

RAÚL ROMÁN  
AULAR DELGADO

---

**UN SISTEMA  
DE SALUD  
UNIVERSAL,  
INNOVADOR  
Y SOSTENIBLE  
FISCALMENTE  
PARA  
VENEZUELA**

---



RAÚL ROMÁN  
AULAR DELGADO

---

**UN SISTEMA  
DE SALUD  
UNIVERSAL,  
INNOVADOR  
Y SOSTENIBLE  
FISCALMENTE  
PARA  
VENEZUELA**

---



CARACAS, VENEZUELA  
JUNIO, 2023



## **CONTENIDO**

- 3 Presentación**
- 5 Síntesis ejecutiva**
  
- 7 I. Crisis de sostenibilidad fiscal que enfrentan los sistemas de salud en el mundo**
- 11 II. Evolución hacia la «atención médica basada en valor» como estrategia para lograr la sostenibilidad**
- 16 III. Elementos clave para generar un sistema de salud orientado al valor en Venezuela**
  - 19 1. Infraestructura y equipamiento**
  - 22 2. Talento humano**
  - 22 3. Sistemas de información**
  - 24 4. Financiamiento**
  - 25 5. Lógica operativa**
- 29 IV. Impactos en las finanzas públicas y en la atención al paciente**
- 30 V. Marcos referenciales e ideas a superar que bloquean la evolución**
  - 31 1. «La salud no es un negocio»**
  - 31 2. «La salud es un derecho»**
  - 32 3. «La salud es responsabilidad del Estado y este debe garantizarla»**
  - 33 4. «Hay que enfatizar la prevención y superar el modelo curativo»**
  - 33 5. «La clave es enfocarse en los determinantes sociales de la salud»**
  
- 34 VI. Conclusión**
- 35 VII. Referencias**

## **PRESENTACIÓN**

En un mundo donde la sostenibilidad se ha convertido en uno de los descriptores clave para definir el éxito de cualquier política o estrategia con proyección futura, la escuchamos con frecuencia asociada al tema ambiental y el cuidado de los recursos naturales, pero inexplicablemente se hace menos insistencia de su importancia en el tema económico.

De esta manera, quienes abogan por la sostenibilidad ambiental pueden simultáneamente impulsar políticas de elevado e irresponsable gasto público o de incremento de la deuda pública para financiarlo, obviando la falta de sostenibilidad económica de dichas propuestas y mostrando una ausencia de consciencia intergeneracional. Más terrible aún resulta que cuando la crisis de insostenibilidad se desata, no se responsabiliza a quienes generaron la penosa carga, sino a quienes ellos invitaron a financiarla, generándose un círculo perverso de riesgo moral en la sociedad.

Específicamente en áreas como la educación y la salud, que son connotados bienes públicos, es muy fácil caer en ese círculo perverso, una 'pendiente resbaladiza' donde las ingentes necesidades de los ciudadanos del presente desarrollan esquemas que derivarán en menoscabo de la calidad de vida de las generaciones futuras.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) plantean como uno de sus ejes centrales avanzar en una estrategia para el acceso y la cobertura universal de salud, promoviendo estrategias y acciones viables que garanticen la equidad y el goce del derecho a la salud para todos los ciudadanos del mundo. Asimismo, múltiples avances tecnológicos han favorecido el desarrollo de estrategias de salud digital, que favorecen el acceso equitativo y sistemas universales de salud de calidad. Sin embargo, la región latinoamericana y

específicamente Venezuela, muestran enormes brechas y desafíos que atender en esta área.

Es por ello que el trabajo «Un sistema de salud universal, innovador y sostenible fiscalmente para Venezuela», del Dr. Raúl Aular Delgado, resulta tan oportuno y relevante, pues combina tres elementos medulares: su carácter universal, la presencia de estrategias innovadoras y su sostenibilidad financiera, donde la participación aliada de los sectores público y privado, permite el desarrollo de diversos esquemas de prestación de servicios y atención a la salud pública que derivan en sinergia creativa para el logro de los objetivos.

Es con gran satisfacción que Cedice Libertad ofrece esta investigación, con miras a la evaluación y análisis reflexivo de alternativas para el rescate de las dinámicas virtuosas en la sociedad venezolana y el impulso de la prosperidad de sus ciudadanos, en paz y libertad.

**Sary Levy-Carciente**

Coordinadora, Observatorio de Gasto Público

Cedice-Libertad

## **SÍNTESIS EJECUTIVA**

Para diseñar y poner en marcha un nuevo sistema de salud en Venezuela es necesario considerar adecuadamente los siguientes temas clave: **1.** la crisis de sostenibilidad financiera que enfrentan los sistemas de salud en el mundo; **2.** la dinámica microeconómica que se presenta en la prestación de servicios de atención médica; **3.** la realidad fiscal del Estado venezolano; **4.** las nuevas estrategias que se están proponiendo para enfrentar la crisis de sostenibilidad financiera de los sistemas de salud; **5.** las grandes oportunidades que abre la más avanzada tecnología de información disponible. La consideración de los temas clave mencionados debe llevar al diseño y puesta en marcha de un sistema de salud de cobertura universal, con una ruta evolutiva predecible y vinculada con el avance económico del país, altamente apalancado en la más avanzada tecnología de información, con amplia participación del sector privado nacional e internacional y orientado a la maximización del valor entregado a los pacientes, entendiendo por valor la relación entre los resultados clínicos de la intervención en el paciente y los costos asociados con la prestación de los servicios médicos, todo ello de acuerdo con los postulados de la Atención Médica Basada en Valor (Value Based Health Care).

Se reconoce universalmente que el crecimiento del gasto en salud a velocidades superiores a las de las economías que deben sostenerlo no puede mantenerse en el tiempo. Es necesario implantar estrategias que minimicen los incentivos perversos que existen en la prestación de servicios de atención médica, como consecuencia de la facturación por servicios prestados (*fee for service*) en medio de una gran asimetría de información entre pacientes y proveedores. Esta asimetría de información impide la autorregulación eficiente de un mercado en el cual la edad promedio de los pacientes sube y la tecnología médica resulta cada vez más costosa.

Se propone un sistema de salud que se financie fundamentalmente con retenciones obligatorias en la nómina o aportes de los trabajadores independientes con destino exclusivo para el sistema de salud. También se propone la creación de un fondo nacional con restricciones legales para su manejo, en el cual se depositan los recursos recaudados y desde el cual se distribuyen hacia administradoras de fondos de salud de acuerdo con el número de afiliados y su perfil de riesgo. Las administradoras gerencian la prestación de servicios y pagan a los proveedores de acuerdo con métricas de resultados y valor creado.

La medición de resultados es el eje sobre el cual pivota todo el sistema y lo que permite la minimización de la asimetría de información. Para implantar una cultura de medición exhaustiva se propone el uso de la más avanzada tecnología, incluyendo la historia clínica electrónica interoperable, la codificación de diagnósticos y procedimientos, así como los sistemas de costeo exhaustivos con la finalidad de que todos los proveedores, tanto públicos como privados, facturen sus servicios y compitan con base en los resultados. Se espera que la búsqueda de la mayor eficiencia privilegie la creación de unidades de práctica integrada, en las cuales se atienden pacientes con una sola condición clínica o condiciones clínicas similares, con la finalidad de favorecer la especialización de los equipos clínico y gerencial, así como la máxima optimización operativa.



## **I. CRISIS DE SOSTENIBILIDAD FISCAL QUE ENFRENTAN LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO**

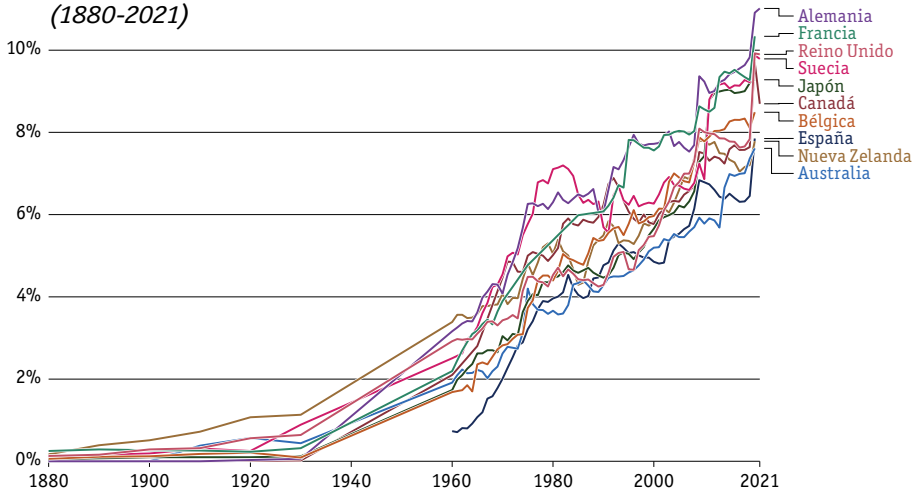
---

Los sistemas de salud enfrentan una crisis de sostenibilidad financiera en todo el mundo. Independientemente de cuánto se gasta, del nivel de desarrollo económico y social del país, del grado de sofisticación de los sistemas gerenciales utilizados, de la forma como se ordenan sus componentes y de la disponibilidad de talento humano, el reto de hacer frente a un gasto cada vez mayor, que crece más rápido que las economías que deben soportarlo, es universal. El gasto anual en salud por habitante varía desde las pocas decenas hasta las decenas de miles de dólares dependiendo del país que se estudie y no hay evidencia que demuestre una clara correlación entre la magnitud de ese gasto y los indicadores de cobertura y calidad. El aumento del gasto público en salud como porcentaje de PIB ha mantenido una tendencia creciente desde hace décadas y, a pesar de haberse diseñado y ejecutado estrategias para modularlo, no ha sido posible revertir la tendencia (Ver gráfico 1).

Cuando se observa un fenómeno de estas características, que se presenta en múltiples contextos, países, esquemas de organización y sistemas de gobierno, es lógico pensar que estamos frente a una dinámica cuya causalidad es de tipo originario, profundo y universal.

Vale la pena ir a la raíz del acto médico como fenómeno económico para entender la naturaleza del problema (Aular, 2012). Estamos tan acostumbrados a ver la salud a través de los marcos referenciales y categorías que impone la política, que perdemos de vista lo esencial. Es conveniente hacer una separación inicial entre la atención médica y la salud pública, esto es porque comúnmente se les trata como conceptos que responden a la misma dinámica económica y por ello se termina adoptando un abordaje y lógica similares

**GRÁFICO 1** *Gasto público en salud como porcentaje del PIB (1880-2021)*



**Fuente:** Our World In Data basado en Lindert (1994), OCDE (1993), OECD Stat. [OurWorldInData.org/financing-healthcare](https://ourworldindata.org/financing-healthcare).

**Nota:** El gasto sanitario incluye el consumo final de bienes y servicios sanitarios (es decir, el gasto sanitario corriente). Se excluye el gasto en inversiones de capital.

para ambas, cuando, en realidad, si se toma en cuenta la naturaleza de los incentivos económicos en cada área, las estrategias deben ser muy diferentes.

Por salud pública entenderemos todos los aspectos relacionados con el control epidemiológico de grandes poblaciones a través de intervenciones de gran alcance que no necesariamente requieren que haya una relación médico-paciente. Acciones típicas en el ámbito de la salud pública incluyen, por ejemplo, las campañas de vacunación, el control de vectores y las estrategias de tamizaje poblacional. Las acciones en el ámbito de la salud pública tienen externalidades positivas muy obvias y requieren una aproximación poblacional, no individual; por ello tienden a presentar una dinámica de bien público y resulta muy claro el rol preponderante del Estado en el diseño y provisión de estos servicios.

Por atención médica entenderemos todos los aspectos relacionados con las iniciativas de atención preventiva y curativa de pacientes individuales, que generalmente requieren el establecimiento de una relación médico-paciente y que comúnmente presuponen la existencia de infraestructura y equipamiento clínicos. Una cirugía, una consulta con el cardiólogo, una endoscopia, son acciones típicamente ubicadas en el ámbito de la atención médica. La atención médica es lo que consume casi todo el presupuesto de salud de las naciones y por ello será el foco de las reflexiones en este documento. A diferencia de la salud pública, la atención médica se comporta como bien privado y, aunque hay muchos ejemplos de provisión de servicios de atención médica directamente por parte del Estado, esto no quiere decir que la atención médica sea, técnicamente hablando, un bien público. De hecho, el sector privado está ampliamente involucrado en la provisión de estos servicios en el mundo entero.

A pesar de que la atención médica es técnicamente un bien privado que puede ser provisto perfectamente por los actores privados sin necesidad de que el Estado se involucre en ello, no se trata de cualquier bien privado. Para que el mercado funcione, los clientes deben tener la capacidad de ejecutar una conducta de compra adecuada, con conocimiento del bien o servicio que están adquiriendo; si el cliente no puede acceder o entender las características del bien o servicio, se quiebra la lógica de funcionamiento del mercado y no se llega a resultados eficientes. Eso es precisamente lo que sucede cuando se va al médico, en primer lugar, la gran mayoría de las veces el paciente no lo hace por su propia voluntad, sino porque no tiene otra opción. Luego, aunque se investigue con diligencia y atención, se explore muy bien en la web y se le pregunte a amigos y familiares, cuando, por ejemplo, se indique una *colangiopancreatografía retrógrada endoscópica*, el paciente no estará en capacidad de

entender bien de qué se trata, en qué consiste el procedimiento, cuáles son los riesgos asociados, cuáles son las condiciones adecuadas para su realización, de qué dependen los costos, cómo se mide la calidad del procedimiento y mil cosas adicionales que no puede evaluar ni valorar, en consecuencia, cuando el paciente se enfrenta con los proveedores de atención médica existe una gran asimetría de información y en estas condiciones no es posible una conducta de compra adecuada (Aular, 2016). Así, el mercado de los servicios de atención médica no está naturalmente regulado por los «clientes» que en este caso son pacientes.

Otros bienes y servicios privados en los cuales no se da la asimetría de información que existe en los servicios de atención médica quedan naturalmente regulados por la dinámica del mercado, pero en atención médica la asimetría de información entre proveedores y pacientes genera una serie de incentivos que impiden el logro de equilibrios eficientes de mercado, sin embargo, y esto es relevante decirlo en este momento, la provisión directa de los servicios de atención médica por parte del Estado no ha logrado resolver los problemas derivados de la dinámica generada por la asimetría de información en atención médica.

En efecto, los sistemas de salud en el mundo están atrapados en una dinámica de insostenibilidad que tiene su origen último en una falla de mercado (la asimetría de información), pero que no se ha podido resolver sustituyendo al sector privado como proveedor de servicios. Como veremos más adelante, todo indica que la asimetría de información se resuelve con más información y transparencia y el avance actual de la tecnología está permitiendo resolver el problema de raíz.

En casi todo el mundo los servicios de atención médica se pagan una vez se comprueba que el procedimiento fue ejecutado, a esto se le

llama *fee for service*. Como es lógico esperar, en un mercado donde la información es asimétrica y en el cual los resultados de la intervención clínica no pueden ser adecuadamente valorados por los pacientes, el pago por servicios prestados *fee for service* genera incentivos para realizar la mayor cantidad de procedimientos posible, maximizando la facturación. En esta dinámica de maximización de la facturación se encuentran alineados pacientes y proveedores y en un entorno de evolución e innovación aceleradas de una tecnología médica cada vez más costosa, con una población de edad promedio cada vez mayor, solo puede llevar al incremento progresivo del gasto público que está amenazando la sostenibilidad de los sistemas de salud en todo el mundo.

## **II. EVOLUCIÓN HACIA LA «ATENCIÓN MÉDICA BASADA EN VALOR» COMO ESTRATEGIA PARA LOGRAR LA SOSTENIBILIDAD**

Las características insostenibles de la dinámica del gasto público en salud, que es posible evidenciar en las últimas décadas, no constituyen una preocupación nueva. Desde hace ya tiempo se han ensayado soluciones para controlar el gasto público, pero todas han fallado. El manejo «gerenciado» de los servicios de atención médica, es decir, el involucramiento de jugadores institucionales que actúan como «comprador inteligente», auditando las acciones de los proveedores, evaluando la pertinencia o no de los procedimientos indicados y acumulando poder de negociación para acordar tarifas, no ha logrado detener la subida del gasto. La implantación de protocolos de práctica clínica, es decir, guías para orientar las conductas de los médicos, no ha logrado la estandarización que se esperaba y aún persiste una gran variabilidad en los resultados que

obtienen los pacientes a pesar de que, en teoría, se están usando los mismos protocolos. Diversos estudios demuestran que un significativo porcentaje de los procedimientos clínicos que se ejecutan no tienen impacto en los resultados que los pacientes obtienen, pero el fuerte incentivo a maximizar la facturación en un sistema que funciona pagando cada servicio prestado, impone su dinámica. Una revisión hecha en 2019 estima que aproximadamente la cuarta parte de todo el gasto en salud en EE. UU. puede considerarse «desperdicio», sin impacto, lo cual es consistente con estimaciones anteriores que colocan la cifra en el 30 % (Shrank W., Rogstad T., Parekh N. 2019).

Los sistemas de aseguramiento público dejan intactos los incentivos perversos y la provisión directa por parte del sector público —eliminando los incentivos económicos y actuando a partir de planificación central— ha llevado al deterioro progresivo de los servicios debido tanto a la imposibilidad de controlar desde arriba las realidades locales como a la desalineación total entre desempeño y salud financiera.

Desde hace ya casi dos décadas el profesor Michael Porter de la Universidad de Harvard (Porter, Teisberg, 2006) ha venido llamando la atención en relación con los incentivos perversos que genera el esquema de pago *fee for service* y proponiendo lo que se ha denominado como *value based health care*, es decir, atención médica basada en valor. En los últimos años esta nueva aproximación a la prestación de servicios de atención médica ha ido ganando cada vez más adeptos y ha alcanzado una relevancia tal que ha llevado a la creación de un grupo de interés en el Foro Económico Mundial con la finalidad de consolidar mejores prácticas y lograr los aprendizajes relevantes para estimular e impulsar su adopción a una escala global.

La lógica de la propuesta descansa en sustituir el pago de los servicios de atención médica bajo el esquema de *fee for service* por un es-

quema de pago por «valor entregado al paciente», entendiendo como valor entregado la relación entre los resultados obtenidos por la intervención de los proveedores en relación con los costos totales en los cuales se incurrió para la prestación de los servicios. De esta forma, los incentivos no estarían dirigidos hacia la simple maximización de la facturación, sino a la generación de los mejores resultados clínicos al menor costo posible: ya dejaría de tener sentido económico realizar procedimientos clínicos si estos procedimientos no generan un impacto medible y relevante en los resultados clínicos.

En términos lógicos es algo fácil de entender, pero en términos prácticos su implantación enfrenta una serie de retos que ya han comenzado a atenderse con las estrategias adecuadas. En su más reciente libro, *The Patient Priority* (Larsson S., Clawson J., Kellar J. 2023) describen una crisis global de los sistemas de salud en tres dimensiones: **1.** una crisis de valor; **2.** una crisis de evidencia y **3.** una crisis de propósito. La crisis de valor se manifiesta en la insostenibilidad que ya hemos descrito previamente, la crisis de evidencia tiene que ver con el hecho de que, aunque resulte sorprendente, en la industria de la salud el levantamiento de data confiable, exhaustiva y suficiente para medir adecuadamente los resultados de la intervención clínica no constituye una práctica general, por el contrario, es muy precaria la información asociada a los resultados clínicos. Muchos de los mecanismos de acreditación institucional se fundamentan en la adecuación a ciertos procesos y no a los resultados finales; se da entonces una situación paradójica en la cual instituciones correctamente acreditadas que en principio ejecutan procesos similares muestran resultados disímiles. En efecto, la alta variabilidad en los resultados clínicos que han demostrado diversos estudios muestra el potencial que tiene una aproximación sistemática para la medición de los mismos de manera estandarizada que permita compartir la información y aprender de los mejores, sin

embargo, antes que enfocarse en los resultados la mayoría de las instituciones siguen enfocadas en el seguimiento de protocolos y procesos que se han asumido como correctos a partir de estudios clínicos en vez de medir de manera continua sus resultados e ir adecuando los procesos de acuerdo con data real derivada de sus prácticas locales. Por último, la desconexión entre adecuación a protocolos obligatorios y resultados clínicos reales en pacientes reales ha ocasionado una cada vez mayor dedicación del equipo de salud a trámites administrativos y procesos estandarizados que han ido progresivamente ocupando el lugar que antes ocupaba el razonamiento clínico práctico con base en información real obtenida en el sitio en el cual se atiende al paciente. No se trata de desestimar el valor de estudios clínicos rigurosos, sino de llamar la atención en relación con la escasez de datos exhaustivos sobre los resultados que podrían guiar la práctica clínica. La falta de datos, la desconexión con la realidad local y la concentración en el seguimiento de protocolos genera en buena medida una crisis de propósito en la profesión médica que amenaza con agravar la ya preocupante escasez de profesionales de la salud que puede evidenciarse globalmente.

La precariedad que existe en los sistemas de salud en relación con la medición de resultados está asociada con la gran complejidad que involucra. En efecto, para que los datos sean útiles deben ser comparables y la gran variabilidad en las condiciones clínicas de los pacientes, así como en la infraestructura, equipamiento e insumos utilizados complican enormemente la tarea. Por otra parte, medir resultados clínicos y documentarlos con completitud y exhaustividad es una tarea que no solo requiere un esfuerzo considerable, sino que también puede interferir en los procesos rutinarios de atención al paciente. Sin embargo, los grandes avances en tecnología de información, velocidad de internet, conectividad y ciberseguridad ya están permitiendo la implantación de mecanismos de medición de



resultados clínicos de forma mucho más confiable, sin generar un efecto disruptivo en la dinámica hospitalaria y garantizando seguridad en el manejo de la data (Aular, 2020). Progresivamente se va haciendo viable la tan necesaria medición de resultados.

Hay un consenso cada vez mayor en relación con que solo a través de la implantación progresiva de esquemas de pago basados en valor será posible superar la crisis de sostenibilidad financiera que enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo.

En el caso de los países latinoamericanos, y específicamente en el caso de Venezuela, resulta muy claro que al pensar en un nuevo sistema de salud ya no es posible, ni acudir al modelo de provisión estatal que se adoptó en los tiempos en los cuales existía un petroestado capaz de financiarlo todo, ni asumir los modelos que en países mucho más ricos enfrentan problemas de sostenibilidad financiera. Si el Reino Unido, Canadá, España, EE. UU., Alemania y otros países a los cuales se acude como ejemplos, no pueden sostener sistemas que gastan entre USD 3000 y más de USD 10.000 por habitante ¿qué nos hace pensar que funcionarán sosteniblemente en Venezuela, donde no se puede gastar ni siquiera el 5 % de esos montos?

Los países más ricos están buscando desesperadamente resolver sus problemas de sostenibilidad, pero precisamente por contar con sistemas complejos, en funcionamiento, en los cuales existen múltiples incentivos e intereses creados por mucho tiempo, enfrentan grandes dificultades para impulsar cambios significativos. La inercia de grandes y complejos sistemas en funcionamiento se convierte en una pesada carga a la hora de motorizar la evolución hacia sistemas basados en valor, sin embargo, cuando se tiene al frente, como es el caso venezolano, el reto de pensar, diseñar y poner en marcha un sistema desde cero, esa gran inercia, que dificulta la evolución en las economías avanzadas, no es un obstáculo. En un

caso como el de Venezuela hay muchos otros retos, pero lo racional es apuntar hacia donde se está identificando la solución a nivel global, esperando lograr un salto (Bitar, Patel, Gamper, Lamiaux y Larsson, 2016) que permita tener un sistema de salud de vanguardia mundial, aprendiendo de otros sistemas, no solo lo que se debe hacer, sino también lo que «no» se debe hacer.

### **III. ELEMENTOS CLAVE PARA GENERAR UN SISTEMA DE SALUD ORIENTADO AL VALOR EN VENEZUELA**

---

Por décadas, los venezolanos asumieron que la salud era un problema del Estado y que era su responsabilidad asegurar la atención médica gratuita de toda la población, sin distinciones asociadas con estatus socioeconómico, raza, lugar de residencia, religión, etc., es decir, que en Venezuela debía existir un sistema de cobertura y provisión universales financiado enteramente con un presupuesto público, apalancado en los cuantiosos ingresos provenientes de la venta de petróleo. La participación del sector privado ha sido minoritaria y fuera de la lógica del sistema público, la inmensa mayoría de la oferta de servicios siempre ha sido pública y, salvo pequeñas iniciativas docentes en áreas específicas, no ha existido ni existe una escuela de medicina privada operativa en el país.

Obviamente, ese petroestado ya no existe y no se espera, al menos en el futuro previsible, que se pueda volver a ese estatus, en consecuencia, resulta muy claro que es necesario pensar de forma muy diferente cuando se busca una aproximación a lo que sería el sistema de salud venezolano del futuro. Es vital entender que ya el Estado venezolano no tiene la capacidad financiera para sostener totalmente un sistema de salud y es clave considerar la grave crisis de sostenibilidad que enfrentan los sistemas de salud en todo el mun-

do para diseñar y poner en marcha una estrategia posible y sostenible, que necesariamente dependerá de la evolución del desarrollo económico del país y de su ingreso por habitante.

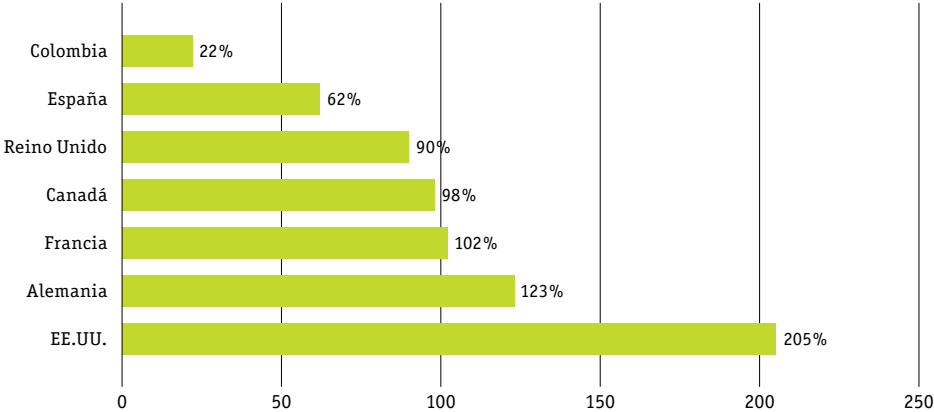
Dada la importancia vital que tiene, tanto por razones de humanidad, como por razones vinculadas con la productividad de la población y el desarrollo nacional, la progresiva puesta en marcha de un sistema de salud con cobertura universal, innovador y sostenible fiscalmente debe ser una prioridad. Es además necesario motorizar y activar todas las fuentes de financiamiento, talento y energía emprendedora para minimizar el tiempo de ejecución y alcanzar los objetivos. Por ello, luce muy claro que es vital la atracción y activación del sector privado tanto nacional como internacional, para acelerar las grandes inversiones requeridas e incorporar las mejores prácticas disponibles.

Es una práctica común hacer un inventario de los distintos «modelos» de salud disponibles con la finalidad de caracterizarlos y «seleccionar» el que luzca más adecuado a la realidad local. Sin embargo, los modelos de sistemas de salud no son productos terminados que pueden seleccionarse desde un anaquel y, como ya ha sido mencionado previamente, la crisis de los sistemas de salud es universal y es necesario direccionar el pensamiento hacia soluciones que quizá no encontremos en ninguna parte.

Adicionalmente, cuando se manifiesta preferencia por un «modelo de salud» es lógico asumir que también debe haber una hoja de ruta que permita llegar al gasto por habitante anual promedio que ese sistema de salud requiere. Obviamente, el gasto por habitante anual en salud no es una cifra extrapolable directamente, pero el ejercicio puede orientarnos en relación con los órdenes de magnitud. En este sentido, cuando se analiza el gasto por habitante anual en distintos sistemas que usualmente se perciben como ejemplo,

resulta muy claro que, en nuestros países y especialmente en Venezuela, hay que ser muy originales y aprender a hacer mucho más con recursos mucho menores (Ver gráfico 2).

**GRÁFICO 2** Gasto anual en salud requerido en Venezuela como porcentaje del PIB (año 2021) para igualar gasto per cápita en salud de país-ejemplo (ajustado por paridad del poder de compra).



**Fuente:** OECD, FMI, Banco Mundial, cálculos propios.

Como puede verse, para igualar el gasto en salud anual por habitante de España, Venezuela tendría que gastar más del 60 % de su PIB (ajustado por paridad del poder de compra), en el caso de intentar igualar al Reino Unido sería necesario gastar casi todo el PIB, en caso de Estado Unidos sería necesario gastar más de dos veces el PIB y en el caso de igualar el gasto en salud por habitante de Colombia, sería necesario gastar más de la quinta parte del PIB. Estas comparaciones nos permiten entender la magnitud del reto y la necesidad absoluta de alcanzar un importante crecimiento económico sostenido para poder financiar el sistema de salud.

Por ello, describiremos los que considero elementos clave para orientarse hacia un sistema de cobertura universal, innovador,

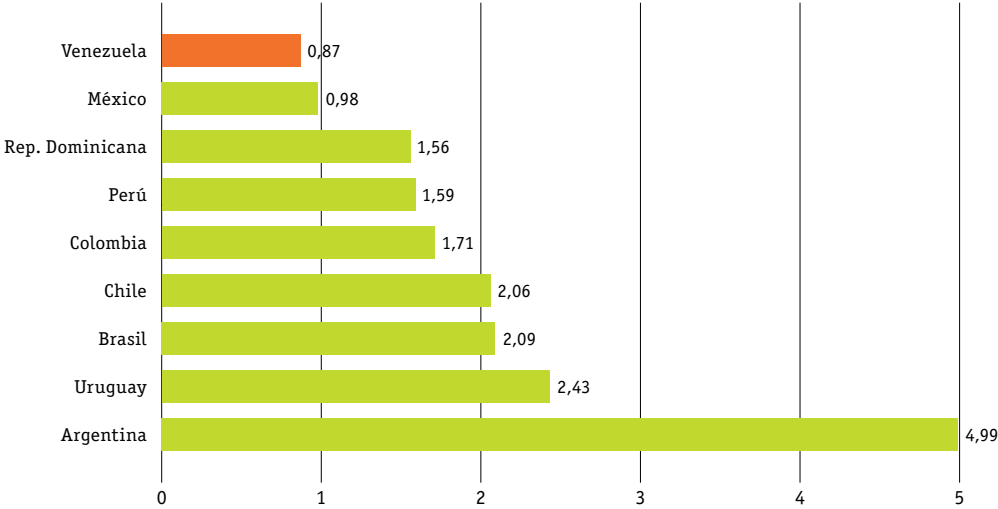
sostenible y orientado al valor, que toma en cuenta los aprendizajes que nos deja el análisis de los orígenes de la crisis actual y se apalanca al máximo en la más avanzada tecnología de información con la finalidad de hacer posible que las fuerzas del mercado generen soluciones eficientes.

En términos generales hay cinco elementos básicos que deben ponerse en sitio para activar un sistema de salud universal, moderno y sostenible:

### 1. Infraestructura y equipamiento

Venezuela tiene un importante déficit de infraestructura y equipamiento clínicos cuya resolución requiere la ejecución de inversiones cuantiosas, que deben ser atraídas con un marco regulatorio claro y una lógica de funcionamiento predecibles (Ver gráfico 3).

**GRÁFICO 3** Camas de hospital por 1000 habitantes (est. 2019)



**Fuente:** Banco Mundial, <https://datacatalog.worldbank.org/search/dataset/0037712/> World-Development-Indicators.

El número de camas debe incrementarse significativamente y las existentes requerirán en buena medida un importante esfuerzo de reacondicionamiento. El tipo de infraestructura hospitalaria del futuro estará altamente influida por la lógica de gobierno y la lógica operativa del sistema. El modelo tradicional del hospital general puede no ser el que optimice el funcionamiento de un sistema que gire en torno al valor entregado a los pacientes, de hecho, los impulsores de la atención médica basada en valor promueven la sustitución de los hospitales generales por lo que han llamado «unidades de práctica integrada» (UPI). Un hospital general está organizado alrededor de las especialidades médicas, provee intervenciones o procedimientos clínicos para atender múltiples condiciones, funciona con múltiples prácticas separadas (cada una dedicada a una especialidad médica) y puede o no utilizar una sola estructura administrativa y una logística de citas única. En los hospitales generales, la dedicación de la infraestructura y el equipamiento a múltiples especialidades dificulta lograr la escala necesaria (volumen de pacientes por condición clínica) para la sostenibilidad económica de la tecnología más avanzada. La UPI está organizada alrededor del paciente, provee ciclos completos de atención para una condición clínica (incluidas la educación del paciente, la atención ambulatoria e intrahospitalaria, el seguimiento y la rehabilitación), funciona con un equipo dedicado a una o varias condiciones clínicas afines, utiliza una infraestructura, una estructura administrativa y una logística de citas, y permite una escala suficiente para dar viabilidad económica a la tecnología avanzada, gracias al manejo de un gran volumen de pacientes similares.

En efecto, en una ciudad promedio, a pesar de que existe un volumen de pacientes suficientemente alto por cada condición clínica, normalmente estos pacientes deben distribuirse en servicios ubicados en distintas instituciones. Esto implica que el volumen de ca-

sos por condición clínica atendidos en cada centro tiende a ser bajo. Este bajo volumen de pacientes por servicio trae como consecuencia que los médicos no puedan lograr el número crítico de casos que les permita una real especialización. Adicionalmente, la escala económica de cada servicio es pequeña (debido al bajo volumen de casos manejados) y esto hace inviables las inversiones requeridas para ofrecer a los pacientes la tecnología necesaria para darles una atención médica eficaz al menor costo posible.

La UPI emplea con mayor eficiencia los recursos y aprovecha las ventajas operativas de la especialización, tanto en los procesos clínicos como en los gerenciales, porque se concentra en una o pocas condiciones clínicas. La adecuación de procesos a pocas condiciones permite lograr una eficiencia operativa superior. Además, el gran volumen de casos que maneja aumenta la exposición y la experiencia del equipo médico, con lo cual mejoran las habilidades y los resultados clínicos. Las UPI obtienen resultados clínicos significativamente superiores con costos menores cuando se las compara con hospitales generales tradicionales. La Clínica Martini, en Hamburgo, Alemania, especializada en cáncer de próstata (Aular 2016) y los hospitales oftalmológicos Aravind, en India, especializados en patología ocular, con una gran concentración en tratamiento de cataratas, son dos ejemplos, entre muchos, de organizaciones que producen resultados superiores y con un mejor uso de los recursos al operar como UPI. En un sistema que opere con el objetivo de maximizar el valor entregado a los pacientes es lógico esperar, de manera natural, que los esfuerzos de reacondicionamiento y construcción de infraestructura hospitalaria se destinen en una buena medida a la puesta en marcha de unidades de práctica integrada, evitando que la provisión de servicios recaiga exclusivamente en los hospitales generales tradicionales.

## **2. Talento humano**

La escasez de talento humano —como consecuencia de la emigración de médicos y profesionales de la enfermería— es la mayor pérdida que el país ha sufrido en los años recientes. Es previsible que al implantarse un sistema de atención médica funcional y sostenible parte de los profesionales que emigraron regresen al país. El regreso hipotético de profesionales que emigraron y el incremento del número de nuevos profesionales requiere crear oportunidades atractivas que permitan un pleno desarrollo personal y profesional. Para lograrlas es fundamental un cambio radical en las relaciones de trabajo y en la capacidad de las instituciones locales para atraer y competir por el talento disponible. Es necesario crear un mercado laboral competitivo para los profesionales de la salud, asegurar la autonomía institucional en la contratación del talento requerido, propiciar la vinculación de los profesionales con una institución (minimizar la dedicación a más de un centro), estimular la competencia entre instituciones privadas y públicas por contar con el mejor talento y eliminar el control central en las condiciones laborales. Un sistema universal en el cual los incentivos económicos estén vinculados con la maximización del valor entregado al paciente generará las condiciones para la creación de un mercado laboral competitivo debido a que los hospitales, tanto públicos como privados, deberán competir por el mejor talento y la calidad profesional será valorada.

## **3. Sistemas de información**

Es clave extender el uso de historias clínicas electrónicas y sistemas de costeo exhaustivos a escala nacional, con uso intensivo de tecnología, interoperabilidad y estandarización. El escaso aprovechamiento de la tecnología disponible bloquea el progreso. Una información aislada en departamentos administrativos y médicos no



produce efectos benéficos para el sistema de atención. La subutilización de la tecnología de información debe dar paso a un uso masivo de los recursos informáticos, con la finalidad de mejorar la eficiencia operativa, optimizar los resultados clínicos, hacer un seguimiento administrativo riguroso y mejorar el confort en el trabajo. Entre otros, cuatro elementos clave deben considerarse:

- 3.1.** La información médica tiene que estar donde esté el paciente. Ello requiere extender el uso de la historia clínica electrónica interoperable a nivel nacional. Estos instrumentos requieren la funcionalidad necesaria para lograr un desempeño operativo óptimo en las distintas especialidades y funcionalidad de captura de información codificada para la creación automática de bases de datos.
- 3.2.** La información gerencial y financiera tiene que ser exhaustiva e interoperable. Se debe llegar a un grado de detalle suficiente para permitir el cálculo de los costos de atención de cada condición clínica por paciente. Es fundamental acordar una codificación exhaustiva de procedimientos y patologías para uso general en todo el sistema. La estructura básica de las facturas debe estandarizarse. Se debe crear una cultura de medición de resultados con indicadores estandarizados, que permitan diferenciar el desempeño institucional y el individual.
- 3.3.** La información médica obtenida a distancia debe vincularse con la historia clínica y se deben sentar las bases para el máximo aprovechamiento de los beneficios que generará el uso de la inteligencia artificial. Cada vez son más utilizados los dispositivos de medición de parámetros clínicos a distancia que permiten un seguimiento remoto de los pacientes identificando patrones de alarma y permitiendo la intervención temprana. Estas tecnologías son fundamentales en el manejo de patologías crónicas. Por otra parte, ya nadie pone en duda que la inteligencia artificial será fundamental en la

optimización del uso del escaso talento médico disponible de manera que su aprovechamiento no es un lujo, sino un elemento clave en la construcción de la sostenibilidad financiera. Es fundamental apalancarse lo más posible en estas herramientas para reducir costos y mejorar el confort de los pacientes: cuando los recursos son escasos la sostenibilidad financiera solo es posible teniendo la mejor tecnología.

- 3.4. Es vital asegurar los más altos estándares de ciberseguridad con la finalidad de resguardar la privacidad de los pacientes y dar confianza a los distintos actores del sistema.

#### **4. Financiamiento**

Es clave superar la época de los presupuestos asignados por una autoridad central desconectada de las realidades específicas de los distintos centros de salud e impulsar un sistema que retribuya la productividad y el valor generado para cada paciente. Sin presupuestos centralizados, cada centro debe facturar por sus servicios. Es importante asegurar la sostenibilidad del sistema sobre la base de aportes directos de los ciudadanos y que los fondos sean utilizados de manera expresa en la cobertura de los servicios de atención médica. La implantación de un sistema de recaudación de recursos con dedicación exclusiva al sistema de salud evita la incertidumbre y la discrecionalidad que puede generarse en el proceso de distribución de recursos del presupuesto nacional. Esa menor incertidumbre permite un menor riesgo percibido por los inversionistas, lo cual favorece la atracción de los capitales requeridos.

La sostenibilidad y el alcance del sistema dependerán de la tasa de desempleo, la magnitud de la población económicamente activa y el salario promedio nacional. Por lo tanto, se requiere, como en cualquier parte del mundo, una economía pujante que permita su financiamiento. El sistema requiere imponer una contribución

obligatoria —bajo la modalidad de retenciones automáticas en la nómina o aportes directos en el caso de los trabajadores por cuenta propia— para distribuir los riesgos de manera óptima. La creación de un gran fondo de salud con controles legales restrictivos permitirá establecer la base de recursos que financiarán el sistema. La administración de los recursos sería responsabilidad de compañías especializadas en la administración de fondos de salud que deben encargarse de la canalización y gestión de los pacientes, contratación de servicios con proveedores y la intermediación financiera. Estas administradoras tendrán que diseñar productos y servicios para atraer a los usuarios en distintos segmentos de mercado. Cada usuario del sistema tendrá una cobertura mínima y libertad para aumentarla contratando servicios adicionales. Para evitar la selección intencional de grupos poblacionales de bajo riesgo, las transferencias del fondo a las administradoras de salud se harán por usuario (cada usuario tiene libertad de seleccionar la administradora que prefiera) pero ajustadas actuarialmente, de acuerdo con el riesgo clínico individual. Como puede apreciarse, es fundamental la activación económica para hacer viable y sostenible el sistema de atención médica. No existe tal cosa como atención médica «gratis».

## **5. Lógica operativa**

Es fundamental evolucionar desde la desvinculación entre resultados y estímulos financieros hacia un desempeño económico resultante de la calidad del servicio prestado y las preferencias de los pacientes. Una transparencia total —con indicadores clave accesibles al público— permitirá a los usuarios decidir y estimulará la búsqueda de la excelencia en los centros de salud. Quizá sea la lógica operativa del sistema el ámbito donde puedan hacerse los cambios de mayor impacto, y donde la implantación de un sistema de incentivos radicalmente distinto pudiese impulsar un funcionamiento

mucho más eficiente y eficaz que el observado en los sistemas de salud tradicionales, incluso en el mundo desarrollado. Con la tecnología de información disponible es posible pasar del «pago por servicio prestado» al «pago por valor entregado al paciente». El objetivo es que el sistema premie las intervenciones con mejores resultados y menores costos, en vez de pagar por cada procedimiento efectuado con independencia de sus resultados.

Para medir de un modo exhaustivo el «valor creado» es necesario promover una cultura de medición de resultados. Ello requiere, por una parte, implantar sistemas de información que permitan medir indicadores por paciente y costos asociados, y, por la otra, disponer de indicadores validados por autoridades médicas internacionales, ajustados por el riesgo de cada paciente y calculados de forma similar en todos los centros de salud, con la finalidad de que los resultados sean comparables. Existen conjuntos de indicadores estándar por condición clínica validados por autoridades médicas internacionales. Los sets del Consorcio Internacional para la Medición de Resultados de Salud (ICHOM, por sus siglas en inglés) son un ejemplo del tipo de herramientas requeridas. Adicionalmente a la medición rigurosa de resultados de la intervención clínica, es necesaria una transparencia total y que los indicadores se encuentren a disposición del público. Los afiliados al sistema —sus usuarios naturales—, deben poder elegir la institución donde desean atenderse. Tal elección debe basarse en indicadores objetivos inteligibles y relevantes para el paciente común y corriente. En consecuencia, la medición exhaustiva de indicadores relevantes y la transparencia que permite su publicación son maneras de minimizar la asimetría de información en los servicios de atención médica y permitir que las fuerzas del mercado actúen alcanzando soluciones eficientes.

La creación de una oficina técnica especializada en la medición y publicación de resultados para todo el sistema cumple un rol clave.

Para que esta oficina tenga la objetividad y la imparcialidad requeridas, debe ser constituida con la participación de proveedores de servicios de salud, administradoras de fondos e instituciones académicas. No es posible sobrestimar la importancia de la medición de desempeño y los costos, porque constituye la piedra angular para el funcionamiento del sistema. La medición exhaustiva es lo que puede permitir un avance sin precedentes, al sustituir paradigmas que no deben ser mantenidos irreflexivamente, sobre todo en estos tiempos, en los cuales la forma tradicional como se organizan los sistemas de salud está en revisión alrededor del mundo y la nueva tecnología disponible abre la posibilidad de evolucionar hacia la tan buscada sostenibilidad financiera. La medición de resultados y su importancia en la puesta en marcha de nuevos sistemas basados en el valor ya se ha reconocido como uno de los retos más importantes para otorgarle viabilidad a los servicios de atención médica. En enero de 2019, el Foro Económico Mundial lanzó la iniciativa «Coalición global por el valor en atención médica»; en su reporte de diciembre de 2018 se afirma: «Estamos en un punto crítico global para el valor en atención médica en el mundo. Los participantes en el sector necesitan codificar y diseminar las mejores prácticas, desarrollar impulsores globales para la atención médica basada en valor y crear nuevas plataformas para una colaboración más profunda» (World Economic Forum, 2018). Paradójicamente, las economías avanzadas con sistemas de salud que operan con estabilidad enfrentan grandes dificultades para superar la inercia de sus propios sistemas, con múltiples participantes, procesos, políticas e incentivos. Sin embargo, en los países en desarrollo ese tipo de barreras son menores y esto permite pensar en que es posible para las economías emergentes dar, mucho más rápidamente de lo que se cree, un gran salto en resultados y eficiencia económica, con el apoyo en estos nuevos paradigmas (Bitar, Patel, Gamper, Lamiaux y Larsson, 2016).

A pesar de que el sistema propuesto tiene una lógica operativa orientada al valor y que impulsar esta orientación por diseño es algo realmente novedoso que puede requerir años, en muchos otros aspectos es muy similar al sistema colombiano, de hecho, es como si el sistema colombiano se orientara por diseño al valor y abandonara el esquema de pago *fee for service*. Otra diferencia es que en Colombia los recursos se asignan a las administradoras, llamadas EPS, de acuerdo con el número de afiliados que tienen y con base en una única unidad de pago por capitación (UPC). En la propuesta aquí planteada esta asignación debe estar ajustada por el riesgo individual del afiliado de manera que se reconozcan transferencias mayores si el perfil de riesgo de los afiliados es mayor. Algunos expertos en Colombia han planteado como deseable un cambio desde la prestación, que fortalezca la autorregulación entre pares con orientación al valor, pero reconocen que es un camino que se debe construir progresivamente (Castaño, 2023).

El inicio de una transición hacia la atención médica basada en valor en Colombia permitiría aumentar la eficiencia de un sistema con logros indiscutibles que, en medio de las fallas que tiene, ha logrado la cobertura universal de la población con el gasto de bolsillo más bajo del continente y posiciona sus instituciones dentro de los mejores hospitales de América Latina. Existen muy buenas y pertinentes condiciones para aprender de la experiencia colombiana (Aular 2023), no solo por los logros alcanzados, sino por razones prácticas de cercanía cultural y geográfica, así como porque es uno de los sistemas que ha demostrado entregar buenos resultados con un bajo gasto anual por habitante.

Sin duda se presentarán situaciones, fundamentalmente en regiones lejanas a los grandes centros urbanos y generalmente con baja densidad poblacional y menor poder adquisitivo, en las cuales la baja demanda hace inviable para el sector privado ofrecer sus servi-

cios. En estos casos debe imperar una lógica distinta a la que aplica en los grandes centros urbanos, es necesario generar oferta de servicios tanto por razones de respeto a la dignidad humana como por razones estratégicas asociadas con la soberanía nacional. En efecto, la sociedad debe asegurar una presencia mínima en todo el territorio nacional y en los casos de regiones aisladas o distantes debe asegurarse una base mínima de servicios y mecanismos adecuados de referencia. Los mecanismos específicos a través de los cuales se puede generar esa oferta son múltiples y deben ser objeto de un análisis detallado en su momento.

#### **IV. IMPACTOS EN LAS FINANZAS PÚBLICAS Y EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE**

---

Diseñar y poner en marcha un sistema de salud en el cual la inversión del sector privado, tanto nacional como internacional, sea preponderante es una oportunidad de hacerlo fiscalmente viable. Por otra parte, un diseño en el cual se establezca una hoja de ruta atada a los indicadores de crecimiento económico del país, le da credibilidad y envía un mensaje realista y responsable que permite optimizar la confianza de los actores económicos.

Una estrategia como la propuesta, también optimiza la probabilidad de obtener financiamiento de fuentes no recurrentes para enfrentar el período de puesta en marcha, debido a que se muestra claramente el camino crítico para llegar a la autosostenibilidad. Mostrar una ruta clara hacia la autosostenibilidad financiera del sistema de salud y vincular su desarrollo al crecimiento económico del país, con un enfoque realista, sin pretender que por «razones de principios» se deben hacer compromisos sin tener claramente identificadas las fuentes de financiamiento para honrarlos, es la única

forma de tener la credibilidad requerida para atraer el volumen de inversión privada necesaria.

Se requiere establecer un programa de cobertura de servicios médicos inicial, que no podrá incluir todo el espectro de servicios que existe, pero que permita una cobertura razonable que vaya aumentando en la medida en que el sistema madura, recauda más fondos y evoluciona.

Igualmente, y como medida temporal extraordinaria, será necesario poner en marcha un programa para la compensación inicial de una gran cantidad de servicios no prestados por años. Este programa debe incluir un plan quirúrgico nacional que debe estar perfectamente delimitado en el tiempo y contar con un financiamiento específico y finito, dado que progresivamente el sistema debe ir absorbiendo la demanda.

## **V. MARCOS REFERENCIALES E IDEAS A SUPERAR QUE BLOQUEAN LA EVOLUCIÓN**

La existencia por décadas de un petroestado capaz de financiar totalmente el sistema de salud, ha generado una desconexión entre expectativa y realidad, implantado en la mente de la población ideas erróneas, contribuido a generar una narrativa política sin base fáctica y generado una serie de barreras conceptuales que es necesario identificar, poner en evidencia y erradicar, de lo contrario, la normal resistencia al cambio se puede convertir en un obstáculo insalvable. Los marcos referenciales errados más comúnmente evocados cuando se aborda el tema de la salud son los siguientes:



## **1. «La salud no es un negocio»**

Con frecuencia se hace esta afirmación con la cual se pretende proyectar una posición de sensibilidad ante las necesidades de la gente y posicionarla como incompatible con el mantenimiento de objetivos de sostenibilidad financiera en las organizaciones involucradas en la prestación, gerencia y financiamiento de los servicios. Obtener utilidades positivas en un negocio dedicado a la atención médica no es éticamente reprochable, todo lo contrario, si esa rentabilidad es producto de una operación sana, que ofrece servicios de alta calidad y mantiene a sus clientes satisfechos constituye un indicador de éxito. No es cierto que la rentabilidad generada pueda dedicarse a atender más pacientes, normalmente cuando se estigmatiza la rentabilidad se desalinean los incentivos, la operación se hace insostenible y se deteriora el servicio. Si, como hemos explicado, es necesario atraer inversión privada nacional e internacional para poner en marcha el sistema lo antes posible, es necesario evitar este tipo de frases vacías, que muchas veces solo buscan un posicionamiento político fácil haciendo ofertas sin explicar cómo se cumplirán y evadiendo la complejidad de las soluciones reales. En todo caso, para maximizar el retorno social de estas organizaciones, existe la opción de constituirse como fundación sin fines de lucro, con lo cual, no se renuncia de ninguna manera a la rentabilidad, sino que es íntegramente invertida en el objeto social de la fundación.

## **2. «La salud es un derecho»**

Adoptar una narrativa de «derechos» en relación con la salud es una estrategia de comunicación política muy utilizada debido a que detrás del discurso principista que proyecta una imagen de «compromiso indeclinable con la gente» se evade nuevamente la gran complejidad que implica la puesta en marcha de un sistema de salud. De

hecho, tener un sistema de salud universal, operativo y sostenible es más un logro de la sociedad que un derecho. Independientemente de que se escriba en la Constitución nacional que la población tiene derecho a la salud y se mercadee tal iniciativa legislativa como una gran reivindicación, nada pasará, los pacientes no se atenderán y los hospitales no funcionarán si no se articulan coherentemente todos los elementos componentes del sistema y la sociedad no encuentra la forma de financiarlo. Puede que se posicione la salud como un derecho, pero siempre será un derecho que es necesario ganarse con gran dedicación y esfuerzo; incluso la OMS, que mantiene una clara posición a favor de tratar la salud como un derecho universal, llama la atención en relación con que, más allá de los discursos y las leyes, la sociedad debe comprometerse con recursos tangibles para lograr el goce efectivo de tal derecho (World Health Organization, 2023).

### ***3. «La salud es responsabilidad del Estado y este debe garantizarla»***

Constituye otra afirmación que busca proyectar una imagen de compromiso radical con la gente en la conducción del gobierno, pero que se convierte en frase vacía si no se explica claramente cómo el Estado asumiría esa responsabilidad sosteniblemente. La dinámica que por décadas generó el petroestado venezolano ha hecho que la población lo perciba como un ente con vida económica independiente, que no requiere ser financiado por la gente y esa ilusión permite la aceptación pasiva de afirmaciones como esta sin que se genere el lógico cuestionamiento en relación con el cómo lo harán y con qué dinero.

#### **4. «Hay que enfatizar la prevención y superar el modelo curativo»**

Es una afirmación que se vende como una solución mágica que permitiría la reducción drástica de los gastos bajo una lógica según la cual, al dedicarse más recursos a la prevención, la gente se enfermaría menos y bajarían los gastos curativos que son los más cuantiosos. Es una afirmación fácil de vender debido a que se posiciona con una pseudológica que aparenta ser impecable, pero la realidad es otra. No hay duda de que es vital enfatizar la prevención, pero esto es con la finalidad de mejorar la salud general de la población y su productividad, sin embargo, una población más sana vivirá más tiempo e inevitablemente generará gastos en atención médica que serán cada vez mayores en la medida en que la edad promedio se eleva. La prevención mejora la salud y la productividad de las personas, pero de ninguna manera es una estrategia efectiva para controlar el gasto.

#### **5. «La clave es enfocarse en los determinantes sociales de la salud»**

La preocupación por los «determinantes sociales de la salud» no es nueva, pero por alguna razón, está siendo utilizada en el discurso político como si se tratara de una novedad. Constituye la circunstancia por todos conocida según la cual si las condiciones de vida de la gente son precarias (alimentación, vivienda, educación, trabajo, entretenimiento, servicios públicos, etc.) la salud también será precaria. El problema con este enfoque es que no pertenece exclusivamente al ámbito de la salud pública y la atención médica, y no puede pretenderse resolver estos problemas desde ningún ministerio de salud. Que los determinantes sociales de la salud estén alineados y generen una sociedad con alto desarrollo humano es el objetivo de un proyecto civilizatorio y no una responsabilidad del ministerio de salud. En el último reporte del «Consejo sobre la

Economía de una Salud para Todos» (World Health Organization, 2023) queda evidenciado que la adopción de una perspectiva desde los determinantes sociales de la salud requiere un enfoque multisectorial, de hecho, al considerar tal perspectiva el consejo termina proponiendo que el objetivo de toda la política económica sea la optimización del estado de salud de la población. Obviamente, siempre hay iniciativas y estrategias desde el ámbito de la sanidad que buscan compensar problemas sociales de base, pero vender la narrativa de los «determinantes sociales» como una aproximación a la salud, con más sensibilidad social y que busca resolver los problemas «desde la raíz», excede el ámbito de acción de una política de salud y muchas veces es solo un discurso, no una estrategia efectiva.

## **VI. CONCLUSIÓN**

La puesta en marcha de un sistema de salud universal, innovador y fiscalmente sostenible en Venezuela constituye un reto significativo, sin embargo, la oportunidad de pensarlo y diseñarlo desde cero, sin enfrentar las dificultades y la inercia de un sistema maduro y en marcha, abre la posibilidad de tomar ventaja de lecciones aprendidas en otras latitudes y avanzar adoptando nuevos modelos de organización, que permitan dar un salto en calidad y sostenibilidad, posicionando el país a la vanguardia mundial en sistemas de salud. Adoptar un modelo de cobertura universal, orientado al valor, financiado principalmente a partir de aportes con dedicación exclusiva, altamente apalancado en la última tecnología de información y con muy amplia participación del sector privado nacional e internacional, es una estrategia lógica para generar confianza, lograr objetivos precisos, vincular la evolución con el progreso socioeconómico del país y generar las condiciones para que las fuerzas del mercado produzcan soluciones eficientes y fiscalmente sostenibles.

## VII. REFERENCIAS

- Aular R. (2012): «Atención médica, Estado y mercado». *Debates IESA*. Vol. XVII. n.º 1.
- . (2016): «Atención médica basada en valor: ¿qué es y qué promete?». *Debates IESA*. Vol. XXI. Nos. 2, 3 y 4.
- . (2020): «Transformación digital en salud: cómo hacer rápidamente viable lo inevitable». *Debates IESA*. Vol. XV n.º 4.
- . (2023): «¿Por qué Venezuela debe aprender del sistema de salud de Colombia?». *Debates IESA*. <http://www.debatesiesa.com/por-que-venezuela-debe-aprender-del-sistema-de-salud-de-colombia/>
- Banco Mundial: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=VE>.
- Bitar J., Patel J., Gamper M., Lamiaux M. y Larsson S. (2016): «Leapfrogging: value based health care comes to emerging markets». Boston: The Boston Consulting Group. <https://www.bcg.com/publications/2016/health-care-payers-providers-leapfrogging-value-basedhealth-care-comes-to-emerging-markets.aspx>.
- Castaño R. (2023): *Reforma a la salud: ¿Sí o No?*, Bogotá, Colombia.
- Fondo Monetario Internacional: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2023/April/select-country-group>.
- Larsson S., Clawson J., Kellar J. (2023), *The Patient Priority*. Mc Graw Hill.
- OECD: <https://www.oecd.org/espanol/estadisticas/gastoensalud.htm>.
- Porter M., Teisberg E. (2006): «Redefining Health Care». Harvard Business Press.
- Shrank W., Rogstad T., Parekh N. (2019): *Waste in the US Health Care System Estimated Costs and Potential for Savings*. JAMA, 7 de octubre 2019.
- World Economic Forum (2018): «Value in health care, accelerating the pace of health system transformation». Ginebra: Foro Económico Mundial. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Value\\_in\\_Healthcare\\_report\\_2018.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Value_in_Healthcare_report_2018.pdf).
- World Health Organization, Council on the Economics of Health for All (2023): «Health for all: transforming economies to deliver what matters» -Final report. Geneva: World Health Organization.

**UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL,  
INNOVADOR Y SOSTENIBLE  
FISCALMENTE PARA VENEZUELA**

**Raúl Román Aular Delgado**

Médico cirujano egresado de la Universidad Central de Venezuela (1993) y máster en Administración de Empresas del Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA) (1996). Tiene publicaciones sobre estrategia y organización de sistemas de salud. Es fundador y director de distintas organizaciones prestadoras de atención médica y profesor invitado del IESA. Interesado en las áreas de estrategia, cambio organizacional y transformación digital de instituciones y sistemas de salud.

Centro de Divulgación  
del Conocimiento  
Económico «CEDICE»

**Coordinación editorial**

Rocío Guijarro

**Asistente**

Ana María Carrasquero

**Corrección**

Alberto Márquez

**Diseño**

ABV Taller de Diseño

Carolina Arnal

© Centro de Divulgación  
del Conocimiento Económico  
«CEDICE»  
Caracas, Venezuela,  
Junio, 2023

Hecho el depósito de Ley  
Depósito Legal DC2023000679  
ISBN 978-980-434-050-5

**CENTRO DE DIVULGACIÓN  
DEL CONOCIMIENTO  
ECONÓMICO CEDICE**

Av. Andrés Eloy Blanco (Este 2)  
Edificio Cámara de Comercio  
de Caracas. Nivel Auditorio,  
Los Caobos, Caracas, Venezuela.  
Teléfono: +58 212 571.3357  
Correo: [cedice@cedice.org.ve](mailto:cedice@cedice.org.ve)  
[www.cedice.org.ve](http://www.cedice.org.ve)  
Twitter: @cedice  
RIF: J-00203592-7



El Centro de Divulgación el Conocimiento Económico, A.C. Cedice Libertad, tiene como objetivo principal la búsqueda de una sociedad libre, responsable y humana. Las interpretaciones, ideas o conclusiones contenidas en las publicaciones de Cedice Libertad deben atribuirse a sus autores y no al instituto, a sus directivos, al comité académico o a las instituciones que apoyan sus proyectos o programas. Cedice Libertad considera que la discusión de las ideas contenidas en sus publicaciones puede contribuir a la formación de una sociedad basada en la libertad y la responsabilidad. Esta publicación puede ser reproducida parcial o totalmente, siempre que se mencione el origen y el autor, y sea comunicado a Cedice Libertad.



## **UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL, INNOVADOR Y SOSTENIBLE FISCALMENTE PARA VENEZUELA**

El trabajo *Un sistema de salud universal, innovador y sostenible fiscalmente para Venezuela*, del Dr. Raúl Aular Delgado, resulta oportuno y relevante, pues combina tres elementos medulares: su carácter universal, la presencia de estrategias innovadoras y su sostenibilidad financiera, donde la participación aliada de los sectores público y privado, permite el desarrollo de diversos esquemas de prestación de servicios y atención a la salud pública que derivan en sinergia creativa para el logro de los objetivos.

Con gran satisfacción, Cedice Libertad ofrece esta investigación, con miras a la evaluación y análisis reflexivo de alternativas para el rescate de las dinámicas virtuosas en la sociedad venezolana y el impulso de la prosperidad de sus ciudadanos, en paz y libertad.

**Sary Levy-Carciente**

Coordinadora, Observatorio de Gasto Público  
Cedice-Libertad

