre las que destacan población a servir, número de camas y nivel de complejidad.

Hospital Tipo I: se encuentran ubicados en poblaciones de hasta 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 60.000 habitantes. Tienen entre 20 y 50 camas y están organizados para prestar los servicios de medicina, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia.

Hospital Tipo II: se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 100.000 habitantes. Tienen entre 50 y 150 camas y están organizados para prestar servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Hospital Tipo III: se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 400.000 habitantes. Tienen entre 150 y 300 camas y están organizados para prestar servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Hospital Tipo IV: se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes, con un área de influencia demográfica superior al 1.000.000 de habitantes. Tienen más de 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Los hospitales con mayor capacidad de resolución asistencial se encuentran en la ciudad capital y en las capitales de los Estados. Los hospitales reflejan una baja utilización en el total de egresos²².

En general la capacidad de resolución asistencial de los hospitales es precaria, está muy difundida la cultura de atenderse siempre por la guardia y de no concurrir a los consultorios externos de las especialidades, lo que origina demoras en la atención de hasta 8 horas para casos simples como Faringitis, Enterocolitis, Síndrome gripal, entre otros; las listas de espera para cirugías y atención ambulatoria son extensas y es frecuente la carencia y la insuficiencia de algunos insumos esenciales para la atención de las personas, por lo que en algunos casos la población debe pagar por esos insumos para que pueda ser atendida correctamente. Con el fin de hacerle frente a esta problemática, se conformó una Comisión Nacional coordinadora del abordaje de la problemática hospitalaria. Ésta goza de relativa autonomía y de apoyo político y financiero y ha logrado identificar los principales problemas y formular proyectos para atenderlos con soluciones en el corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo se contrataron servicios privados y se establecieron convenios con países amigos, como por ejemplo Cuba, lo que causó un conflicto de envergadura con la Federación Médica de Venezuela, que

²² OPS; Perfil del sistema de servicios de salud de la República Bolivariana de Venezuela; Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud; 1a. ed., 20 de octubre de 1999; 2a. ed. 14 de mayo de 2001.

incluso derivó en varios paros, incluyendo los llamados de “Hora Cero”, (cuando se abandonan las guardias de los hospitales), lo que repercutió negativamente en la población, en detrimento de la imagen negativa de los profesionales médicos.

Estos convenios permitieron aliviar las necesidades de atención inmediatas que no podrían ser resueltas en la red oficial. Adicionalmente, se asignó una partida extrapresupuestaria importante para el equipamiento y fortalecimiento de la infraestructura en hospitales seleccionados y se formuló una propuesta de marco legal y administrativo para permitir el desarrollo de la autonomía de gestión (ver páginas 37-38).

La mayoría de los hospitales disponen de algún tipo de sistema computarizado de información para la contabilidad de costos y recursos humanos, no así para la gestión clínica y/o administrativa.

No obstante, recientemente el MSDS ha iniciado el desarrollo de un sistema de información para la gestión de hospitales, basado en el WINSIG/OPS²³. La propuesta consiste en el desarrollo de un módulo de gestión de hospitales dentro del SISMAI (Sistema de Información del Modelo de Atención Integral), que se viene promoviendo para los establecimientos ambulatorios, de modo que en el mediano plazo se cuente con un sistema de información único. Se inició el desarrollo de esta herramienta en cinco hospitales del Distrito Federal y cinco del Estado Bolívar y se espera expandirla en todo el país al término del año 2003.

²³ El WINSIG es la versión para Windows del Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para dar una mejor respuesta a los actuales enfoques y prácticas emergentes de la gestión de los servicios de salud específicamente orientados a la eficiencia con calidad.

VI. LOS SEGUROS Y LA SEGURIDAD SOCIAL

VI. 1. Los seguros privados

Con el transcurrir del tiempo, el hombre ha estado sometido a una persistente evolución física, espiritual, institucional, emocional e intelectual. En esta medida han nacido nuevas instituciones y nuevas figuras y actores de la seguridad social, ahorro y seguro.

El hombre y sus bienes han estado constantemente sujetos a peligros, imprevistos en sus causas e irregulares en sus resultados, es decir, está amenazado por numerosos riesgos, los cuales provienen de la *incertidumbre* en cuanto a los sucesos.

El deseo de evitar conlleva al nacimiento de una necesidad; la importancia y la extensión de esas necesidades varían en el tiempo y en el espacio, según los individuos y según los medios; el carácter, la educación, la clase social, las hacen sentir con intensidad variable.

VI.1.a) *Antecedentes del seguro privado*

El origen del seguro puede remontarse al valle del Tigris y el Eúfrates hace 5000 años aproximadamente, cuando los vendedores de los productos que se generaban en Babilonia debían dejar a los dueños reales de los mismos en forma de “custodia” “a su mujer y a sus hijos” “como un seguro para evitar que estos vendedores se quedaran con

la ganancia de la venta de sus productos”, y no la entregaran²⁴. Algunos vendedores preferían quedarse con el producto de la venta en los países que visitaban, mientras que otros, realmente honestos, eran hurtados o asaltados, lo cual hacía que se les aplicara la resolución por la cual los dueños de los productos se quedaban con las mujeres y los hijos de los vendedores. Esto generó la llamada *revolución de los vendedores* y, como los hombres de negocios necesitaban tanto a los vendedores como éstos a aquellos, se llegó al acuerdo de que si se demostraba que el hecho de la pérdida de los productos no se debía a un auto - robo, sino a hurto por parte de terceros, el vendedor era liberado de la deuda impuesta. Por lo tanto, se decidió mantener el sistema de seguros a través de la esposa e hijos, pero no se ejecutaba éste si se probaba su inocencia.

Este mecanismo se trasladó luego a Fenicia y a todos los barcos que de allí salían. Los griegos, a posteriori crearon el sistema más moderno de cobertura de riesgo de transporte marítimo. El dueño de un barco tomaba un préstamo hipotecando su embarcación y no estaba obligado a devolver el dinero al prestamista en caso de que el barco no llegara intacto al puerto.

Aún cuando los orígenes antiguos del seguro puedan seguirse hasta las épocas antes descriptas, el seguro como se conoce hoy, comenzó en el siglo XIV, con la creación, en Flandes, de la primera compañía de Seguros en el año 1310, cuando las comunidades o grupos constituyeron sus asociaciones para cubrir riesgos marinos, industriales, robo, muerte y cobertura de gastos de entierro. Para la mitad del siglo XVII

²⁴ Para la confección de esta reseña se utilizaron las siguientes fuentes: Jenkins; d. y Yoneyama, T.; *The History of insurance*; Ecobook; Nro. 8. Además: jvseguros.tripod.com.ve/index/id6.html; www.vacs-seguros.com.ar/vsc_n003.asp (abril, 2003).

se había perfeccionado el seguro marítimo, y se desarrollaron el seguro terrestre y la empresa aseguradora. No existía, ni era usado el seguro sobre personas.

La versión moderna del seguro comenzó en Gran Bretaña. En Londres empezó a esbozarse el seguro de vida, cuando los marinos, queriendo asegurar su viaje, colectaban firmas de personas que asumían parte del riesgo, realizándose apuestas acerca de la seguridad o no de un viaje.

Esto degeneró en una especie de juego de azar, apostándose sumas de dinero importantes sobre la vida de los grandes personajes. Por eso, los hombres sensatos de la época reprobaron tal sistema, por lo que lograron prohibir tales contratos a los fines de acabar con los abusos, fraudes y crímenes. Luego, se extendió dicha prohibición a otros países.

Para 1774, el Gambling Act declaró lícito el seguro de vida, siempre y cuando el contratante tuviera interés en la persona o bien asegurado y no como sucedía antes, que se apostaba a la duración o no de la vida de determinada persona, ya que se conocían sus hábitos, condiciones de salud, etc. Aquí es donde por primera vez apareció, luego de la certificación del interés asegurable, el papel de los primeros médicos examinadores de Seguros de Vida, quienes establecían el estado de salud del futuro asegurado y los “underwriters” (aseguradores, suscriptores) estampaban su firma sobre el riesgo, ya no del banco sino sobre la vida de una persona. El seguro de vida se convirtió así en una realidad y es cuando por primera vez comenzó a establecerse un seguro sobre la vida de las personas.

A través del tiempo, el dominio de aplicación del seguro fue extendiéndose donde quiera que una necesidad futura o eventual se revelara. Donde hubiere un riesgo,

había, en principio, lugar para el seguro. En la medida en que el mundo evolucionaba y los riesgos se multiplicaban, crecía el sentimiento por la previsión y se afirmaba con más vigor el anhelo de seguridad. Los siguientes eventos son significativos para ilustrar este proceso:

- * En Estados Unidos, en 1798, el US Marine Hospital Service estableció por vía del Congreso deducciones compulsivas de los sueldos de los marinos a fin de cubrir los gastos hospitalarios.
- * En 1847, apareció la primera compañía de seguros que cubría enfermedades y que fue llamada “The Massachussets Health Insurance Company of Boston”.
- * En 1850, se registró el primer seguro de accidente individual, también en Boston, a cargo de una compañía denominada “Franklin Health Assurance Company of Massachussets”.
- * En 1851, se creó la primera versión de una asociación mutual en San Francisco, California, que se llamó la “Societé Francaise de Bennefeisance Mutuelle” y estableció un hospital para brindar cuidados a sus miembros.
- * En 1929, apareció el primer HMO en los Estados Unidos, denominado “Roos-Loos Clinic”; ese mismo año, un grupo de profesores hizo un arreglo con el Hospital Baylor de Texas para la atención a este grupo de personas, a un costo predeterminado y en forma mensual (Sistema Capitado).
- * La depresión económica que sacudió a los Estados Unidos estimuló la necesidad de cobertura médica en una forma impresionante, apareciendo en el año 1930 Blue Cross y en 1939, Blue Shield, cuyo origen se remonta a la experiencia arriba descrita del Baylor Hospital.

VI.1. b) *Origen del seguro privado en Venezuela*

Si se compara con otros países -como Inglaterra, Italia, Francia, Estados Unidos-, el seguro es relativamente joven en Venezuela. Si bien fue utilizado esporádicamente aún en tiempo de la Colonia a juzgar por las regulaciones contenidas en las Leyes de Indias, no fue hasta 1886, justamente hace 117 años, que surgió la primera compañía de Seguros en Venezuela, que con el nombre de C.A. (Compañía Anónima) de Seguros Marítimos del Zulia, la misma fue fundada en la ciudad de Maracaibo.

Se señala como nota curiosa el hecho de que la primera compañía surgiera en Maracaibo y no en Caracas.

En 1893, se creó la primera compañía en Caracas con el nombre de “La Venezolana”, que al fundarse en 1914 la “C.N.A. de Seguros La Previsora”, se fusionó con ésta última, perdurando hasta el presente año fundamentalmente con los estatutos que le dieron su origen.

En 1925, nació en Caracas una compañía con el nombre de “La Fénix”, creada con el principal objetivo de explotar el ramo de seguro de automóviles, que para esa época constituía un importante medio de locomoción y transporte.

En 1930, con el auge petrolero, Eduardo Valencia estableció la primera agencia para una compañía extranjera dedicada al seguro de vida, la “Pan American Life de New Orleans” y en 1931, se estableció la primera agencia de una compañía de seguros inglesa en Venezuela, la “Sun Insurance Office Ltd.”, que actuaba en el ramo de riesgos

generales. En ese mismo año se fundó “C.A. de Seguros Ávila” y en 1932 “La Prudencia” que fue liquidada en 1935.

Para 1940, había en Venezuela diez compañías de seguros, de las cuales cuatro eran nacionales y seis agencias eran sucursales de compañías extranjeras. La primera póliza de hospitalización para grupos fue emitida en Caracas, Venezuela por Cruz Azul en 1948.

VI. 2. El seguro social

VI.2. a) *Antecedentes históricos del seguro social*

Para fines del siglo XVIII con la Revolución Francesa, comenzó en Europa un movimiento social que miraba hacia la revisión de sus estructuras organizativas y los tradicionales conceptos de limosna, caridad, mutuo auxilio, beneficencia y asistencia social. Aconteció curiosamente que en la evolución histórica del siglo XIX se especulaba con el sentimiento de solidaridad y nació así la aplicación de los Seguros Privados para proteger la vida ante la contingencia de los riesgos. Fue este hecho - asociado a avanzadas teorías sobre los accidentes de trabajo, tales como la “teoría de la culpa”, la “teoría de la culpa con inversión de la prueba” (Europa, 1983) y la “teoría del principio del riesgo profesional”, todas señalando hacia la responsabilidad del dueño de empresas en forma absoluta y compartida con el trabajador- el que promovió, por fuerza misma de las circunstancias y el alto costo de los seguros privados de accidentes, el

nacimiento del Seguro Social como la más importante empresa de Seguridad Social en el escenario de la revolución industrial del siglo XIX.

El Sistema de los Seguros Sociales nació en Alemania en 1883 como una respuesta de conciliación social a las protestas de la clase trabajadora contra la explotación de la burguesía empresarial en la Europa Industrial de finales del siglo XIX. Quedaban atrás las Cofradías, las Sociedades de Socorro Mutuo y las Leyes de Beneficencia que, como formas incipientes de ayuda social, se habían ensayado entre los siglos X y XVIII.

El Tratado de Versalles en 1919 promovió concepciones socioeconómicas que dieron origen a la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T). De la VIII Asamblea de la O.I.T nació la Asociación Internacional de Seguridad Social en 1927, que tenía por objetivos la defensa, promoción y desarrollo de la Seguridad Social en todo el mundo y que agrupaba a Instituciones Oficiales encargadas de la Seguridad Social.

La Declaración de Filadelfia del 10 de mayo de 1944, cuando ya se acercaba el fin de la Segunda Guerra Mundial, proclamaba que “...la pobreza en cualquier lugar constituye un peligro para la prosperidad en todas partes...”, y el informe de Sir William Beveridge en Noviembre de 1942, el cual daba origen al Sistema Inglés de Seguridad Social que se considera como el instrumento más completo de la historia evolutiva de esta materia y constituye un gran avance en las reivindicaciones sociales²⁵.

En América, siguiendo el ejemplo de Europa, se estableció el Seguro Social en Argentina en 1904 y más tarde en Cuba, Brasil, Ecuador, Chile y, sucesivamente, en casi

²⁵ <http://www.monografias.com/trabajos/iso9000/iso9000.shtml>: Ricardo Nugent; *La Seguridad Social: Su Historia y sus Fuentes* (Noviembre, 2002); <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/139/36.pdf> (Noviembre, 2002); www.ops.org.ni.

todos los países Iberoamericanos (natural de alguno de los países de América que antes formaron parte de los reinos de España y Portugal). La carta del Atlántico que recoge la esencia de lo discutido por las potencias mundiales de aquella época (Agosto, 1941) y en cuyo documento consagra que “...el deseo de las naciones de lograr la prosperidad económica mediante la estrecha colaboración de los pueblos con la puesta en marcha de mejores condiciones de trabajo para establecer sistemas de seguridad social...”, es seguida en 1942 por la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social realizada en Chile y en 1944 por la ya mencionada Declaración de Filadelfia.

VI.2.b) *Antecedentes del seguro social en Venezuela*

Hace 184 años, el Libertador Simón Bolívar dijo en el Congreso de Angostura en 1819: “el mejor gobierno es aquél que es capaz de proporcionar mayor estabilidad política, mayor suma de seguridad social”. Era la primera vez que se pronunciaba en América la frase “Seguridad Social” y quizás la primera vez que se invocaba en el mundo como forma de vivir²⁶.

En Venezuela, muerto el dictador Juan Vicente Gómez en Diciembre de 1935, el Congreso de la República sancionó la Ley del Trabajo (1936) que en el artículo 127 consagra la necesidad de aplicar el Seguro Social Obligatorio. En 1938, un eminente técnico actuarial en calidad de Consejero de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), el Dr. Antonin Zelenka de origen Checoslovaco y autoridad mundial en esta materia, estableció las primeras bases para el régimen del Seguro Social para

enfermedad, maternidad, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo en Venezuela.

El 9 de octubre de 1944, apareció el Seguro Social en Venezuela con el nombre de Instituto Central de los Seguros Sociales con la infraestructura de una Caja Regional para el Distrito Federal y el Distrito Sucre del Estado Miranda con la cobertura de los riesgos de Enfermedad, Maternidad, Enfermedades profesionales y Accidentes. En 1946, la Junta Revolucionaria de Gobierno, con facultad para legislar, dejó sin efecto, por Decreto, la Ley que creó el Instituto Central del Seguro Social y establecía el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Fue el Presidente Betancourt quien le imprimió este rango universal a la nueva Institución. En 1967, bajo la presidencia del Dr. Raúl Leoni entró en vigencia la Ley Orgánica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y su Reglamento General, creando las pensiones de vejez, invalidez, sobrevivientes y nupcias, con un régimen contributivo que iba del 2 al 4% para los trabajadores y del 7 al 9% del salario para las empresas y un mínimo de 1,50% del total de salarios sujetos a cotización por el Estado. Esta cifra contributiva del Estado no fue modificada por mucho tiempo, y sólo sirvió para cubrir los gastos de primeras instalaciones, construcción, gastos administrativos, dotación y mantenimiento de equipos (Art. 69 de la Ley del Seguro Social vigente).

Para junio de 2002 el Seguro Social tenía una cobertura de apenas el 35,8 % de la población general y cinco estados, a saber: Distrito Federal, Miranda, Carabobo, Bolívar, Zulia, Nueva Esparta, Lara, Falcón. Todos ellos poseen cobertura horizontal, es decir

²⁶ López Contreras; “El primer programa social”; en Revista venezolana de Economía y Ciencias Sociales; N° 4; Octubre-Diciembre 1997, Caracas.

están cubiertos totalmente por el seguro y cerca de cuatro millones de trabajadores informales sin cobertura vertical, es decir están cubierto parcialmente y contra reembolso.

En el resto de los estados, el IVSS no tiene prestadores propios ni privados, por lo que los trabajadores, a pesar de que hacen los aportes correspondientes, no poseen cobertura médica, debiendo, en los casos de urgencia o por maternidad, las empresas privadas donde están empleados los trabajadores hacerse cargo de los gastos.

VI.3. Marco referencial de los seguros y la salud en Venezuela

La Cámara Aseguradora de Venezuela señala que para Julio de 2003 existían en el país un total de cuarenta y dos compañías aseguradoras, cantidad que comenzó a disminuir a partir de 2001, cuando en ese entonces había cincuenta y tres compañías, con una diversidad de seguros posibles, dentro de los que el seguro de personas, y de éste, la cartera de Hospitalización Cirugía y Maternidad, ocupaban un lugar preponderante.

Además, existe la Cámara Venezolana de Corretaje de Empresas de Seguros, con cincuenta y siete empresas asociadas, que integran el núcleo de empresas que realiza contratos para las compañías de seguros, y en algunos casos toma a su cargo la administración de los mismos; es decir, actuaría como una gerenciadora de nuestro país, con una marcada diferencia: en la gestión de las mismas se observa ineficacia en el gerenciamiento del sistema de salud.

Esta diferencia está dada, por ejemplo, en que no poseen una fuerte auditoria interna y no existe la auditoria médica de terreno; no brindan servicios de Emergencias

Médicas ni tampoco servicios de Internación Domiciliaria; no ofrecen cobertura Odontológica ni de Farmacias y, sobre todo, no existe el control sobre el costo médico ni el gerenciamiento de enfermedades crónicas, entre otros, (Adolece de control de la gestión Asistencial).

Esta proliferación, aunada a la imposibilidad de recibir un servicio médico público satisfactorio, sin riesgos posteriores para la salud, obligó a que los venezolanos busquen nuevas formas de atención médica o sistemas alternativos de salud, estableciéndose una fuerte demanda en las clínicas privadas y en la adquisición de una póliza de seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) por lo que la demanda por este tipo de pólizas se incrementó.

De la misma forma se observa un incremento en los costos clínicos y los niveles de inflación generales.

Las empresas privadas contratan para sus empleados pólizas de HCM a empresas de seguros, en forma colectiva, con lo que le otorgan un beneficio a sus empleados a costos más o menos razonables, dado el volumen de personal, y porque en algunos casos, algunas empresas al tener al mismo corredor de seguros, se unen para realizar la compra, lo que genera una disminución en los costos debido a que el corredor ofrece el contrato a diversas compañías de seguros con las que trabaja. Además, los organismos del estado pueden realizar contrataciones en el sector privado, tal como se analizará más adelante en este estudio.

La industria aseguradora venezolana ha incursionado con éxito en este campo, con esquemas muy parecidos a los que operan en Estados Unidos, pero con una gran desventaja, y es que para ellos todo el sistema de cuidados médicos se hace efectivo a

través de los seguros médicos convencionales y que, además, toda la masa poblacional se halla cubierta u “obligada” a tener seguros médicos. Se puede señalar que la penetración de los seguros médicos privados en Venezuela obedece a un fenómeno bien distinto de lo que ha ocurrido en otras partes del mundo, donde el sistema se planificó de una manera diferente desde el principio. Lo que se observa en Venezuela es consecuencia de una inadecuada organización, planificación y prestación de servicios en el área de la asistencia médica de la población venezolana debido fundamentalmente a los siguientes factores²⁷:

A. Disminución de la calidad del sector público:

- Disminución de las finanzas
- Disminución de la cantidad de médicos con experiencia, debido a que se han pasado al sector privado, por lo que cada año que transcurre disminuye la calidad de la formación de los nuevos médicos; y por lo tanto no hay docentes calificados en las Universidades Públicas.
- Disminución del número de ingresos financieros al sector

B. Expansión de la medicina privada:

- Mayor fuga de profesionales mejor preparados al sector privado
- Mayor exigencia de los sectores medios y altos de la población
- Mejoría del nivel de vida en las zonas urbanas
- Desaparición del médico de cabecera, (tal como se conocía en nuestro país hace 50 años) con escasa o nula llegada a los domicilios de los pacientes, debido a los crecientes problemas de seguridad.

²⁷ Fuente: entrevista a Manolo Centeno, Director de Cuidamed H.M.O. Seguros.

C. Incremento en la educación de la población:

- Conocimiento de las experiencias en otros países
- Exigencias laborales
- Información a través de Internet

D. Percepción de la industria aseguradora:

- Presencia de un mercado poco explotado
- Equivalencia con otros sectores de la industria

E. Modificación del sistema de reembolso:

- Contratación con clínicas
- Preadmisión
- Cartas compromisos²⁸

Las pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) dan lugar a indemnizaciones por la atención médica, hospitalización y/o intervenciones quirúrgicas que fueren necesarias, a las cuales deba someterse el asegurado por enfermedad, accidente o embarazo, originados durante la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma, una vez transcurrido el plazo de espera estipulado en el contrato de la póliza.

Un alto porcentaje de las personas que adquieren la póliza de seguros HCM en la actualidad, lo están haciendo con el único propósito de cubrir los gastos médicos hospitalarios, cuyos costos se hacen prácticamente impagables; *es decir, las compañías de seguros están comprando siniestros en lugar de riesgos y muchas de éstas pólizas,*

²⁸ Fuentes: entrevista varias; para Contratación con clínicas: Pablo Pulido, Manolo Centeno, Radames López, Guillermo Alonzo León, Aurora Zurilla, Rolando Moreno Calvo; para Preadmisión: Juan Carlos Lovera, Mario García San Emetrio, Victor Rodríguez.

una vez usadas para los fines que fueron contratadas, no son renovadas, originando fuertes pérdidas a las mismas.

Las crisis de los hospitales públicos agravada por la falta de recursos económicos para la salud, ha incidido en el incremento de las primas, llegando al extremo en que este tipo de seguro en los actuales momentos, más que una necesidad debido a los altos precios que se cobran por cualquier intervención quirúrgica en una clínica, se puede considerar un verdadero lujo, debido a lo costosas que éstas resultan. El estudio del riesgo de enfermedad en una cartera de seguro se ha hecho complejo debido a la inflación, a los diferentes precios en el costo que tienen las clínicas, a la disparidad en los precios de los honorarios médicos, etc, en la actualidad, ya que el riesgo de enfermedad se cuantifica como los costos monetarios incurridos al sufrir una enfermedad.

Para el seguro HCM, el análisis del riesgo de enfermedad está basado en el estudio de los valores esperados del monto de los reclamos, los cuales a su vez son medidos por un estudio de costos clínicos clasificados por rubros, que permiten establecer un modelo para el cálculo de la tarifa, cuantificando el riesgo y estableciendo una prima.

El seguro HCM tiene su fundamento en ofrecer la satisfacción de la necesidad de protección del asegurado ante una enfermedad o accidente imprevisto. En virtud de ello, ameritaría mantener un seguimiento de los costos clínicos para proporcionar coberturas acordes con la realidad, implementándose en algunas compañías, a partir del 2002.

VI.4. Visión y asistencia de la salud en el ámbito privado a través de las compañías aseguradoras en Venezuela

Las compañías aseguradoras en Venezuela ofrecen dos tipos de pólizas, las denominadas pólizas a riesgo y los programas administrados. Las pólizas de riesgo pueden ser individuales y/o colectivas, no así los programas administrados los cuales siempre serán colectivos.

Las pólizas son calculadas en base a análisis actuarial del riesgo:

Pólizas a riesgo: en el caso de las individuales, se establece un monto por cobrar al asegurado, el cual dependerá de la carga familiar, de la edad de los beneficiarios a ser asegurados y si dicha póliza tendrá cobertura de maternidad o no. Una vez obtenido el monto por cobrar, el 40% se debe cancelar al momento de iniciar la póliza y el resto se puede financiar, en general, en seis o nueve cuotas. Todas las pólizas presentan plazos de espera (que pueden variar de cuatro hasta diez meses) y no cubren enfermedades preexistentes, conocidas o no, siempre y cuando se pueda demostrar la evolución de la enfermedad; esto es así para el primer año de contrato de la póliza. Al renovar la misma en su segundo año, los plazos de espera son superados pero continúan sin cobertura las enfermedades preexistentes hasta la próxima renovación. La eliminación de los anexos de preexistencia queda a potestad de la compañía, donde se evalúa el tipo de enfermedad, quedando pendiente si la patología pudiera o no originar secuelas, si hay control médico al paciente, si éste cumple con los tratamientos indicados,

etc. Se verifica, por último, la siniestralidad de la póliza, para constatar si procede la renovación de la misma.

Al momento de solicitar una emisión de póliza, y si el asegurado proviene de otra compañía aseguradora, es responsabilidad del asesor de seguros (productor de seguros o sociedad de corretaje) el pedir el otorgamiento de la póliza. Esta solicitud debe hacerse dentro del mes de gracia. De no ser así, el asegurado perderá los beneficios que gozaba en la póliza anterior.

En cuanto a las renovaciones, se pueden hacer ajustes por siniestralidad, así como decidir si procede la renovación de la póliza o no por parte de la compañía aseguradora. Se puede solicitar el aumento de la suma asegurada, la eliminación de los anexos o el incremento del deducible por parte del asegurado, siempre quedando sujeto al análisis por parte de la compañía aseguradora.

Al analizar la situación de “las pólizas a riesgo colectivas”, las políticas de suscripción son muy similares, salvo que las condiciones son determinadas por el productor o sociedades de corretajes previo acuerdo con la empresa. Y es sobre la base de esos lineamientos que las compañías aseguradoras elaboran una cotización, la cual es entregada a la empresa que requiere de los servicios para que sea analizada y aprobada en caso de que estén de acuerdo. Hay que hacer la salvedad de que este tipo de póliza, cuando corresponden al estado o a dependencias del gobierno, deben de ser contratadas a través de una licitación pública. La asignación de la cuenta a una empresa aseguradora depende, en estos casos, de la mejor cotización. Este tipo de póliza por lo general posee un ajuste de siniestralidad para compensar las altas, bajas y el uso indiscriminado de la

misma²⁹. Los fondos que se manejan con las pólizas que hemos comentado es el dinero de la empresa aseguradora, que se mantiene a través del cobro de primas, documentos y las inversiones propias de la empresa. En general, son las propias compañías aseguradoras las que financian las cuotas de la póliza por medio de financieras creadas por ellas mismas, con tasas de interés que en la actualidad llegan a un 25-30%. Se ha observado una disminución de la tasa de interés, que por Ej. En el año 2001, llegaba al 50%. En la actualidad, debido a que no hay mercado libre de divisas, y con un dólar oficial a 1600 Bs. Se produce un aumento del circulante, por lo que la tasa de interés se encuentra en los valores arriba mencionados, acompañado de una importante disminución de la actividad económica, por lo que hay menos tomadores de crédito en plaza.

Los programas administrados: como se mencionó anteriormente, éstos siempre son colectivos. Las políticas para los programas administrados son las mismas que las de las pólizas colectivas a riesgo, pero con la gran diferencia de que se manejan los fondos propios de las empresas contratantes. Simplemente la aseguradora se encarga de administrar los fondos asignados por la empresa y de ofrecerles los beneficios con las diferentes clínicas y proveedores con los cuales mantiene relaciones laborales.

²⁹ Hazaar Moral implica que, cuando los individuos que cuentan con algún seguro médico, son propensos a utilizar una mayor cantidad de servicios asistenciales. Este fenómeno se explica por la reducción en el precio de los servicios médicos que enfrentan los individuos una vez contratado el seguro.

La ganancia para las compañías aseguradoras radica en el cobro de honorarios profesionales por el manejo de los fondos y la utilización de los beneficios que se presta, tal como lo gestionan algunas consultoras en nuestro país.

Todas las pólizas presentan un amparo o suma máxima asegurable variable, que es el monto máximo por el cual la compañía responde ante cualquier incidente o patología que el asegurado presente, siempre y cuando esté amparada bajo las condiciones con que fue emitida dicha póliza. También presentan un deducible variable, que corresponde al monto mínimo a partir del cual la compañía aseguradora se hace responsable de los gastos incurridos por el asegurado siempre que estén amparados. Este deducible actuaría como un coseguro, pues es la suma que los asegurados deben pagar; además, poseen un porcentaje de reembolso que en la mayoría de los casos es del 100%.

Ejemplo de modalidad operativa de este tipo de reintegro:

Amparo: U\$S 14.500*

Deducible: U\$S 145

Porcentaje de Reembolso: 100%

El paciente presentó como diagnóstico Hernia inguinal atascada y se le realizó la Hernioplastia con colocación de malla por un costo de U\$S 1300. Al momento de indemnizar el siniestro se procedió de la siguiente forma:

$$\$ 1300 \text{ U\$S} - \text{U\$S } 145 = \text{U\$S } 1165.$$

Si el paciente paga esta cifra, es reembolsada por la compañía de seguros en un 100%.

**Dólares estadounidenses.*

En la actualidad está más difundida la cobertura sin deducible y con reembolso, porque el asegurado debe abonar primero y luego solicitar el reintegro. Las Compañías de Seguros notaron una disminución en el precio final por la negociación en términos duros que realizan los beneficiarios con las clínicas.

Ahora bien, con relación al manejo práctico de una póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, las compañías aseguradoras cubren la mayoría de las enfermedades. Esto ocurre gracias a que, según el condicionado, siempre hay patologías que estarán excluidas, por ejemplo: VIH/SIDA o tratamientos médicos como esterilizaciones quirúrgicas, cirugías estéticas, etc.

Hay que mencionar también que, al suscribirse una póliza de H.C.M, se parte de un principio básico, que consiste en creer en la buena fe de los asegurados al momento de llenar la planilla de salud exigida por la compañía aseguradora para poder estudiar la solicitud y analizar si procede o no la emisión de la póliza. Éste es el punto crítico de toda compañía aseguradora, por lo cual, procederemos a su explicación.

En un porcentaje muy importante, la mayoría de los asegurados que requieren una póliza de H.C.M. por primera vez, presentan una enfermedad o patología (aguda o crónica) que no había dado sintomatología. Es, en ese momento, cuando deciden adquirir una póliza de seguros para que le cubra la enfermedad. El seguro no funciona para cubrir enfermedades que de alguna forma se están padeciendo. Es por eso que puede ocurrir que el asegurado “altere” la planilla de declaración de salud, omitiendo las enfermedades que está padeciendo, para que la compañía de seguros le cubra dichas enfermedades. En algunos casos, cuenta con el apoyo del asesor de seguros, porque lo que le interesa al productor es cobrar la comisión correspondiente por la emisión de la

póliza. En algunos casos, es el asesor de seguros mismo quien llena la planilla de declaración de salud de los asegurados, desconociendo las enfermedades que puedan padecer los beneficiarios. No obstante, la misma es firmada por el asegurado, como declaración jurada.

En función de esta práctica tan difundida, y para ser lo más objetivos posible, se debería realizar un examen médico integral antes de la emisión de cualquier póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, pero surgen algunos inconvenientes; el más importante se refiere a quién asumirá la responsabilidad de abonar el examen médico: ¿el solicitante de una póliza de seguros o la compañía aseguradora?

Una Empresa de Medicina Prepaga que comenzó a funcionar en Octubre de 2001 -cuyos accionistas son los dueños de la mayor empresa de Emergencias Médicas de Caracas y que en la actualidad cuenta con aproximadamente 1200 grupos familiares- realizaba a todas las personas que deseaban asociarse un examen médico que incluía: rutina de laboratorio, PSA (Antígeno Prostático), Hepatograma, Perfil Lipídico; Radiografía de Tórax Frente y Perfil, radiografías de toda la columna, examen cardiológico que incluía además ECG y Ergometría, examen Proctológico, examen Ginecológico en la mujer y examen Prostático en el hombre, además, por supuesto, de revisar al futuro beneficiario desde el punto de vista clínico. Además, como política empresarial, no se afiliaba a nadie mayor de 50 años.

En los pacientes cuyos exámenes arrojaron determinaciones normales se procedía a su afiliación, y los costos de los mismos eran absorbidos por la empresa. Los pacientes cuyos exámenes eran anormales, debían hacerse cargo de abonar la totalidad de los mismos y no eran aceptados como afiliados.

Desde el punto de vista del solicitante, éste alegará que se trata de un requisito de la compañía; desde el punto de vista de la compañía aseguradora, sería un requisito para determinar el estado de salud del solicitante y determinar si es asegurable o no. En caso de que la persona fuera asegurable, el costo del examen se recargaría al costo de la póliza, incrementándose la misma. Ahora bien, teniendo en cuenta que el costo promedio de una póliza de H.C.M. para una pareja sin hijos y con cobertura de maternidad (tomando una póliza de 5.000 dólares de amparo, más 10.000 dólares de exceso, con 150 dólares de deducible, con el 100% de reembolso) daría un costo básico aproximado de 300 dólares anuales por persona, quedando distribuidos de la siguiente forma: 600 (300 U\$S por persona) $\times 40\% = 240$ dólares, que es el costo de la cuota inicial, quedando un resto a abonar de seis cuotas de 54 dólares más intereses. Pero, ¿sería el costo básico y el valor agregado por el examen integral soportable por el asegurado?

En general, el precio de la póliza se obtiene mediante el estudio de los datos médicos históricos por parte de los usuarios, más el cálculo actuarial de la siniestralidad posible.

Este método incluye, entre otros, los siguientes aspectos:

1. Determinación de la tasa de uso por tipo de servicios: laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, estudios especiales, consultas médicas, uso de emergencias, consumo por servicios de cirugía, porcentaje de internaciones.
2. Determinación del costo promedio por cada uno de los eventos por grupos arriba citados.
3. Proyección del consumo en el período a determinar (cálculo actuarial).

4. Determinación de la inflación y otras variables macroeconómicas en el período a cubrir.
5. Determinación de los costos administrativos de la empresa.
6. Determinación de los costos de venta (comisión de los corredores, gastos de cobranza, gastos de Marketing en general y otros).
7. Margen de ganancias estimado de la empresa.

En todos los casos, la prima pura de riesgo (costo médico) no debe ser mayor del 65% promedio, siendo éste un dato muy importante para Venezuela, es decir que la siniestralidad no debe ser mayor de 0,65 dólares por cada dólar que se cobra, pues los gastos administrativos promedio de mercado son del 14% al 16%, más el 15% de gasto de ventas, quedando del 4% al 6% de ganancia para la empresa.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta el factor tiempo para suscribir la póliza, que puede incluso tardar un promedio de hasta quince o veinte días. En la actualidad, la suscripción es inmediata una vez que se cumplen los requisitos mínimos exigidos por las compañías. Entonces, se tiene que contar con la buena fe del asegurado al momento de llenar la planilla de declaración de salud de la compañía aseguradora.

El otro punto importante a considerar es el asesor de seguros o sociedad de corretaje, quienes muchas veces no explican al asegurado el correcto manejo de una póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, haciendo hincapié en sus bondades y exclusiones. En general, éstos se limitan a vender un producto que no favorece al asegurado ni a la compañía aseguradora, interesándose sólo en el cobro de la prima que le corresponde (es decir, su comisión). Las Compañías abonan las comisiones de la misma manera que las cobran, esto es, si cobran mensualidades, van pagando las

comisiones mes a mes. Si alguien deja de abonar la cuota, el corredor o la sociedad de corretaje no cobran la comisión correspondiente. Si pagan la totalidad de una vez, los corredores o las sociedades de corretaje cobran toda la comisión en una sola vez³⁰.

En este marco, es importante crear conciencia de responsabilidad y ética al momento de realizar el trabajo que les corresponde, es decir, el ofrecer y vender pólizas de H.C.M.

La pregunta clave aquí sería: ¿a quién le corresponde tomar el correctivo? (ver GLOSARIO). En primera instancia, a la compañía aseguradora; por otro lado, a la Superintendencia de Seguros. Pero, ¿qué hacer con la ética y moral de los productores, puesto que los vendedores “mienten” mucho en el alcance de los beneficios a otorgar al asegurado, por una parte y, por la otra, falsean datos a las compañías de seguros?

Por último, hay que considerar la actitud del propio asegurado, debido a que en muchos casos por voluntad propia no declaran enfermedades o patologías que están padeciendo y se aseguran por el hecho de que -por tratarse de enfermedades que le ocasionan gastos elevados o deben realizarse procedimientos quirúrgicos que implican costos no soportables por el enfermo- deciden asegurarse para que la compañía aseguradora asuma un riesgo cuantificable económicamente.

Hoy en día se está comenzando a implementar por parte de las compañías aseguradoras, la instalación de policonsultorios, donde se practican exámenes físicos a todos aquellos asegurados que deban practicarse una cirugía electiva con el fin de determinar si el paciente posee realmente la patología por la cual desea operarse, descartar que no se trata de cirugías estéticas, corroborar que se trate del mismo

³⁰ Fuente: entrevistas a Manolo Centeno, Radames López, José Castellanos, Fránklin Roa, Juan

asegurado inscripto en la póliza y, en algunos casos, poder determinar la evolución de la enfermedad.

Se debe considerar también la actuación y la modalidad de abordaje a las clínicas privadas, debido a que los costos son muy elevados y no hay control sobre el cobro de honorarios profesionales.

Cuando un paciente concurre a la guardia, generalmente es internado por lo menos un día y en muchos casos es pasado a la unidad de Terapia Intensiva. Las estadísticas que manejan las compañías de seguros son las siguientes por Ej: cada 100 pacientes que concurren a la guardia de las clínicas para ser atendidos por crisis hipertensiva, son internados alrededor de 95 (para la cultura venezolana, un registro de 170/100 de tensión arterial es considerado como crisis hipertensiva y, por lo tanto, pasible de internación), y por cada 100 pacientes con asma bronquial que van a la guardia, son internados alrededor de 80 a 85 pacientes. Además, se observa sobreprestación, sobrefacturación, implementación de aumentos de los valores en el baremo (nomenclador) en forma indiscriminada y unilateral, etc., en la facturación enviada por las clínicas, trayendo como consecuencia un gasto adicional que se refleja al momento de liquidar la factura final. Esto puede estar ocurriendo por el temor del médico de “perder” al paciente-asegurado, pudiendo haber “manipulación” del informe médico. Las compañías aseguradoras poseen “visitadores médicos” que se entrevistan con los médicos tratantes, con el asegurado y con las personas encargadas de la administración, para tratar de controlar lo descrito anteriormente. Se consideran como

visitadores médicos debido a que no tienen ninguna formación en auditoría médica, tal como se conoce en nuestro país.

Por lo demás, los seguros privados financian los aumentos de sus gastos mediante el incremento de las primas o modificando la relación financiera y de cobertura de riesgos entre la empresa, el asegurado y el prestador de los servicios. Así ha aparecido el sistema de reembolso, en el cual el usuario paga al prestador servicios a costos pautados entre el paciente y el prestador, y la empresa de seguros reembolsa esos gastos sobre la base de un baremo preestablecido, tal como ha sido explicado en las pag. 69 – 70.

Finalmente, hay que consignar que los datos cuantificados expresados en el trabajo sobre pólizas, reembolsos, etc., toman como base para el cálculo del dólar la cotización al 30 de Julio de 2003 (1 dólar = 2125 Bolívares, promedio entre el mercado oficial y el paralelo).

VI.5. Algunas observaciones con respecto al gerenciamiento

Las Compañías de Seguros, de acuerdo con la información obtenida en las entrevistas realizadas con los actuarios de las mismas, expresan que pierden dinero con las pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad. Los favorece el hecho de financiar el importe de las mismas a través de financieras creadas por la misma compañía, cobrando el importe total de las mismas en el momento de la firma de la póliza. Así, a través del manejo financiero del dinero logran márgenes de ganancia aceptables.

Los gerentes de H.C.M. son en su mayoría Actuarios y Licenciados en Administración especializados en el área de salud y, en menor medida, Contadores y Abogados. Los pocos médicos que hay en las compañías de seguros en general tienen funciones administrativas y no tienen poder de decisión. Solo una pequeña minoría, tiene el cargo de Director Médico.

En Venezuela se ha formado la Asociación de Gerentes de Salud en el año 2000, es decir, que es de muy reciente aparición a la fecha. Por otra parte, existen dos Universidades que imparten cursos de gerencia en salud, una de ellas en el sector público y la otra en el sector privado. Pero los profesionales egresados de estos cursos no tienen o tienen muy poca inserción dentro del sector de las Compañías de Seguros. Es por eso que las clínicas, según mi criterio, actúan en forma abusiva, debido a que en el sector del seguro no encuentran un interlocutor válido, al ser los representantes actuarios y no médicos, cuestión que no ocurre con la única Prepaga importante de Venezuela que es la ya citada Sanitas, de origen colombiano, cuyos directores son en efecto médicos.

Esta Prepaga ha logrado posicionarse fuertemente en el sector privado debido a su gran poder económico y también a sus habilidades para negociar contratos con clínicas y prestadores médicos individuales, logrando que acepten las clínicas convenios modulados, sea por día / cama o por patologías, y con los acuerdos prestacionales de los médicos a través valores muy por debajo de lo que les abonan las Compañías de Seguros, tal como se explicó previamente.

Por otro lado, no existe la auditoria médica de acuerdo a los conceptos de nuestro país. No hay formación académica a tal fin, a pesar de la existencia de esta necesidad.

Las compañías de Seguros aumentan generalmente las pólizas cada 4 meses, debido a la inflación y al incremento en los siniestros. Se ha comenzado a notar, sobre todo por parte de las empresas contratantes, y menos por las asegurados individuales, que estas exigen pagar un monto fijo, y que no sufra aumentos, por lo expuesto anteriormente. No buscan métodos alternativos modernos para bajar los costos, sino que simplemente incrementan el valor de la póliza, con la consiguiente disminución progresiva de la cartera de asegurados. No obstante, cabe considerar que los costos en dólares son sumamente elevados. La tabla que se ofrece a continuación presenta un panorama comparativo de dichos costos.

**Tabla XIV. Comparación de valores en el mercado de la salud.
Argentina – Venezuela. Promedios 2002-2003
en dólares estadounidenses**

Procedimiento	Argentina	Venezuela
Internación en UTI*	380	1.000
Tomografía Axial Computada de cráneo	47	125
RMN de cerebro	94	200
Cirugía Laparoscópica de Vías Biliares**	850	3.000
Consulta a un especialista	40	40
Día de internación clínica en piso***	208	375

* Unidad de Terapia Intensiva; por día; en Clínica Tipo A. No incluye honorarios médicos.

** Incluye honorarios médicos.

*** Incluye: pensión en UTI y en habitación individual con baño privado; exámenes complementarios de laboratorio, radiología; ecografías, ecodoppler blanco y negro y color, ergometrías, holter de dos canales; prácticas médicas de diagnóstico de baja complejidad de las diferentes especialidades (eje, espirometrías, electroencefalograma, etc.); estudio de medicina nuclear y cámara gamma nomencrados; laboratorio bacteriológico (cultivos y antibiogramas de uso habitual); materiales descartables habitualmente utilizados en procedimiento diagnóstico y terapéuticos en Piso, UTI y pediatría; anatomía patológica nomencrada; derechos de alimentación enteral y parenteral (excepto lo mencionado en las exclusiones).

Fuente: Venezuela: Dr. Pablo Pulido, Dr. Manolo Centeno; Argentina: SIMECO Sistema Médico del Consejo Profesional de Ciencias Económicas; Octubre 2003.

Considerando estos ejemplos de elevados costos, *lo que se observó es que no se mira hacia adentro de la empresa para reducir los costos, sino que se aumenta automáticamente la prima*. La póliza no da cobertura de farmacia en ambulatorio, pero tampoco se intenta crear una red de farmacias con descuentos por encima de lo corriente, con el fin de atraer más clientes. Como persiste la libre elección, ante mi sugerencia de reducir la red de prestadores y negociar mejores contratos, obtuve como respuesta (En varias entrevistas realizadas) que es “imposible”, porque ello traería aparejada la pérdida de la cartera. Así, parece impensable establecer un servicio de Internación Domiciliaria dado que los médicos tratantes se opondrían. Adicionalmente, las clínicas solicitan autorización o “clave de acceso” a las compañías, para internar al paciente. Si el médico de guardia o el actuario la niega, los empleados de la clínica le informan al beneficiario que su compañía de seguros le niega la internación, produciéndose entonces un conflicto de importancia, que concluye casi siempre cuando la compañía de seguros autoriza la internación, en principio por un día, para evitar conflictos con su asegurado.

De esta manera, evidencia la falta de eficiencia y calidad de procesos dirigidos a la atención del cliente.

VII. REFLEXIONES, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

VII. 1. Reflexiones finales

En función a lo analizado en este estudio, podemos observar que la crisis económica que afecta a Venezuela desde hace más de diez años es mucho más grave y profunda de la que se refleja en los datos estadísticos que suministran las diversas entidades oficiales del país. Su repercusión se evidencia en los daños que se han ocasionado en la población (de índole social, económica, entre otros), que son de una magnitud tal que, si bien algunas corrientes políticas lo ven como irreversible, otras sostienen que tales daños son recuperables.

Según los datos suministrados por la encuesta de hogares de la Oficina Central de Estadística e Informática (O.C.E.I.) y por la encuesta de hogares del Ministerio de la Familia, las comparaciones entre principios de la década de los '80 y la recién finalizada década de los '90, pueden resumirse de la siguiente manera: para el año 1982, el 10,3% de los hogares vivían en pobreza extrema y el 22,3% en pobreza crítica. Para finales de la década del 90, la situación era de 25,1 % en hogares de pobreza extrema y 16,9 % en pobreza crítica. Los resultados de los cálculos destacan una disminución leve de la pobreza crítica, pero un aumento de la pobreza extrema superior cercana al 200%.

Como consecuencia de estos datos se infiere que, para el año 1999, vivían en situación de pobreza en este país el 42 % de la población. Según estimaciones del INE para el segundo semestre del año 2001, la pobreza ha descendido hasta un 39,04% (tomando como referencia el 43,9% del segundo semestre de 1998) y a 14,04% para la

pobreza extrema, según los Indicadores de Pobreza cuyos resultados se encuentran en el Programa de Mediciones de Condiciones de Vida y para el profesor Riutort, de la Universidad Católica Andrés Bello, ascendería a un 62,4% (con respecto al 57,6% del segundo semestre de 1998)³¹ en conjunto por haber aumentado considerablemente, en vista del incremento desmesurado del desempleo en este período, y a la disminución del salario real de los trabajadores, debido a que los relativamente pequeños aumentos de salarios no se correlacionan con el creciente aumento del costo de la vida, sobre todo en los artículos de primera necesidad, y en los servicios de salud. Tenemos así dos estimaciones que, utilizando la misma metodología y las mismas fuentes de información, presentan diferencias en cuanto a la tendencia que pronostican para el período, sin que las variaciones que nos muestran (ambas en el orden de los 4 puntos) puedan considerarse estadísticamente contundentes; sin embargo, la magnitud en la que sitúan los niveles absolutos de pobreza (62,2 de la UCAB contra 39,1 del INE) es sensiblemente diferente³².

Toda esta masa cada vez más creciente de pobres, junto con importantes capas de la clase media, constituyen la clientela habitual de los hospitales públicos y otros centros dispensadores de salud, lo cual se ha convertido en un factor turbulento en la prestación de servicios médicos de esas instituciones.

La cada vez más frágil estructura hospitalaria venezolana, con todas las deficiencias que la caracterizan, no ha sido capaz de atender, ni siquiera a medias, a la

³¹ La pobreza en el trienio 1998-2001. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Universidad Católica Andrés Bello. Matías Riutort es Economista y Jefe del Departamento de Investigaciones Económicas del IIES. Este artículo ha sido tomado de la Revista Temas de Coyuntura, No. 45, Junio 2002.

³² Fernández; J.L.; *La pobreza. Apuntes para una agenda necesaria*. Coordinador Proyecto SISTEEM (INE/PNUD); 10 de Junio de 2003.

multitud de pacientes que se ven obligados a solicitar sus servicios. Esto ha ocasionado una crisis que afecta las prestaciones de servicios médicos, casi al borde del colapso, y que se refleja en apretada síntesis en lo siguiente:

- examen médico deficiente, debido entre otras cosas, a que el exceso de pacientes transgrede el porcentaje mínimo de tiempo aconsejado por la ciencia médica contemporánea y por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención adecuada de los pacientes (30 minutos para la primera consulta y 20 minutos para las subsiguientes);
- dificultades y, con frecuencia, imposibilidad de practicar los exámenes de laboratorio y de radiología indispensables para un diagnóstico correcto, por no existir o por encontrarse dañados, instrumentos o aparatos.

El bajo rendimiento del giro / cama en los hospitales (largos períodos de internación, rotación inadecuada de las mismas, retardo en la ejecución de exámenes de diagnósticos, entre otros) determina que el número de camas disponibles aparezca como inferior al número de pacientes que requieren internación, razón por la cual muchos de ellos, incluso en condiciones graves, tienen que esperar durante meses para internarse, con perjuicios a veces irreparables para su salud. Esta situación adquiere características dramáticas en los “Hospitales de Maternidad”, en donde es frecuente ver el doloroso espectáculo de dos parturientas compartiendo una misma cama, entre otras condiciones deplorables.

La imposibilidad de suministro de medicamentos a los enfermos por carencia de ellos o porque su existencia es manifiestamente insuficiente para cubrir los requerimientos, es un hecho que se agrava si se considera que la gran mayoría de los

pacientes (niños, adultos, ancianos) y sus familiares no tienen la capacidad económica de adquirir los medicamentos necesarios para la curación de los enfermos. Esto se pone más aún de manifiesto en la actualidad debido al aumento desmesurado del precio de los mismos.

La violación de elementales normas de higiene en muchos hospitales y centros de salud, debido a la insuficiente limpieza, hacen que se encuentren sucios y descuidados. Además, hay que agregar el mantenimiento deficiente de las instalaciones y construcciones de los mismos, lo cual trae como consecuencia que surjan graves fallas, poco tiempo después de haber sido contruidos y dotados del instrumental necesario.

Las causas que han generado la grave crisis que afecta las instituciones prestadoras de salud de este país, con algunas de las dolorosas consecuencias que acabamos de resumir, son múltiples y complejas, y tienen raíces económicas, políticas, sociales, culturales, éticas, médicas y administrativas, por lo que es conveniente hacer una síntesis de ellas³³:

1. Venezuela es una nación de aproximadamente 24.632.000 de habitantes³⁴, con una población mayoritariamente pobre, subdesarrollada y económicamente dependiente. A este factor estructural de dependencia económica se agrega la inmensa deuda externa que ha contraído el país a partir del año 1975 y que continúa acrecentándose en la actualidad. Para el pago, por lo menos, de los intereses de esa deuda, el Fondo Monetario Internacional obliga al Estado Venezolano, a destinar buena parte de su renta petrolera, a tales fines, razón por

³³ Fuente: entrevistas Dr. Pablo Pulido, Dr. Manolo Centeno.

la cual los presupuestos asignados a satisfacer las necesidades sociales de la población, entre ellas la preservación y restitución de la salud, son cada vez más insuficientes.

Por tanto, debe considerarse como causa fundamental de la crisis de la salud que afecta al país el hecho de que Venezuela sea una nación subdesarrollada, económicamente dependiente y con una de las más altas deudas por habitante del mundo.

2. El gobierno Venezolano ha destinado buena parte de los ingresos del país a pagar la deuda y sus intereses. Eso explica por qué las partidas asignadas al área de la salud pública, sean proporcionalmente cada vez menores, cuando por el contrario aumentan las asignaciones destinadas al pago de la deuda externa, para fines militares o para los fondos reservados.
3. La corrupción administrativa ha contribuido al deterioro de la salud pública. Basta señalar que lo antedicho, conjuntamente con la delincuencia, constituyen los dos flagelos más graves que afectan a la sociedad venezolana. Ésta se ve reflejada, en el área de salud, por los deficientes controles que existen tanto en la administración central, como en los entes descentralizados. La mala administración en los hospitales y centros de salud se pone de manifiesto en el personal administrativo de escasa instrucción (fruto del clientelismo político) y en la insuficiente dotación y mantenimiento de los equipos, indispensables para que una institución proveedora de salud pueda funcionar normalmente. El hurto

³⁴ Según los datos obtenidos para el año 2001 de acuerdo a la OMS. De acuerdo al último censo del 2001, realizado por el Instituto Nacional de Estadística de Venezuela, la misma es de 23.054.210.

y/o la apropiación indebida, según el caso, de instrumentos y aparatos, muy costosos y sofisticados, de la ropa y medicamentos que tienen gran valor en el mercado, es moneda corriente. En estos hechos delictivos incurren algunos funcionarios, profesionales, empleados y trabajadores en todos los niveles; aun cuando constituyen una minoría, su número aumenta progresivamente debido a los bajos salarios devengados, a la deficiente vigilancia, a la no aplicación de sanciones por estos hechos y a la falta de sistemas de gestión que permitan control por oposición.

Un flagelo muy difundido es el ausentismo laboral que llega al 32,85% en promedio general y a nivel enfermería al 11,65%, en promedio. Esta información se obtuvo de la mayoría de las entrevistas realizadas: con todos los entrevistados surgió el tema y por lo general se explica esta problemática en función de que se trata de un “problema cultural” no resuelto, relacionado con la cuestión de la responsabilidad frente al trabajo, no sólo en el ámbito público sino también en el privado.

La falta de definición de una política de salud adaptada a la realidad sanitaria, cultural y socio-económico de este país es relevante, además de que se observa la inmovilización progresiva del sector a expensas de dos condicionantes básicos:

- El gasto público limitado, absolutamente desproporcionado e insuficiente para progresos y acciones dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de la mayoría de los ciudadanos.
- La gestión inadecuada de las estructuras y recursos que conforman los sistemas

tanto de administración y control como los de prestación de servicios de salud, como expresión directa de la aplicación inadecuada de políticas sanitarias emanadas desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. De hecho, la participación en el presupuesto de la Nación del gasto público dedicado al sector salud ha disminuido desde el 14% en 1980 al 8,6% en 1995, para ascender a 11,6% en el año 2000³⁵.

- El desarrollo de los programas de salud, anteriormente sustentados en una clara y definida doctrina sanitaria, ha sufrido los efectos adversos de la falta de continuidad y del excesivo partidismo.
- La desorganización administrativa y la falta de coordinación efectiva entre múltiples instituciones que prestan servicios de salud trajo aparejado con la consiguiente dispersión de esfuerzos, mala utilización de los recursos y un incremento desmesurado de los costos.
- El evidente desequilibrio en la asignación de los recursos financieros destinados al sector salud, con una inversión predominantemente dirigida a las actividades curativas en desmedro de los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, motiva que todavía se encuentre elevada la incidencia y prevalencia de enfermedades susceptibles de un control sanitario eficaz, mediante la aplicación de técnicas sencillas y de bajo costo.
- La necesidad de revisar el modelo de la organización asistencial que se ha concentrado en los establecimientos hospitalarios, minimizándose la atención de los niveles primarios y secundarios, dándose mayor énfasis a la asistencia

³⁵ OPS, <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm> (Marzo, 2003).

especializada, en lugar de la atención primaria de la salud.

- El insuficiente desarrollo de la red de centros ambulatorios, urbanos y rurales en los niveles primarios, que hagan directa y fácilmente accesible por los usuarios los servicios médicos básicos. Tal situación, contribuye notablemente a que la población acuda directamente a los centros hospitalarios con el consiguiente congestionamiento de los mismos, largas colas de espera e incapacidad para lograr una jerarquización apropiada de los servicios y la sectorización de la población a ser atendida.
- El costo creciente de equipos, material médico quirúrgico, suministros, medicamentos y otros insumos básicos para la prestación de los servicios de la salud, en relación con el progresivo aumento de los precios y la crisis económica actual, que ha rebasado la capacidad presupuestaria de las instituciones públicas y acentuado la inaccesibilidad de gran parte de la población, en especial de los sectores de menores recursos, a los servicios médicos privados.
- Las políticas de formación de personal profesional técnico y auxiliar, que no están determinadas por las necesidades de los servicios de salud ni guardan relación con las posibilidades reales del mercado de trabajo. Contrariamente a lo que se preconiza, se acentúa la tendencia de dar prioridad a la formación de los médicos especialistas, en lugar de estimular el favorable desarrollo de la medicina general y del médico de familia, lo cual permitiría expandir en breve plazo el nivel de la atención médica primaria. Es importante destacar la alta calidad profesional de los Médicos Venezolanos. También es llamativo el casi nulo registro de quejas por parte de los pacientes con relación a la atención

médica. No obstante el sistema de gestión no evidencia la implementación de encuestas de satisfacción en los hospitales.

En ocasiones se atribuye al gremio médico una alta cuota de responsabilidad por el mal funcionamiento de los servicios de salud del sector público en general y del Ministerio de Sanidad en particular, partiéndose del criterio de que son los médicos quienes tienen la facultad de decidir sobre los distintos aspectos técnicos y de salud, cuando en realidad existe, como se ha señalado, una compleja gama de factores y circunstancias que de una u otra forma comprometen la prestación oportuna y eficiente de los servicios médicos de la población.

Los gastos totales en salud y educación, tanto los que realiza el sector público como el privado, disminuyen, en términos per cápita, a cifras similares a las de comienzos de los años '70. Sin embargo, al examinar la composición de esta erogación, se observa que el gasto privado representa más de la mitad partes del total en 1999³⁶, mientras constituía sólo la cuarta parte del mismo al comienzo del lapso reseñado. La conclusión evidente, tomando en cuenta la caída en el gasto público en servicios educativos y médico-asistenciales comentada previamente, es que *el Estado Venezolano ha abdicado de sus responsabilidades de prestar y/o financiar adecuadamente los servicios referentes a la educación y la salud de la población, obligando a las familias a asumir una proporción creciente de los mismos con sus propios recursos.*

En los últimos tiempos se ha desencadenado un progresivo deterioro de los servicios médico-asistenciales. El dinero presupuestado por la Nación, así como el retenido para contribuir con el mantenimiento de los servicios médico-asistenciales

³⁶ OPS, 2003.

empezó a consumirse en el pago de abultadas nóminas (Relación nominal de los individuos que en una oficina pública o particular han de percibir haberes y justificar con su firma haberlos recibido según la Real Academia Española)³⁷, los medicamentos comenzaron a escasear, el material quirúrgico desaparece o se daña, el espacio físico es rebasado por el crecimiento de la población; en definitiva, los hospitales públicos fracasan y el Seguro Social colapsa. Como consecuencia, los servicios de salud privada y los gastos que la población destina a ellos crecieron rápidamente por haber encontrado un espacio de acción en la prestación de servicios de salud, producto de la baja capacidad resolutoria y de calidad de los servicios ofrecidos por el sector público. Esta mayor participación del sector privado se financia básicamente a través de los gastos médicos directos por parte de la población.

Adicionalmente, en los establecimientos públicos han surgido mecanismos de recuperación de gastos, a través de la autogestión, similar al modelo establecido en Argentina, aunque su implementación es muy difícil, los cuales trasladan parte de los costos a los pacientes, que no se encuentran asegurados. Esto es así, porque los pacientes con seguros privados concurren generalmente a Establecimientos Privados.

De acuerdo a consultas efectuadas a reconocidos profesionales vinculados al sub sector privado de la salud, los hospitales privados o clínicas representan alrededor del 20% de todas las camas disponibles en Venezuela, lo que estaría dando una cifra de alrededor de 8.000 camas. Este sector no está organizado en grupos, sino que compiten entre sí, por lo que existe muy poca información disponible acerca de sus características y cualidades generales. Lo que sí se reconoce es que se trata de instituciones con fines de

³⁷ www.derechos.org.ve/situacio/informes/anual/9/DSalud.html (Marzo, 2003).

lucro, ya que éstas se financian a través del cobro de los servicios prestados y los honorarios profesionales de los médicos.

Por otra parte, las clínicas están mejor dotadas en términos de equipos y tecnología respecto de los hospitales públicos, siendo el principal indicador de su eficiencia el promedio de permanencia de un paciente hospitalizado, que oscila entre cuatro y cinco días, mucho menor del que se registra en los hospitales, que es de 15 a 18 días. Otro indicador relevante de la eficiencia de las clínicas lo constituye la tasa de ocupación de camas que excede el 70%, a diferencia de los hospitales públicos, en los que desciende año a año para llegar en la actualidad al 60%³⁸. Se llega este porcentaje ocupacional debido a que son las camas disponibles y habilitadas estimándose en un 40% más las camas que se encuentran fuera de servicio debido a las causas señaladas con anterioridad. El promedio de estadía oscila entre los 15 y 18 días, mientras que en el sector privado es de 4 a 5 días.

La diferencia más importante entre las clínicas y los hospitales públicos radica en que éstos últimos atienden fundamentalmente emergencias, mientras que las clínicas se dedican en mayor proporción a intervenciones denominadas electivas, ya que éstas en su mayoría pueden ser planificadas, para una fecha determinada con un médico específico y en una clínica en particular.

En resumidas cuentas, hemos podido observar los siguientes elementos, que son la base para nuestras posteriores recomendaciones:

1. Las Empresas de Seguros a lo largo del período 1970-1998 han presentado una tendencia estable, lo cual se refleja en el índice de siniestralidad.

³⁸ Fuente: entrevistas con el Dr. Manolo Centeno, Dr. Pablo Pulido.

2. El sector asegurador ha obtenido utilidades netas por el orden de:

AÑO	BOLÍVARES	DÓLARES	TIPO DE CAMBIO PROMEDIO
1996	63.183.000.000	133.235.629	474.22
1997	48.339.000.000	98.801.238	489.25
1998	33.315.172.000	60.676.742	549.06
1999	92.876.577.000	153.293.298	605.87
2000	63.609.512.000	92.275.962	689.34
2001	50.799.590.000	68.386.562	742.83

Fuente: Cámara Aseguradora de Venezuela, 2003.

3. La cartera de primas netas cobrada ha mantenido una curva ascendente en los últimos años a pesar del crecimiento inflacionario, notándose, sin embargo, una disminución constante a partir del año 2000.

4. Nótese que el aumento que hubo en el año 1999, coincide con la asunción del Tte. Coronel Hugo Chávez Frías al poder, el 2 de Febrero de 1999, y la expectativa que éste generó en los sectores nacionalistas.

5. Los datos de causas de consulta médicas tienen coincidencia, en general, con los grupos reportados en las primeras diez causas de muerte, además de otras enfermedades, como por ejemplo, las Dermatológicas, las Otorrinolaringológicas, las Ginecológicas, las Oftalmológicas, etc.

6. El sistema de seguros privados propicia la atención de la medicina curativa en forma predominante, por cuanto la mayoría de las Empresas de Seguros no cubre gastos de medicina ambulatoria ni preventiva.

7. Se desvirtúa el principio de la atención primaria como base fundamental de los sistemas de salud.

8. El ejercicio médico de los seguros privados es costoso y varía de acuerdo a la especialidad, el lugar donde se ejerce y la categoría de la clínica.
9. Por su parte, el Estado no satisface las expectativas de la población relacionadas con la calidad de los servicios de atención médica.
10. Las Empresas de Seguros tienen estimaciones de costos tabuladas en forma más o menos rígida que no toman en cuenta las diversas circunstancias y las variables que inciden en la atención médica.
11. Algunas pólizas del ramo Hospitalización, Cirugía y Maternidad, no cubren en su totalidad los costes reales de la asistencia médica privada.
12. Existe una sobreutilización de los beneficios previstos, lo que genera erogaciones mayores, lo cual incrementa a su vez los costos y, por consiguiente, las primas.
13. Se desconocen algunos aspectos administrativos y éticos que rigen la aplicación de los seguros de salud, por parte de médicos, asegurados, clínicas y de las propias compañías de seguros, lo cual favorece la existencia de irregularidades, particularmente en cuanto atañe al pago de beneficios, cobro de servicios y determinación de los regímenes tarifarios para honorarios médicos. Las Compañías de Seguros se encuentran supervisadas por la Superintendencia de Seguros, que depende del Ministerio de Finanzas, de la que no se pueden obtener muchos datos.
14. La atención médica de hospitalización es realizada en clínicas con desigual nivel de complejidad.
15. Las compañías de seguros, aseguran grupos de personal, con sus familiares, sin una adecuada evaluación del punto de partida de su riesgo.

16. Las compañías aseguradoras también “desconocen” en buena parte el total del universo cubierto.

17. Las aseguradoras compiten en el mercado utilizando las pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad como argumento de venta, para lograr coberturas más lucrativas, aceptando en algunos casos, pérdidas en dichas pólizas en función de otros propósitos financieros por parte del grupo empresarial.

18. Al no tener gerentes médicos con formación en gestión, se realizan convenios a los valores que determinan las clínicas y por prestación, lo que encarece enormemente el valor de cada hospitalización.

19. Ante la ausencia de auditores médicos formados, las clínicas y los médicos actuantes en ellas llevan a cabo todo tipo de abuso, como por ejemplo: registrar sobreprestaciones; tratar de hacer pasar por cirugías de O.R.L. (septumplastía) y cirugías abdominales, a aquellas que en realidad son cirugías estéticas; cobrar honorarios exagerados; internar como emergencias patologías simples como cefaleas (por Hipertensión Arterial), simples aumentos de Tensión Arterial (180-100), diarreas, etc. Estas internaciones tienen una duración de por lo menos un día, encontrándose casos en que los pacientes son llevados a U.T.I. (Unidad de Terapia Intensiva), etc.

20. No existe una red de centros ambulatorios de primer nivel.

VII. 2. Recomendaciones

El estar consciente de que los recursos que invierte el estado venezolano en el sector médico asistencial son insuficientes, ha obligado a los venezolanos a buscar nuevas formas o modelos de asistencia médica. Este hecho justifica la importancia de generar investigaciones que permitan hacer un diagnóstico de la situación a fin de buscar nuevas formas de cobertura y a fin de brindar a la población una correcta y oportuna atención asistencial.

En función de lo antedicho, estas observaciones nos permiten establecer un panorama sobre el cual es factible establecer una serie de recomendaciones como las que siguen. A los fines propuestos en este estudio, entonces, podemos establecer que es necesario:

1. Contratar médicos con antecedentes y formación gerencial, otorgándoles poder de decisión en las áreas relacionadas a la materia.
2. Incluir en la cobertura de las empresas aseguradoras servicios de atención médica ambulatoria y medicina preventiva, emergencias médicas y atención médica domiciliaria, así como la atención de enfermedades actualmente no cubiertas, exámenes de laboratorio y otras técnicas exploratorias y terapéuticas, sin que ello incremente en forma exagerada el importe de las mismas.
3. Desarrollar el servicio de Médicos de Cabecera e Internación Domiciliaria, Cuidados Paliativos.
4. Realizar contratos capitados o modulados, para compartir el riesgo entre las compañías aseguradoras y las clínicas.

5. Preparar los contratos y pólizas de seguros con una redacción suficientemente clara y explícita que no deje dudas sobre los beneficios a ser concedidos a los asegurados.
6. Hasta que se apruebe la Ley Orgánica de Salud que regula a las empresas de medicina prepagada, se puede realizar un examen médico de todo titular y dependiente previa aceptación del interesado con el fin de identificar riesgos y contribuir a la claridad de los contratos y la mejor prestación de servicios.
7. Rediseñar y ofertar pólizas más flexibles con una mejor información para el usuario.
8. Presentar coberturas de servicios con prestaciones opcionales: Odontología, Ambulatorio, Ambulancias, Óptica, etc.
9. Estudiar planes de financiamiento del sistema.
10. Fomentar la capacitación médica continua de los contratantes.
11. Desarrollar un sistema de costos por patologías
12. Normatizar los procesos administrativos: reclamos, facturas y liquidación, entre otros.
13. Contratar auditores formados para realizar auditorías administrativas y fundamentalmente de calidad.
14. Introducir el Tablero de Comando y Control, para el manejo de la empresa.
15. Actualizar los Sistemas Informáticos.
16. Introducir la Gerencia de Atención al cliente.

Puede considerarse que, de no lograr buenos resultados con la puesta en práctica de estas recomendaciones, la única solución posible sería, a mi criterio y en base al análisis propuesto, que las Compañías Aseguradoras, solas o con algún tipo de alianza estratégica, compren o construyan una clínica para mejorar sus costos.

En suma, estas recomendaciones que se ofrecen son una base sustentada en el estudio previo, que se completan con la consideración general acerca de que uno de los problemas más importantes del sector de salud en Venezuela en la actualidad se vincula fundamentalmente con la carencia de pautas de gerenciamiento, a su vez relacionada con viejas prácticas improductivas. La experiencias de Sanitas Venezuela, como se señaló en el inicio, fue el disparador para reflexionar acerca de que:

1. La eficientización de los servicios de salud debe estar sustentada tanto en el sector público como en el privado.
2. Una de las principales problemáticas a contemplar es la normalización de los procesos administrativos, y de registro y de control de la información.
3. El mejoramiento del sector debe observar a todos los actores involucrados y sus diversos intereses: el paciente / asegurado; las aseguradoras, los centros y los profesionales de salud y, desde luego, el Estado (sector público).

VII . 3. Conclusión

Del análisis efectuado surge que el diagnóstico de situación del mercado de salud Venezolano presenta características y oportunidades de gerenciamiento “óptimas” para el sector asegurador privado.

De allí que, con visión prospectiva, se pueda decir que se trata de un campo propicio para la inversión que permita la creación de una empresa de Medicina Prepaga con gerenciamiento altamente especializado.

ANEXO METODOLÓGICO

Estrategia metodológica:	Investigación empírica y conceptual.	
Metodología:	Cualitativa.	
Tipo de estudio:	Exploratorio, descriptivo y analítico.	
Corte temporal:	Análisis retrospectivo.	
Técnicas:	Observaciones asistemáticas (sin ejes predeterminados, en función de la información a medida que se iba relevando la misma); Entrevistas semiestructuradas (en base a una serie de ejes a modo de guía, sin cuestionario prefijado).	
Modalidades de entrevista:	Medios de contacto:	
	Personal;	
	Telefónica;	
	Por correo electrónico.	
Universo:	Actores del mercado de salud venezolano.	
Muestra:	Cant. de entrevistas realizadas:	187
	Cant. de entrevistados:	47
	Promedio de entrevistas / entrevistados:	4.06
Período de realización de las entrevistas:	1999-2003	

Fuentes primarias: Libreta de notas;
Diario de campo;
Observación.

Fuentes secundarias:

- Documentos de organismos del Estado venezolano (MSDS, IVSS);
- Documentos de organismos internacionales (OMS, OPS, BM, BID, CEPAL, etc.);
- Datos estadísticos;
- Otras fuentes bibliográficas;
- Páginas Web.

Plan de recopilación de datos:

Cronograma de Actividades Generales a realizar	Duración
Estudios exploratorios (Bibliográficos)	12 meses
Definición del problema, objetivos y desarrollo de base del marco teórico	4 meses
Trabajo de campo: viaje y estadía en Venezuela, elaboración de guía de entrevistas, prueba piloto y diseño definitivo, observaciones a considerar, redacción de notas de presentación	12 meses
Recopilación de información bibliográfica y otros materiales	4 meses
Análisis y procesamiento de datos	4 meses
Redacción del informe final	4 meses

Procesamiento y análisis de datos: Manual.

Tipo de análisis: Análisis de enunciación;
Análisis temático (incluye: preanálisis; exploración del material; tratamiento de los datos obtenidos).

Población de estudio:	Profesionales de la salud y empresarios vinculados al mismo sector; en particular, los relacionados con las prestaciones de seguros médicos (Venezuela, 2001 – 2003).
Muestreo:	No probabilístico intencional.
Criterio de selección:	Por redes (establecimiento de contacto por referencia de otros entrevistados).

Plan de recopilación de datos

Bases de diseño del cuestionario de las entrevistas semiestructuradas: (Guía)

1. ¿Qué opinión tiene del actual Sistema de Salud Venezolano en general, en cuanto a su funcionamiento, capacidad de atención, servicios disponibles?
2. ¿Considera Usted que el financiamiento es adecuado? ¿Por qué?
3. ¿Considera Usted que la política del Ministerio de Salud es la adecuada en lo referente a la atención primaria de la salud? ¿Y en promoción de la salud? ¿Por qué?
4. ¿Qué opinión le merece el equipamiento hospitalario disponible a nivel general? ¿Y a nivel de los Hospitales Públicos?
5. ¿Cuál es su diagnóstico sobre el subsector privado de la salud en Venezuela?
6. ¿Qué opinión le merece el sistema de seguros existente?
7. ¿Cómo cree Usted que se caracteriza la relación de las Empresas Aseguradoras con:
las Clínicas?
los Hospitales?
los médicos?
el Gobierno?
8. ¿Cómo se realizan las actualizaciones de valores del Baremo? ¿Qué opina Usted al respecto?
9. ¿Cuál es su visión prospectiva ante la posibilidad de inserción de una nueva Medicina Prepaga en el mercado de salud venezolano?

Consideraciones complementarias a la Guía (Eje de entrevista)

Con respecto a:

- Organización de sistemas de salud: público, seguridad social, privado (prepagos, seguros, etc.).
- Financiadores. Modelos.
- Proveedores.
- Estadísticas de gastos en salud: pública, seguridad social, privada, % del PIB, gastos per cápita, etc.
- Tecnología actual. Capacidad instalada.
- Modelos de cobertura.
- Modelos de atención.
- Modalidad de pago al médico: acto médico, capacitación, sueldo, cartera fija, co-seguros, otros.
- Cantidad y calidad de profesionales médicos, odontólogos, etc.
- Asociaciones médicas. Estructura y poder.
- Legislación en salud.
- Sistemas de jubilación médica.
- Colegios Médicos. Estructura y poder.
- Matrícula profesional. Recategorización y sistemas de control.
- Sistemas de auditoría médica.
- Distribución de los médicos de acuerdo a especialidades.
- Modalidad de facturación a las clínicas. Por prestación, por módulo, valor día

cama, co-seguros.

- Nomencladores de especialidades.
- Relación cama / 1.000 habitantes.
- Relación dotación de personal por establecimiento (Hospital o Clínica) / cantidad de camas.
- Hospitales Públicos. Cantidad de camas, de médicos, de enfermeras, gasto total, etc.
- Gasto en medicamentos. Vademécum.
- Créditos para la salud y para programas de atención primaria. Prevención y promoción de la salud.
- Sistema de habilitaciones de los establecimientos privados, de los seguros, de los sistemas prepagos. Financiamiento y prestadores.
- Empresas de emergencia. Tipos de cobertura.
- Valor de los planes y alcance de la cobertura por persona, ya sea para sistemas de ambulancia, prepagos, seguros, socios de clínicas. Carencias. Preexistencias.
- Cobertura de la atención de los enfermos oncológicos y de VIH(SIDA).
- Régimen de los médicos en el Hospital y / o en Clínicas.
- Sistemas de internación domiciliaria. Público, privado.
- Alcances de la cobertura Odontológica.
- Sistemas de capacitación y educación.

**GRILLA DE
ENTREVISTAS REALIZADAS
2001-2003**

Nombre	Cargo	Empresa	Dirección	Tipo	Fecha
PABLO PULIDO	ACCIONISTA. ASESOR DIRECTOR EJECUTIVO DE FEPAFEM	CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD	AV. INTERCOMUNAL VIA EL ATILIO CARACAS VENEZUELA	P T E	1999,2000,2001 2002, 2003
YNARA MARTINEZ A.	GERENTE DE RAMOS PERSONAL	C.N.A SEGUROS LA PREVISORA	TORRE LA PREVISORIA, AV. ABRAHAM LINCOLN, PISO 5 SABANA GRANDE, CARACAS, 1050-A, VENEZUELA APDO. POSTAL 848, CARACAS, VENEZUELA	P T	2000, 2001
ERNESTO MONROY	GERENTE MEDICO	NUEVO MUNDO SEGUROS	AV. LUIS ROCHE, 3ra. TRANSVERSAL, TORRE NUEVO MUNDO, URBANIZACIÓN ALTAMIRA, MUNICIPIO CHACAO CARACAS 1062	P T	1999,2000,2001

MIRIAM SPILMAN	VICEPRESIDENTE GENERAL DE PERSONAS	NUEVO MUNDO SEGUROS	AV. LUIS ROCHE, 3ra. TRANSVERSAL, TORRE NUEVO MUNDO, URBANIZACIÓN ALTAMIRA, MUNICIPIO CHACAO CARACAS 1062	P T	1999,2000,2001
JOSE MIGUEL RIVAS	PRESIDENTE	FARMA AHORRO	EDIFICIO FARVACENA, PISO 3, CALLE 8, LA URBINA, APARTADO POSTAL 782082	P	2000
GUILLERMO ALONZO LEÓN	DIRECTOR MEDICO	UNIDAD CLINICO QUIRÚRGICA SANTA ROSA DE LIMA	AV. PRINCIPAL SANTA ROSA DE LIMA, CENTRO INTEGRAL, PENT HOUSE	P T	2000, 2001
AURORA ZURRILA	VICEPRESIDENTE EJECUTIVO	G.R.A.S.P SEGUROS	AV. PRINCIPAL DE LOS RUICES "DIEGO CISNEROS" 3ra TRANSVERSAL, EDIF. LANEX, ANEXO, P.B. LOS RUICES. CARACAS	P T E	1999,2000,2001 2002, 2003
RAFAEL PALOMO SOTO	DIRECTOR MEDICO	SEGUROS PANAMERICAN	AV. SAN JUAN BASCO 3ra TRANSVERSAL, EDIF. PANAVEN, PISO 6, ALTAMIRA, CARACAS	P	2001

JOSE LUIS VALLADARES	GERENTE MEDICO	SEGUROS GUAYANA	AV. FRANCISCO DE MIRANDA CENTRO LIDO, TORRE B, PISO 15, OFICE 151-152. EL ROSAL CARACAS	P T	2000, 2001
OSCAR ROJAS UGUETO	GERENTE GENERAL	SEGUROS HORIZONTE C.A.	AV. FRANCISCO MIRANDA, TORRE LA PRIMERA, CHACAO 1060	P	1999
PEDRO DEL MEDICO	DIRECTOR MEDICO	CLINICA SANTA SOFIA	AV. PRINCIPAL, URBANIZACIÓN SANTA SOFIA, EL CAFETAL, PISO 6	P	2000
ROLANDO MORENO CALVO	DIRECTOR EJECUTIVO	FUNDACIÓN ORTOPEDICA INFANTIL	AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUIAICAPURO, CARACAS DF	P T	1999,2000,2001
ROBERTO ANTONIO DIAZ FIGUERAS	JEFE H.C.M COLECTIVO	SEGUROS MERCANTIL	CALLE PANAMA, AV. LIBERTADOR, EDIF. SEGUROS MERCANTIL	P	1999, 2000
RADAMÉS LÓPEZ	GERENTE COMERCIAL DE NEGOCIOS CORPORATIVOS	SEGUROS VENEZUELA C.A. AIG INTERNATIONAL	EDIFICIOS SEGUROS VENEZUELA, AV. FRANCISCO MIRANDA, CAMPO ALEGRE, CARACAS, VENEZUELA.	P T E	1999,2000,2001, 2002,2003
ROGER A. MILROY	PRESIDENTE	EXCEL	AV. PRINCIPAL DE LOS RUICES, EDIF. OFICENTRO LOS RUICES, P.B, CARACAS	P	2000, 2001

MONICA PIAZZA	JEFE DE OPERACIONES Y MERCADERO	AXXA ASSISTENCE	1ra AVENIDA LOS PALOS GRANDES, EDIF.. ROXUL, PISO 3 OFIC. 31, CARACAS 1062	P T	1999, 2000, 2001 2002
MAURICIO GOLDMBERG	MEDICO PSIQUIATRA		RESIDENCIA GUARDARAMA. APTO 73, AV. PRINCIPAL DE LAS MESETAS SANTA ROSA DE LIMA	P	1999,
MANOLO R. CENTENO	DIRECTOR	CUIDAMED H.M.O SEGUROS	AV. PRINCIPAL DE LOS RUICES CON 3ra TRANSVERSAL. EDIF. LANEX, ANEXO, PISO 1 LOS RUICES. CARACAS VENEZUELA.	P T E	1999, 2000, 2001 2002, 2003
PEDRO LUIS GARMEDINA	PRESIDENTE	SEGUROS BANESCO	AV. FRANCISCO SOLANO LOPEZ CON ESQUINA SAN JERÓNIMO. TORRE CAJA FAMILIA PISO 11. SABANA GRANDE CARACAS	P	2000, 2001
NORAIR HULIAN	PRESIDENTE	ALIA SALUD SOCIEDAD DE CORRETAJE	CALLE GUALCALPURO, EDIFICIO ALLANZA, PISO 1, EL ROSAL. CARACAS 1060	P	2001, 2002

JUAN CARLOS MALDONADO	VICEPRESIDENTE EJECUTIVO	C.N.A SEGUROS LA PREVISORA	TORRE LA PREVISORIA, AV. ABRAHAM LINCOLN, PISO 5 SABANA GRANDE, CARACAS, 1050-A, VENEZUELA APDO. POSTAL 848, CARACAS, VENEZUELA	P T	2000, 2001, 2002
JUAN CARLOS LOVERA	SUB-GERENTE MEDICO	C.N.A SEGUROS LA PREVISORA	TORRE LA PREVISORIA, AV. ABRAHAM LINCOLN, PISO 5 SABANA GRANDE, CARACAS, 1050-A, VENEZUELA APDO. POSTAL 848, CARACAS, VENEZUELA	P T	2000, 2001, 2002
DOLLYS HURTADO WARRICK	COORDINADORA DE MEDICINA COMUNITARIA	CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD	AV. INTERCOMUNAL LA TRINIDAD, EL HATILLO, APDO. POSTAL 80474, CARACAS 1080-A	P T	1999,2000,2001
CARMEN RODRIGUEZ	JEFE BIBLIOTECA	CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD	AV. INTERCOMUNAL LA TRINIDAD, EL HATILLO, APDO. POSTAL 80474, CARACAS 1080-A	P	1999,2000,2001

GEORGE BOCARANDA	ADJUNTO AL PRESIDENTE	CONSEJO DE COORDINACIÓN DE LAS EMPRESAS MENDOZA	EDIF.. LAS FUNDACIONES. AV. ANDRES BELLO CARACAS VENEZUELA	P	1999
MARIO GARCIA SAN EMETERIO	DIRECTOR MEDICO	CLINICA EL AVILA	SEXTA TRANSVERSAL CON AV. SAN JUAN BOSCO. ALTAMIRA. CARACAS. VENEZUELA	P	2000, 2001
CLEMENTINA BAYOT	GERENTE DE RED DE PRESTADORES	SEGUROS CARACAS DE LIBERTY MUTUAL	AV. FRANCISCO DE MIRANDA, LOS PALOS GRANDES. TORRE SEGUROS CARACAS. (C.C. EL PARQUE). CARACAS VENEZUELA	P	1999
MARIO DONOSO	PRESIDENTE	SALUD VALENCIA SAVAL. C.A.	PARQUE RECREACIONAL SUR DE VALENCIA. VALENCIA. VENEZUELA	P T	2000, 2001
XIOMARA LEON	VICEPRESIDENTE. GERENTE DE BENEFICIOS.	MARH. AN MMC COMPANY SOCIEDAD DE CORRETAJE	CENTRO EMPRESARIAL SABANA GRANDE. AV. FRANCISCO SOLANO. PISO 21. CARACAS. VENEZUELA	P T	2001, 2002
CARLOS BRILEMBOURG	PRESIDENTE	NOVA GRUPO MEDICO	PLAZA BRION, EDIF. SEGUROS ORINOCO, PISO 4, CHACAITO.	P T	1999, 2000

JUAN USLAR GATHMANN	PRESIDENTE EJECUTIVO	BANGENTE	AV. BOLIVAR CRUCE CON AV. WASHINGTON, N° 79,CATIA CARACAS 1030 VENEZUELA.	P T	1999,2000,2001
MILAGROS VIDAN	DIRECTOR MEDICO	AGF VENEZUELA ALLIANZ GROUP	AV. ANDRES BELLO, EDIF. ADRIÁTICA DE SEGUROS, CARACAS 1011-A, VENEZUELA	P T	2001, 2002
NANCY GONZALEZ SANCHEZ	DIRECTOR DE ADMINISTRACION	MEDIPREV	AV. PPAL. COLINAS DE BELLO MONTE. EDIF..SUPERMAXY´S, PISO 3	P	2000
FRANKLIN ROA	GERENTE	ROYAL & SUNALLIANCE	CENTRO PLAZA, TORRE "D" 1ra TRANSVERSAL, LOS PALOS GRANDES, CARACAS 1062, VENEZUELA.	P T E	2000,2001,2002 2003
ANIBAL REYES	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	CLINICA FELIX BOADA	CALLE BOLIVAR N° 59, BARUTA	P	2001, 2002
DINORAH ORTEGA	GERENTE MEDICO	MULTINACIONAL SEGUROS	AV. PPAL DE LOS CORTIJOS DE LOURDES, EDIF. TANAMO, P.B.	P	2001, 2002
MICHEL OTAYEK	PRESIDENTE EJECUTIVO	CENTRO MEDICO DOCENTE LOS ALTOS	AV. PRINCIPAL COLINAS DE CARRIZAL SECTOR MONTAÑA ALTA.	P	1999, 2000
REYES ZERPA	DIRECTOR MEDICO	CLINICA ATIAS	AV. ROOSEVELT/AV. EL CORTIJO, LOS ROSALES	P	2000, 2001

RAUL LOTITTO	PRESIDENTE	GRUPO EDITORIAL PRODUCTO	AV. ORINOCO PPAL. DE LAS MERCEDES, EDIF. ACO PISO 7 CARACAS 1080 VENEZUELA	P T	2000, 2001, 2002
MICHAEL MEISER	DIRECTOR FOR LATIN HEALTH CARE DEVELOPMENT	AETNA	151 FARMINGTON AVENUE, RS1K HARTFORD, CT USA	P T E	1999, 2000
JOSE CASTELLANOS	DIRECTOR MEDICO	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PLANINSA C.A	CENTRO INTEGRAL STA. ROSA, PISO 3, SANTA ROSA DE LIMA, CARACAS 1060, VENEZUELA.	P T	2000, 2001
LEOPOLDO HOFFMAN	DIRECTOR	HOLAN & ASOCIADOS SOCIEDAD DE CORRETAJE	AV. LIBERTADOR, TORRE MARACAIBO, PISO 8, CARACAS 1080, VENEZUELA	P T	2001, 2002
LEOPOLDO FIGARELLA	DIRECTOR	WAVECA SOCIEDAD DE CORRETAJE	CALLE 8, EDIF. EL MORRO, LA URBANIA, CARACAS 1060, VENEZUELA	P T	2001, 2002
WILMER SOTO AGUIRRE	PRESIDENTE	SISCA	AV. PANTEÓN, CENTRO CARACAS, PISO 1, OFIC. 1-E, SAN BERNARDINO CARACAS.	P T	1999
VICTOR RODRÍGUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN EMERGENCIA Y DESASTRES	PVDSA	HOSPITAL INDUSTRIAL SAN TOMÉ EDO. ANZOATEGUI	P	2000

WOLFGANG NAHMENS LARRAZABAL	VICEPRECIDENTE DE MERCADEO	CONSALUD 800 C.A	AV. PRINCIPAL DE MACARACUAY, EDIF. TORRES CALIFORNIA, PISO 8	P	1999
-----------------------------------	-------------------------------	------------------	---	---	------

Medios de Contacto:

P = Personal

T = Telefónica

E = E-Mail

Las entrevistas fueron realizadas por motivos de la investigación de este trabajo y por razones profesionales. Las que corresponden al año 2003, fueron realizadas por vía telefónica y por mail.

GLOSARIO

ASEGURADO: Persona que mediante el pago de una prima recibe la protección del asegurador, quien se obliga a indemnizar las pérdidas producidas por un caso determinado.

ASEGURADOR: Es la parte que se obliga mediante una prima a indemnizar las pérdidas o los perjuicios ocurridos a una persona o un bien.

ASEGURAR: Prevenir las consecuencias económicas dañosas de un evento futuro e incierto.

BAREMO: Lista de precios convenida o tabla de costos por procedimientos médicos o quirúrgicos, indicando honorarios médicos, costos de la clínica y exámenes convenidos con la red.(semejante al Nomenclador de nuestro país).

BENEFICIARIO: Es la persona o personas designadas por el asegurado para recibir de la compañía de seguros los beneficios que el contrato de seguros determina.

CARTA COMPROMISO: Documento emitido por la compañía aseguradora, especificando monto máximo a cancelar por siniestro especificado en el mismo.

CERTIFICADO DE SEGURO: Es el documento por el cual un asegurador da fe de la existencia de ciertas coberturas sobre una determinada persona.

CERTIFICADO MEDICO: documento en el cual se recogen los resultados del examen médico practicado a una persona.

COASEGURO: Porcentaje que se descuenta a la cobertura del asegurado

COBERTURA: Objeto o ámbito del amparo a que puede obligarse el asegurador.

COBRO DE PRIMA: cantidad de dinero que se cancela a la empresa aseguradora, para cubrir siniestros durante un año.

COMISION: porcentaje de dinero que se le paga al intermediario de seguro o promotor.

COMPañIA DE SEGUROS: Nombre con el cual se designa a la Entidad o Sociedad dedicada a la práctica del seguro.

CONDICIONADO: Descripción detallada artículo por artículo de los alcances del plan de salud contratado en forma individual o por la empresa, donde figuran las exclusiones de la póliza.

CONTRATO DE SEGURO: Es un contrato mediante el cual una parte se obliga, por una prima, a indemnizar las pérdidas o los perjuicios que puedan sobrevenir a la otra parte en casos determinados o de causa mayor.

CORRECTIVO: Son las acciones para corregir desviaciones de la siniestralidad.

DEDUCIBLE: Cantidad que se establece en algunas pólizas como monto no indemnizable por el asegurador.

EXAMEN MEDICO: Reconocimiento de la persona asegurable, que efectúan con un facultativo, a fin de informar sobre su estado de salud a la Compañía de Seguros, con el objeto de que ésta pueda decidir sobre la aceptación y la tarificación del riesgo.

HOSPITALIZACION: Internación.

INDICE DE SINIESTRALIDAD: Coeficiente o porcentaje que refleja la proporción existente entre el coste de los siniestros producidos en un conjunto y el volumen global de las primas que han devengado en el período tales operaciones.

LICITACION: ofrecer una cosa y/o servicio a subasta, al mejor postor.

PLAZOS DE ESPERA: es el tiempo en días que se toma la empresa aseguradora para comenzar la vigencia de la póliza.

PÓLIZA ADMINISTRADA: es aquella póliza que maneja los fondos del grupo asegurado; los fondos para cubrir siniestros son presentados a la compañía aseguradora y ésta se encarga de racionar los mismos en el lapso de un año.

PÓLIZA DE RIESGO: es aquella que basada en métodos objetivos y en apreciación subjetiva, hace un ente asegurador a fin de determinar porcentualmente el máximo de pérdida que puede tener una Empresa por un determinado acontecimiento y bajo condiciones específicas.

POLIZA: Documento que contiene el convenio o contrato celebrado entre asegurador y asegurado. La póliza puede ser nominativa, a la orden o al portador.

PREADMISION: Verificación de datos del asegurado, por parte del ente que presta los servicios, en la compañía de seguros.

PRIMA: Es la retribución que recibe el asegurador por los riesgos que asume. La prima es elemento esencial del contrato de seguro y se paga íntegramente por adelantado.

REEMBOLSO: Cantidad de dinero que se le reintegra al asegurado una vez que el mismo ha cancelado por servicios recibidos amparados por la póliza.

RIESGO DE ENFERMEDAD: es el objeto que puede sufrir una pérdida.

RIESGO: posibilidad de que una empresa o individuo sufra una pérdida.

SEGURO COLECTIVO: Es un contrato efectuado entre una empresa de seguros y una entidad pública o privada, con el fin de asegurar a un grupo de personas pertenecientes a dicha entidad, y cuyo pago de la prima se efectuará mediante un solo recibo.

SEGURO DE HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y MATERNIDAD: Puede ser individual o colectivo; este último permite reunir en una sola póliza, los seguros individuales de varias personas pertenecientes a una misma empresa, administración,

colegio, etc. El propósito de este seguro es ayudar a cubrir los gastos incurridos de una enfermedad o lesión.

SEGURO: Es la institución económica que elimina o reduce los perjuicios que en el patrimonio de una persona producen determinados acontecimientos fortuitos, distribuyendo aquellos perjuicios sobre una serie de personas en la cual gravita el mismo riesgo, aunque no se haya cumplido.

SINIESTRALIDAD: Es la valoración conjunta de los siniestros producidos con cargo a una compañía aseguradora; en sentido más estricto equivale a la proporción entre el importe total de los siniestros y las primas recaudadas por una compañía aseguradora.

SINIESTRO: Es la ocurrencia del riesgo o realización del evento previsto y garantizado por la póliza.

BIBLIOGRAFÍA

- AHUAD, A.; PAGANELLI, A. y PALMEYRO, A. (1999): *Medicina Prepagada*, Ed. Isalud, Ciudad de Buenos Aires. Argentina.
- ALBRECHT, K. (1992): *La revolución del servicio*, Ed. Legis, Colombia.
- ARANGUREN, E. y REZZONICO, R.: (1996): Auditoria Médica: Garantía de calidad en la atención de la Salud”, Centro Editor de la Fundación Favalaro, Buenos Aires. Argentina.
- BRITO DENIS, A.; CAPRILES BRICEÑO, E.; CROCE, N.; DÍAZ POLANCO, J.; FEO ISTURIZ, O.; FERNÁNDEZ, Y.; JAÉN, M. E., MAINGON, T. y PEREYRA, Z. (2001): *Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela*. CENDES, CIID, MSDS, Corpo Salud, IESA, Fundación Polar; Santiago de Chile.
- CARLINO, B. P. (1999); *Macroeconomía al alcance de todos*; Ediciones Macchi, Buenos Aires. Argentina.
- COPE, R. (1991): *El plan estratégico*, Ed. Serie Empresaria, Bogotá, Colombia.
- CORELLA, J. M. (1996): *Gestión de Servicios de Salud*, Ed. Díaz de Santos, Madrid. España.
- CUERVO, J.; VARELA J.; BELENES, R. (1994): *Gestión de hospitales*; Ed. Vicens Vives, España.
- DAVIS, E. J. (1975): *Investigación de Mercados*, Ed. El Ateneo, Argentina.
- DÍAZ, C. A. (2001): *La Empresa Sanitaria Moderna*, Ed. Isalud, Ciudad de Buenos Aires. Argentina.
- DRUCKER, P. (1992): *La Gerencia*, Ed. El Ateneo, Argentina.
- DRUCKER, P. (1995): *La gerencia en tiempos difíciles*, Ed. El Ateneo, Argentina.

- D'UBALDO, H. O. (1997): *Introducción al marketing médico*, D&D, Buenos Aires. Argentina.
- ERRASTI, F. (1997): *Principios de Gestión Sanitaria*; Ed. Díaz De Santos, Madrid. España.
- FERNÁNDEZ; J.L. (Agosto 2002.); *La pobreza. Apuntes para una agenda necesaria*. Coordinador Proyecto SISTEEM (INE/PNUD), Caracas. Venezuela.
- FIORE, J. (1992): *Marketing estratégico*, Editorial Marcombo Boixareu, cop. Barcelona. España.
- FRESCO, J.C. (1989): *La información como sistema y el control de gestión*, Ed. Copyme, España.
- GARCÍA SERVEN, J. (1993): *Guía Práctica de los Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica*, Ed. Disinlimed, Caracas. Venezuela.
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (1994): *Etnografía. Métodos de investigación*, Paidós, Barcelona. España.
- HEHMAN, R. (1999): *Desarrollo y ejecución de estrategias de mercadeo*, Ed Norma, Colombia.
- Hospital Público de Autogestión: “Marco Conceptual, estrategias e Instrumentos Operativos”; (Tercera Edición, Abril de 1999) :Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Buenos Aires. Argentina.
- JENKINS, D. y YONEYAMA, T. (2000): “The History of insurance”; Ecobook; Nro. 8, Inglaterra.
- KATZ, B. (1990); *Como gerenciar el servicio al cliente*, Ed. Legis, Colombia.
- KOTLER, P. (1985): *Fundamentos de comercialización*, Ed. Legis, Colombia.
- KOTLER, P. (2ª Reimpresión. 1999): *Mercado de Servicios Profesionales*, Ed. Legis, Colombia.

- LONDOÑO, M.; MORERA, G. y LAVERDE, P. (1999): *Garantía de Calidad en Salud*, Ed. Médica Panamericana, Colombia.
- MARIÑO, H. (1993): *Planeación estratégica de la calidad total*, T.M. Editores, Colombia.
- Mc CARTHY, E. (6ª Edición. 1983): *Comercialización*, Ed. El Ateneo, Argentina.
- MEJÍA GARCÍA, B. (1998): *Auditoria Médica para la garantía de calidad en salud*, Ed. ECOE, Colombia.
- MONTBRUM (1997): *Estrategias para un sistema de salud*, Ed. Press Solutions Printing, Miami. Florida. USA.
- MONTI, J. M. (1999): *Formas de organización y responsabilidad de las empresas de la salud*, Ad-Hoc SRL. Buenos Aires. Argentina.
- NUGENT, R.: La Seguridad Social: Su Historia y sus Fuentes, en <http://www.monografias.com/trabajos/iso9000/iso9000.shtml>; consultado el 25 de Abril del 2003.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): *Perfil del sistema de servicios de salud de la república bolivariana de Venezuela*; Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud; 1a. ed., 20 de Octubre de 1999; 2a. ed. 14 de Mayo de 2001.
- PADUA, J. (1994): *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*, Fondo de Cultura Económica, Santiago de Chile.
- PEREL (1972): *Teoría y técnica de la administración*, Ed. Macchi, Buenos Aires. Argentina.
- PRIM S.A. Consultora en Salud. PROAES: Programa de actualización en Economía de la Salud, (1998-1999): Vol, I-VI, Ed. Panamericana, Argentina
- Revista Dinero, Nro. 175, Caracas, Julio 2003. Venezuela.
- RICO, R. (1996): *Total customer satisfacción*, Ed. Macchi, Buenos Aires. Argentina.

RIUTORT, Matías; *La Pobreza en el trienio 1999-2001*; Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad católica Andrés Bello; 2002. Caracas. Venezuela.

RUIZ, A. (2ª Edición. 1992): *Marketing de Servicios*; Ed. Norma, Colombia.

Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Universidad Católica Andrés Bello: “La pobreza en el trienio 1999-2001”, en Revista Temas de Coyuntura, No. 45, Junio 2002. Caracas. Venezuela.

LÓPEZ CONTRERAS: “El primer programa social”, en Revista venezolana de Economía y Ciencias Sociales; N° 4; Octubre-Diciembre 1997, Caracas. Venezuela.

STERN, J (1975): *Administración de la comercialización*, Ed. El Coloquio, Buenos Aires. Argentina.

STEINER, G. (15ª Edición 1995): *Planificación estratégica (lo que todo director debe saber- una guía paso a paso)*, CECSA, México.

SENGE, P. (1992): *La quinta disciplina (el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje)*, Ed. Granica, Buenos Aires. Argentina.

SENLE, A. y VILAR, J. (1996): *ISO9000 en empresas de servicios*, Gestión 2000, Barcelona. España.

TROUT (1988): *Marketing de guerra*, Ed. Mc Graw, México

VARO, J (1994): *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios (Un modelo de gestión hospitalaria)*, Ed. Díaz de Santos, Madrid. España.

WEIERS (1ª Edición. 1986): *Investigación de Mercados*, Ed. Prentice May, Madrid. España.

www.derechos.org/ve/situacio/informes/anual/9/DSalud.html (fechas de consulta: varias 2001-2003)

www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm. (fechas de consulta: varias 2001-2003)

www.bibliojuridica.org/libros/1/139/36.pdf; www.ops.org.ni. (fechas de consulta: varias 2001-2003)

www.jvseguros.tripod.com.ve/index/id6.html (fechas de consulta: varias 2001-2003)

www.vacs-seguros.com.ar/vsc_n003.asp (fechas de consulta: varias 2001-2003)

www.ssa.gov/espanol/brevehistoria.htm (fechas de consulta: varias 2001-2003)