

Medicina prepagada. Una nueva alternativa a nuestro sistema de salud

Drs. Eduardo Morales Briceño, René Weffer Abatti

RESUMEN

La eclosión de la moderna tecnología médica con sus altos costes, sumados al progresivo deterioro económico del país, han hecho cada vez más difícil el acceso de la población a la atención médica.

El equivocado concepto de que la medicina resulta gratuita, en general la medicina pública se ejerce a través de la asignación de un porcentaje de los ingresos obtenidos de los tributos del sector productivo, hace que cada día sean más insuficientes los ingresos para el mantenimiento de la salud pública, afectándose fundamentalmente los sectores de más bajos recursos.

Igualmente, la politización excesiva del sistema de salud venezolano, sumado a una inadecuada gestión administrativa conduce a servicios ineficientes y deficientes que no llegan a cubrir las necesidades globales de la población.

Considerando estos hechos se hace una propuesta acerca del desarrollo de una medicina prepagada que no pretende ser la ideal sino una respuesta factible a la realidad médica actual venezolana, manteniendo los principios de asistencia, docencia e investigación y logrando un sistema de atención a bajo coste-eficiente y de alta calidad que cubra mayoritariamente la población venezolana.

Palabras claves: Salud. Medicina prepagada.

SUMMARY

The eclosion of the modern medical technology with its high costs plus the progressive economical deterioration in our country has made more difficult the access of the population to medical care.

The wrong concept than medical care is free, in general public medicine is practiced by assignation of a percentage of taxes paid by productive sector of the

country and this determine that every day the resources are insufficient for maintenance of the public health, affecting mainly sector with low income.

Excessive politicization of the Venezuelan health system, and inadequate administration lead to inefficient services and deficiency in coverage of population needs.

Considering these facts we propose the development of "Prepaid Medicine" which pretends not to be the ideal but factible response to the actual Venezuelan medical reality, maintaining the principles of assistance, teaching and research, trying to get a system of medical attention with a low cost-efficiency, high quality and broad coverage.

Key words: Health. Prepaid medicine.

Nuestro país está en crisis, y la salud no ha escapado a ella. El caos económico nacional, la crisis bancaria y de las compañías aseguradoras, las cuales han perdido no sólo la credibilidad sino que también han tenido pérdidas de grandes sumas de dinero, el colapso de las instituciones asistenciales y los altos costes de la tecnología médica, han hecho a la atención médica muy poco accesible a un gran sector de nuestra población.

Es de notar que actualmente este fenómeno no es sólo nacional sino mundial, aunque con algunos matices diferentes, lo que ha hecho que en los países más desarrollados y particularmente en los Estados Unidos de Norte América, se haya preparado un plan de reforma de la salud durante la presente administración (1,2).

En Venezuela, continuamos haciendo diagnósticos de la crisis. Creemos que llegó el momento de ofrecer desde ya, soluciones alternativas para salir de la misma, tratando de lograr un sistema de atención a bajo coste-eficiente y de alta calidad que cubra

mayoritariamente la población venezolana.

ANTECEDENTES

Tomando como referencia los trabajos de WL Parton, gerente del programa de entrenamiento de personal de la Organización Mundial de la Salud, citados por Aufiero (3), la medicina como ciencia ha evolucionado a través de cinco períodos, en lo que se refiere a la prestación de los servicios de la salud. El período que nos corresponde comienza a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando el desarrollo de nuevas tecnologías cambia el concepto de la medicina, del cuidado del individuo en forma aislada, por el de las estrategias de la salud en pro de la comunidad. Esto dio paso a la ciencia de la Salud Pública. Hacia mediados de la década de los 70 las autoridades sanitarias internacionales evalúan las realizaciones de este período y concluyen que los resultados fueron modestos hasta entonces (3).

Es a partir de 1978, cuando la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF patrocinan la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de la Salud y establecen la salud pública como una lucha política, reivindicando prioridades para el desarrollo social y la democratización de los cuidados médicos, preconizando el lema “Salud para todos en el año 2000” (3).

El nuevo enfoque del período es el pueblo en vez de la comunidad, la salud se hace una cuestión política y es un compromiso que debe ser asumido políticamente por el individuo, la sociedad y el poder público.

Según la Organización Mundial de la Salud, la definición de salud corresponde al “Estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (4).

En la carta de las Naciones Unidas, se nos dice “tener buena salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión o condición económica y social” (5).

Según la Constitución de la República de Venezuela, en su artículo 76, se establece: “Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quien carezca de ellos”. “Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana” (6).

En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de

Salud, promulgada en Gaceta Oficial 33 745 con fecha del 23 de junio de 1987, se establece en su artículo tercero: “El Sistema Nacional de Salud, garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza”. En su artículo cuarto reza: “El objeto del Sistema Nacional de Salud es la prestación de servicios en atención a la salud, encaminados no sólo a procurar la ausencia de enfermedad, sino a promover el mayor bienestar físico, mental y social de los habitantes del país” (7).

Contradictoriamente, durante las últimas décadas la eclosión de la moderna tecnología médica con sus altos costes, sumados al progresivo deterioro de la economía han hecho cada vez más difícil el acceso de la población a la atención médica a la que están acostumbrados.

Tomando como referencias el reciente trabajo del Clemente y col. observamos que durante la década de los años sesenta en los países del área Latinoamericana y del Caribe, se invirtió en salud un 5,7% del producto territorial bruto (PTB), mientras que en la década del 70 dicha inversión alcanzó el 6,2% del mismo. En nuestro país, la inversión del sector público en el área de salud no difiere fundamentalmente del resto de los países vecinos, ya que durante el año de 1987, se invirtió un 5,7% del PTB en el área de salud del sector público, mientras que en el sector privado dicha inversión apenas alcanzó un 0,95% del PTB (8).

En Venezuela, la atención médica se realiza a través de tres sectores fundamentales: el sector público, el Seguro Social Obligatorio y el sector privado.

El sector oficial, desde el punto de vista de la infraestructura, es el prestador más relevante, ya sea por el número de hospitales o por la cantidad de camas disponibles. Sin embargo, la administración de los hospitales públicos se encuentra dispersa, ya que la administración actual de los hospitales públicos (nacionales, estatales y municipales) está centralizada en sus respectivos sectores, desde donde se conforman sus presupuestos, se dictan sus políticas y se designa su personal, por lo que el alcance de cada uno de estos sectores está limitado por dispersión de los esfuerzos

El Seguro Social Obligatorio le da cobertura a un aproximado de 40% del total de la población venezolana (9).

Por otra parte, el sector privado, a través de las coberturas de las pólizas de hospitalización, cirugía

y maternidad de las diversas compañías de seguros, apenas alcanza un 7% de la población. Además, es de todos conocido que en los momentos actuales, como consecuencia de los trastornos del sistema financiero, la calidad del servicio que prestan las compañías de seguros dista mucho de cubrir las necesidades de la población asegurada a través de estas compañías.

Se podría decir que un amplio porcentaje de la población venezolana se halla desprovista del acceso al derecho básico de la obtención de la salud y en su gran parte el venezolano tiene que hacer frente directamente a los gastos que ocasiona la obtención de dicho derecho.

En definitiva vemos que dentro de las características del actual sistema de salud venezolano existe:

- una politización excesiva;
- una inadecuada gestión administrativa, basada fundamentalmente en una pobre información, contabilidad y supervisión,
- dispersión de los esfuerzos, lo que ha llevado a:
- prestación de servicio ineficientes,
- mal administrados y prácticamente financiados en su totalidad por el Estado,
- baja cobertura de la población, con unos resultados deficientes en el área de la prestación de la salud.

En los momentos actuales se trata de hacer una propuesta que no pretende ser la ideal, sino una respuesta factible a la realidad médica actual venezolana, manteniendo los principios de asistencia, docencia e investigación, mediante el logro de un sistema de atención coste-eficiente de alta calidad y que puede cubrir mayoritariamente a toda la población.

INTRODUCCION

En el mundo, los servicios de salud están organizados fundamentalmente de acuerdo al régimen político al que sirven, básicamente presentándose tres opciones primordiales: la opción de la medicina socializada, la medicina privatizada y la medicina pluralista (3).

El sistema de la medicina socializada se ubica fundamentalmente en el área de Europa Oriental y Asia, dándole cobertura a una población de 15 países aproximadamente.

El sistema privado, que promueve la libre iniciativa dentro del campo médico, controla la prestación de los servicios de salud, fundamentalmente en los países de Europa occidental y en América del Norte, alcanzando una población aproximada de 764 millones de personas en 33 países.

Aunque dentro de este sistema la relación de los servicios prestados varía de un país a otro, casi todas operan con seguros de salud en los países desarrollados y reconocen el ejercicio privado de la medicina y la remuneración por el acto médico. El médico actúa como empresario independiente, al igual que otros profesionales liberales y presta servicios mediante contratos con el gobierno o con instituciones de salud.

El sistema pluralista trata de conciliar los intereses de la medicina privada con la atención ofrecida por el sector público, distribuyéndose geográficamente alrededor de 38 países, ubicados fundamentalmente en Asia, África y América Latina. En estos países los gobiernos adoptan políticas híbridas con trasplantes de prácticas aparentemente socialistas para una estructura económica frecuentemente capitalista.

La característica es la incapacidad de los servicios públicos para atender la demanda, lo cual requiere la participación de la libre iniciativa. La defensa de la salud exige la práctica de una política que favorezca una convivencia armónica entre los servicios públicos y la atención privada.

MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en su artículo 19 establece que el patrimonio del sistema integrado de atención médica estará constituido por los aportes presupuestarios hechos a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) y a través de los ingresos provenientes por servicios de atención médica prestados a personas con capacidad económica suficiente, entre otras formas de recabar fondos para el mantenimiento del sistema de salud venezolano (7).

Está claro de que hoy día existe consenso acerca del hecho de que la atención médica no resulta gratuita para la población venezolana, puesto que la fuente de financiamiento del sector público proviene

de la recaudación de los diversos tributos que a su vez genera la redistribución del ingreso nacional. Los tributos del sector productivo, el cual en nuestro país alcanza aproximadamente el 30% del total de la población y sobre quien recaería la responsabilidad del subsidio de la salud del pueblo venezolano, siendo de notar que sólo el 10% de esta población percibió más de 100 000 bolívares por mes para el año 1993 (10).

Se parte pues del concepto, de que la salud desde el momento en que consume bienes y recursos es un hecho económico y como tal debe enmarcarse dentro de un planteamiento de uso racional de los recursos.

En nuestro país, el financiamiento de todo el sector público se deriva a través de la aplicación de recursos de rentas generales y, cuyo fundamento filosófico deriva del criterio de redistribución del ingreso nacional a través del sistema tributario nacional. Cuando los recursos son insuficientes, por muy diversos factores, se recurre a la emisión de deuda, lo cual genera inflación, que termina siendo el peor de los impuestos para la población. Indudablemente, esto afecta fundamentalmente al que de menos recursos dispone, que naturalmente asiste al hospital del sector público donde se le suministra una atención médica supuestamente “gratuita”.

En nuestro país también, el financiamiento de la salud se hace a través de los sistemas de Seguridad Social. En Venezuela según la ley vigente de 1967 y su reglamento de 1976, el IVSS tiene tres fuentes de ingresos, todos referidos por porcentajes de salarios. El trabajador aportará un 4%, las empresas un porcentaje variable entre el 7 y 9% según el riesgo de las mismas y el gobierno pagará los gastos administrativos y de mantenimiento de los equipos, lo cual no podrá ser menor al 1% de los salarios cotizados. Así mismo, los gastos de seguridad social tienen egresos fundamentalmente por tres conceptos: asistencia médica 6% del total de cotizaciones; indemnizaciones diarias 1,25% y pensiones y demás prestaciones en dinero, 6,25% (11).

Igualmente, la atención médica del sector público se hace a través de otros mecanismos institucionales como son el IPASME y el Instituto de Previsión de las Fuerzas Armadas Nacionales (IPFAN). Pero, en ambos casos el servicio prestado se ubica exclusivamente dentro de los profesionales que pertenecen a dichas Instituciones por lo que su alcance es limitado dentro de la población general.

Hay otro criterio que sostiene que la responsabilidad individual debe solventar los gastos de

salud. Por este mecanismo el individuo hace frente a los gastos por el pago directo de su propio bolsillo, o bien a través de un seguro, en virtud de la relación prima-riesgo, que es lo que llamamos en nuestro país, medicina privada.

Sólo aquellos individuos que no pueden responsabilizarse de los costes de su salud acuden en busca de los servicios subsidiados por el Estado.

Creemos que existe otra forma de financiamiento de la salud y tiene un fundamento filosófico en la solidaridad. La ciudadanía participa de un sistema sostenido con aportes proporcionales a los ingresos, de tal forma que la cobertura del riesgo individual se hace con carácter igualitario, aun cuando los aportes de cada uno resulten diferentes por que sus ingresos así lo sean (3).

El mecanismo es solidario porque el beneficio que se persigue y se obtiene es igualitario para todos. No se está liberando el cuidado de la salud a la pura responsabilidad individual, ni confiándola totalmente al sistema de redistribución del ingreso a través de los tributos, en otras palabras a través de los servicios de atención pública.

Así podemos ver la salud como un hecho económico, que recibe financiamiento a través de varios renglones.

- La redistribución del ingreso nacional;
- Los mecanismos de seguridad social, recibiendo un aporte de cada trabajador, así como de la empresa y del Estado, así como otros mecanismos institucionales (IPASME, IPFAN).
- El aporte individual de cada persona que se hace cargo de sus costes, bien personalmente o a través de un servicio contratado de seguros privados.

En nuestro país, estos sistemas de financiamiento funcionan simultáneamente pero sin una adecuada coordinación. Sería más apropiado crear un mecanismo de subsidio a los sectores de menores ingresos con recursos provenientes de las rentas o de la recaudación general y no gravar con impuestos de cubierto a un sub-sector, como es el sector productivo y desarrollar una política que favorezca la convivencia armónica y coordinada entre los servicios públicos y privados. En tal sentido resulta conveniente hacer una revisión de las características actuales de los hospitales públicos y privados.

Durante mucho tiempo el hospital público fue el centro que irradió el prestigio de la medicina venezolana, alcanzando altos niveles de complejidad, convirtiéndose en centros de mayor interacción para

la cultura médica y de formación de pre y postgrado. Esto se hizo particularmente notorio en la década de los 50 y 60, en que la mayor tecnología científica se encontraba en estos hospitales, aportándose los beneficios a toda la colectividad, independientemente del estrato social y/o económico del paciente.

En el hospital público se cumplen funciones fundamentales de carácter asistencial, preventivos, de docencia e investigación con una remuneración baja de su personal, el cual en muchas ocasiones trabaja ad honorem. Igualmente, el incremento del coste de los equipos condiciona un menor poder adquisitivo por parte del hospital público, lo cual se refleja en la calidad y en la renovación de sus tecnologías.

Igualmente, la dispersión de los recursos administrativos ha llevado a un deterioro de la infraestructura física de los hospitales públicos.

Los hospitales privados se han abocado fundamentalmente a la parte asistencial de la salud y en muy contadas ocasiones existen modestos esfuerzos en el área de prevención, docencia e investigación. Es indudable que por sus características económicas el personal que labora en el hospital privado, recibe mejor remuneración de acuerdo a la prestación de los servicios. Igualmente, el manejo administrativo ha permitido mantener y renovar la tecnología de los hospitales privados de acuerdo a la evolución de la medicina actual, así como ha permitido realizar labores de mantenimiento o de renovación de la infraestructura de dichos hospitales, los cuales en general se mantienen mediante la generación de sus propios recursos y requieren de una mejor administración de los mismos.

Desde el punto de vista netamente administrativo vemos que cada día los presupuestos de los hospitales públicos son cada vez más insuficientes y conjuntamente con la burocratización de la medicina, el coste resulta muy elevado. Sin embargo, vemos que el mayor volumen de las emergencias médicas son atendidas en los hospitales públicos. En contrapartida el hospital privado al desarrollarse dentro de un sistema de oferta y demanda, permite adecuar sus ingresos a la capacidad de sus servicios, así como también se adecúa el coste de producción de acuerdo a este mismo sistema.

Es indudable que el diseño del futuro hospital debe adoptar características del sector público y del privado, tratando que las nuevas instituciones tengan un máximo de los puntos fuertes de ambos y un mínimo de los puntos débiles (12).

El paso inicial debería ser la racionalización y redimensión de los servicios médicos, estableciendo funciones cuya continuidad debe asegurarse y que fundamentalmente serían:

- Asistencia, docencia e investigación.
- Auditoría.
- Programas de prevención, promoción y protección para la salud.
- Programas epidemiológicos.
- Estadísticas de atención de la salud.
- Programas de vacunación.
- Atención de personas de bajos recursos.
- Atención en áreas marginales, donde por razones demográficas y económicas no se producirá instalación del sector privado.
- Prestación de tareas y asistencia social.
- Toda otra tarea que las autoridades sanitarias consideren fundamental.

A fin de lograr estos objetivos el sector público debe ser redimensionado y cuenta con las siguientes opciones.

- Privatización de hospitales.
- Establecimiento de un régimen de concesiones.
- Cambiar de forma de administración (autogestión), como recientemente sucedió con nuestro querido Hospital Vargas de Caracas, el cual servirá de Instituto piloto y de ejemplo para una solución a la situación hospitalaria, soslayando los inconvenientes que tienen el plan político así como el plan privado y con características de libertad de administración y de gestión, pretendiendo compendiar todos los intereses de la Gobernación, Municipalidad, médicos, otros profesionales no médicos y de la comunidad (13).

Así mismo, el sector privado debe hacerse más accesible a la población de más bajos recursos, mediante el subsidio de la demanda a la población de menores recursos, por medio del establecimiento de contratos de servicios a menor coste y que tengan su compensación en función del aumento de la demanda de los servicios (14).

En conclusión, desde el punto de vista económico el sistema ideal de salud sería aquél que permitiera:

- Salud gratuita únicamente para indigentes;
- Salud subsidiada inversamente proporcional a los ingresos.
- Salud sin subsidios para la población de ingresos

suficientes.

MEDICINA PREPAGADA, UNA PROPUESTA

La razón de ser de la medicina prepagada surge de los requerimientos de un amplio sector de la población de acuerdo a los criterios médicos y de un enfoque empresarial organizador. Así mismo, trata de solucionar el problema de la salud al individuo y a su grupo familiar, utilizando los medios y características de la medicina privada y tratando de reducir las limitaciones económicas que ésta impone (3).

Según el concepto de la medicina prepagada el individuo debe ser el principal responsable de su salud. La responsabilidad del mismo se extiende hacia la búsqueda de los mecanismos de prevención y mantenimiento de la salud, así como también al derecho de propiedad sobre la cotización (15).

Dentro del marco de los esquemas de la medicina prepagada se cumple el principio básico de que la salud es un derecho de toda la población y que el individuo tendrá libertad de acceso a los diferentes sistemas de salud, tanto públicos como privados. Igualmente, dentro de los principios del esquema de medicina prepagada se establece el concepto de subsidios a la población de menores recursos, para que los mismos tengan acceso a los diferentes sistemas de atención médica (3,15).

Se puede definir a la empresa de medicina prepagada como una empresa que establece un abono mensual, mediante el cual al beneficiario y sus familiares se le cubren todos los problemas que surgen con posterioridad a su incorporación, cumpliendo con lo que el contrato de afiliación haya estipulado.

Los asociados pueden ingresar al sistema en forma directa o a través de contratos colectivos con su empresa estableciendo los servicios del prepago mediante el aporte individual o colectivo (3,15).

La medicina prepagada a través de su evolución ha creado diversos tipos y sistemas de cobertura, que por una parte responden a las expectativas de la población y por otra parte, tratan de adecuarse a los diferentes recursos económicos de éstos y a los recientes costes de atención médica. Es así como en la actualidad se pueden observar variados planes y combinaciones, ofreciendo el sistema, múltiples posibilidades para acceder al mismo. En este sentido la cobertura asistencial de la medicina prepagada se puede dividir en dos grandes sectores: uno formado por los llamados planes de cobertura total en los

cuales el paciente no realizará ninguna erogación adicional por su asistencia, y otro constituido por los planes de cobertura parcial en los que determinadas prestaciones estarán limitadas o excluidas o se debe realizar una erogación adicional por ciertos servicios (3).

La realización del acto médico se hará a través de los llamados sistemas cerrados cuando el mismo se cumple a través de una determinada nómina de profesionales y/o instituciones asistenciales; o bien a través del sistema abierto en el cual el afiliado tiene la libertad de elección de su médico y/o institución asistencial. En ocasiones se puede realizar una combinación de los sistemas abiertos y cerrados, lo que permitirá al afiliado ejercer una total libertad en la elección de su médico y/o instituto hospitalario (3,15).

Inicialmente en la mayoría de los sistemas de medicina prepagada se le dió mayor importancia a la asistencia médico-quirúrgica, pero rápidamente se fue extendiendo el alcance de la cobertura hacia todos los aspectos médicos (medicina, cirugía, obstetricia y pediatría), incluyendo los métodos complementarios de diagnóstico y de más alta tecnología, (3,15).

Aun cuando existe un listado de médicos asociados al sistema, los cuales son escogidos de acuerdo a sus cualidades científicas, académicas y de su solvencia ética y moral, se mantiene el principio de libre elección por parte de los afiliados, ya que en caso de que el profesional solicitado por el mismo no pertenezca al mencionado listado, se crea el sistema de reintegro que permitirá al paciente acceder a los profesionales no incluidos dentro de dicho listado. Igualmente, el mismo criterio se aplicará a las instituciones hospitalarias (3,15).

El sistema se fundamenta en la eficacia y la calidad de los servicios médicos, así como en la eficiencia de su gestión administrativa, el cual permite ampliar el espectro de sus servicios, tanto a sus beneficiarios como a la sociedad toda, ya que con el sistema de gastos controlados se puede ampliar la compleja gama de servicios y llevar la cuota a costes relativamente menores (3,15,16).

En este punto se hace necesario establecer diferencias conceptuales entre el sistema de medicina prepagada y el sistema privado de hospitalización, cirugía y maternidad.

Dentro del sistema de medicina prepagada, el diseño de las estrategias tiene como objetivo funda-

mental financiar la satisfacción de las necesidades de salud de las personas en forma global, mientras que en las compañías de seguro el servicio de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) se presta como una rama adicional de las múltiples posibilidades de cobertura que presentan dichas compañías, tratándose generalmente de un factor promocional de las mismas y considerándose un negocio poco atractivo, donde el riesgo de salud es poco relevante.

El sistema de medicina prepagada está orientado a otorgar una cobertura global de la salud en función de la necesidad de sus afiliados, mediante una óptima calidad y oportunidad en el servicio, mientras que las compañías de seguro HCM están orientadas a otorgar una cobertura de riesgo económica en aquellos renglones de salud que la compañía de seguros define previamente.

El sistema de medicina prepagada en su cobertura alcanza los gastos de salud menores y habituales, logrando satisfacción del cliente y control efectivo del coste. La compañía de seguro HCM está orientada a otorgar cobertura de gastos médicos mayores, restringiendo en general las posibilidades de cubrir gastos menores.

En el sistema de medicina prepagada se establece un control adecuado de costes mediante la auditoría de los siniestros y el control previo a la realización del gasto, así como la orientación y la administración efectiva de los recursos en búsqueda de la satisfacción del paciente, por medio de la integración de las diferentes instituciones hospitalarias y el establecimiento de una relación con los médicos y prestadores de salud y, por último, se mantiene la posibilidad de libre escogencia por parte del afiliado. Mientras que la cobertura de seguro HCM solamente define los riesgos que desea cubrir y se realiza una auditoría del siniestro para el control de su coste.

Es importante señalar que el sistema de medicina prepagada promociona la atención ambulatoria del paciente, partiendo del hecho de que el 80% de los problemas médicos se resuelven de esta forma. Esto indudablemente contribuye a la reducción de los costes operativos y a la promoción de la atención a través del médico de familia. Por el contrario, el seguro HCM promueve en general la hospitalización del paciente, con el consiguiente incremento de costes (14,17,18).

El equivocado concepto de que la medicina resulta gratuita, en general la medicina pública se ejerce a través de la asignación de un porcentaje del producto territorial bruto para dichos gastos, provenientes de

los ingresos obtenidos a través de los tributos del sector productivo, hace que cada día sean más insuficientes los ingresos para el mantenimiento del sistema de salud pública, viéndose fundamentalmente afectados los sectores de más bajos recursos. Igualmente, la politización excesiva del sistema de salud venezolano sumado a una inadecuada gestión administrativa conduce a unos servicios ineficientes y deficientes que no llegan a cubrir las necesidades globales de la población.

En consideración de estos hechos, se trata de hacer una propuesta acerca del desarrollo de una medicina prepagada, que no pretende ser la ideal sino una respuesta factible a la realidad médica actual venezolana, manteniendo los principios de asistencia, docencia e investigación y logrando un sistema de atención a bajo coste-eficiente y de alta calidad que cubra mayoritariamente la población venezolana.

En dicho sistema se establece la responsabilidad del individuo en la prevención y mantenimiento de la salud, mediante el pago periódico de una cotización sobre la cual el individuo tendrá total derecho y libertad de elección de sus prestadores de salud. Igualmente en el sistema de medicina prepagada se establece el principio al derecho fundamental de la salud de toda la población y del principio del subsidio, el cual permite el acceso de la población de menores recursos a tecnologías más avanzadas y por ende más costosas.

Se definen los diversos tipos de sistemas y coberturas (sistema abierto/sistema cerrado) (cobertura total/cobertura parcial), así como la extensión de cobertura amplia en todos los aspectos médicos (medicina/cirugía/obstetricia/pediatría) y todos los métodos diagnósticos de alta tecnología con el mantenimiento de características de medicina privada (listados médicos, sistemas de reintegro e incorporaciones de instituciones prestigiosas).

Se analizan y establecen las diferencias fundamentales entre los hospitales públicos y privados, las modificaciones que deberían realizarse en la búsqueda de un hospital idóneo. Se establecen y analizan las diferencias entre los sistemas de medicina prepagada y las compañías de seguro convencionales de HCM.

En base a lo anteriormente expuesto se concluye que el sistema de medicina prepagada aporta soluciones más satisfactorias y realistas en el plano de la salud mediante aplicación de políticas futuras que permitan el acceso a un mayor volumen de la

población a un tipo de medicina altamente caracterizado por la eficiencia, calidad y alta tecnología a precios accesibles a la mayor parte de la población.

El desafío fundamental del sistema de medicina prepagada está en el establecimiento de un mayor control de los servicios médicos, permitiendo mantener un desarrollo tecnológico adecuado, e incrementando la demanda de dichos servicios en edad de jubilación o incapacidad por diferentes causas (vejez, accidentes laborales, etc.).

Así como el desarrollo de esquemas adecuados de atención médica a largo plazo mediante el incremento en la eficiencia del manejo administrativo, del incremento en la calidad de los servicios y en la reducción de los costes de los mismos (15).

CONCLUSIONES

La medicina prepagada debe orientar en la búsqueda de soluciones más satisfactorias y realistas acordes con el actual esquema de la salud del venezolano.

1. Participación del sector privado en la elaboración de los planes de salud.
2. Ejecución de planes de salud.
3. Desligar al estado de ciertas responsabilidades en relación al sector salud, aun cuando el mismo preserve su papel rector del establecimiento de las políticas de la salud.
4. Modificar el enfoque de la prestación de salud en determinado grupo de población particularmente en los estratos de bajos recursos.
5. Estimular los sistemas de atención médica.
6. Control de costes efectivos.

Para concluir, el sistema de medicina prepagada busca conseguir una atención médica más humana, más eficiente y más interesada en dar satisfacción al paciente, en la medida en que estos puedan cambiar su concepto y actitud de "recibir" algo por "pagar algo".

RESUMEN

La eclosión de la moderna tecnología médica con sus altos costos, sumados al progresivo deterioro económico del país, han hecho cada vez más difícil el acceso de la población a la atención médica a la que están acostumbrados.

En resumen, bajo el régimen de seguros HCM cada uno de los beneficiarios (instituciones asistenciales/médico/compañía de seguro) tratan de obtener el mayor beneficio en forma individual, mientras que en el sistema de medicina prepagada se trata de incorporar a los integrantes del sistema en la búsqueda de una solución común, óptima y al menor coste (17).

Aquí es fundamental destacar que dentro de la organización de la medicina prepagada, ésta crece vigorosamente por la incorporación voluntaria de la población, hecho particularmente notable cuando nos enfrentamos a la necesidad de analizar una reestructuración en el sistema general o nacional de la atención médica en nuestro país (3,15).

Es evidente que el desarrollo de un movimiento de este tipo con incorporación voluntaria, respondería a un alto grado de satisfacción de la población con los servicios que la misma recibiría a través de este sistema y éste es un elemento que debe tenerse en cuenta para la evaluación e implantación de las políticas futuras. Por tanto podríamos hacernos esta pregunta. Si el sistema de salud está en crisis, ¿por qué no interesarse en las experiencias extranjeras para intentar ver en ellas más claramente? ¿Cuál es la naturaleza de esta crisis? ¿Se está ante una crisis del compromiso? (3,12,15).

Estamos seguros de que la respuesta a estas preguntas depende ampliamente de la reforma que tarde o temprano tendrá que imponerse. Dicha reforma se aplicará primero al tema de financiamiento, ya que la alternativa entre la nacionalización o la privatización parece inevitable y el esquema medicina prepagada en los países donde se ha organizado, ofrece cada vez una mayor cobertura, respondiendo a las necesidades económicas de los beneficiarios y a las incorporaciones tecnológicas de la medicina moderna. Por otro lado, el sistema ha permitido mantener, mejorar y ampliar la capacidad asistencial, puesto que permite una mayor posibilidad de acceso de la mayor parte de la población a los beneficios de este sistema (3,15).

El éxito de la propuesta de los servicios de la medicina prepagada se debe basar fundamentalmente en: la incorporación voluntaria de los afiliados, los cuales debe tener libre acceso al sistema de su preferencia y/o a la institución hospitalaria o médico que llenen sus expectativas; en el alto grado de satisfacción que experimenten los afiliados en la prestación de los servicios, así como las instituciones o de los médicos participantes en dichos sistemas.

También en:

- la participación del sector privado; se desliga al Estado de ciertas responsabilidades, preservando el papel rector de la salud; concentra su labor en los grupos más necesitados; se estimulan los sistemas de atención médica y el logro de un mejor control de costes médicos; así como también
- la cobertura con garantía de atención universal para los sectores más necesitados; la revisión del papel del estado en la prestación de los servicios de la salud;
- la revisión del enfoque del subsidio estatal al sector salud;
- mantenimiento de ciertos principios básicos de la medicina: asistencia, docencia e investigación.

REFERENCIAS

1. Woolhandler S, Himmelstein D. The deteriorating administrative efficiency of the U.S. Health Care System. *N Engl J Med* 1991;324:1253-58.
2. Konner M. *Medicine at the crossroads. The crisis in health care.* New York: Pantheon Books, 1993.
3. Aufiero J. El sistema de medicina prepagada. *Bol Acad Nac Med Buenos Aires. Suplemento. 3º Seminario: Calidad y coste de la atención médica* 1991;12-13 de junio: 75-85.
4. World Health Organization. *Measurements of levels of health.* Technical report series N° 137, Ginebra 1957.
5. Carta de las Naciones Unidas sobre Derecho a la Salud. Preámbulo N° 4-8 octubre 1945 Art. 12 dic 16, 1966.
6. Constitución de la República de Venezuela. *Gaceta Oficial N° 662 Extraordinario* 23-01-1961. *Gaceta Oficial N° 1 585 Extraordinario* 11-05-1973.
7. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Oficial N° 33 745* 23 junio 1987.
8. Clemente A. *Financiamiento en seguridad social y salud.* *Gac Méd Caracas* 1994;102(1):75-80.
9. Clemente A. Comunicación personal. (N° de asegurados y personas cubiertas por IVSS 26 mayo 1994).
10. OCEI (Oficina Central de Estadística e Informática) *Indicadores de la fuerza de trabajo. Total nacional y por regiones.* Primer semestre 1993.
11. Reglamento de la Ley del Seguro Social: 7-04-76. Artículos 198 y 116. 1967. Ley del Seguro Social 01-01-1967.
12. Aufiero J. *Propuesta para un Sistema Nacional de Salud.* Publicación de la Universidad Argentina de la Empresa. Cátedra de Economía de la Salud. 1986.
13. Estatuto del Hospital Vargas de Caracas. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 35 550.* 20 sept. 1994.
14. Dentsch S. *Internal Medicine: A multidimensional career.* Division of Education American College of Physicians. Position paper. (Sin fecha).
15. Publicación de la Asociación ISAPRES de Chile. *10 años al servicio de la salud.* Santiago de Chile. Chile. Mayo 1994.
16. *Universal Insurance for American Health Care. A proposal of the American College of Physicians Position paper.* *Ann Int Med* 1992;117:511-519.
17. Mongersdort M. *The Federal government and the changes in the reimbursement for Medicare Hospitals American Health Care Mangement Higher Math I.N.C* December 1993:110-116.
18. Gessensway D. *Shattering management care myths At Kaiser, one general internist thrives on mix of patient care and administration A.C.P. observer.* *American College of Physicians* Sept 1994;14:12-13.

“Atención de la mujer que ha sido violada”

Hay una ascendente epidemia de violaciones en los Estados Unidos. Todas las víctimas tienen agresión psicológica y más de la mitad sufren lesión física durante el asalto. La respuesta de los profesionales de la salud ante estas mujeres demanda sensibilidad y experiencia. Son cruciales una historia bien enfocada y un examen físico bien documentado. Las consistencias entre la historia y los hallazgos físicos, las pruebas objetivas del trauma reciente y

las evidencias de actividad sexual reciente, son críticas. El cumplimiento con los protocolos forenses asegura que esta información sea obtenible para el procedimiento criminal. El seguimiento a largo plazo y el soporte psicológico son necesarios para la mujer para hacer la transición de víctima a sobreviviente” (Hampton HL. *N Engl J Med* 1995;332:234-231)