

## «LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE HAN CONVERTIDO EN UN FACTOR DE PODER»

**Desde junio de 2013 pesa sobre las clínicas privadas una regulación de precios. A la imposibilidad de compensar el impacto de la inflación se suma un retraso en el pago de las facturas de servicio que, en el caso de los organismos públicos, puede superar nueve meses.**

Estudioso de la demencia, la pérdida de la memoria y otras trampas que el envejecimiento suele tender a los procesos del cerebro humano, el doctor Aquiles Salas Jiménez no pierde de vista la importancia de mejorar la imagen de la medicina privada venezolana, en el campo de las percepciones públicas; porque es allí, en última instancia, donde se fraguan las leyendas de héroes y villanos. Con palabras pausadas y ejemplos claros y pedagógicos, el presidente del Centro Médico expone, en conversación con Ramón Piñango, Virgilio Armas Acosta y Rafael Jiménez Moreno, del equipo de *Debates IESA*, las razones por las cuales la red de instituciones privadas de atención sanitaria vive una hora menguada. Habla de regulaciones draconianas, relaciones asimétricas de poder, dificultades para retener al mejor talento profesional y un débil sentimiento de cohesión en el gremio empresarial. Pero, sobre todo, revela las verdades del negocio de la salud.

**DI: Es frecuente oír a los directivos de la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales quejarse de las regulaciones de los precios de los servicios médicos. ¿Está en riesgo la sostenibilidad económica de la salud privada? ¿Por qué?**

AS: La sostenibilidad de la salud privada se ha puesto en riesgo por varias vías. La principal es la regulación abrupta e inconsulta. Desde junio de 2013 no se revisan los precios. Manejar un hospital es sumamente costoso, porque se gasta una enorme cantidad de dinero en personal de todos los niveles, que no incluye a los médicos especialistas.

**¿Cuáles aspectos de la medicina privada reguló el gobierno?**

Cuatro servicios: la emergencia, el cuarto hospitalario, la terapia intensiva y los pabellones. En estricto sentido, son más que cuatro servicios, porque la sala de emergencia se divide en emergencias de niños y de adultos; y la sala de terapia, en terapia de niños y de adultos.

**¿Y los insumos?**

De alguna manera también están regulados. Por ejemplo, están regulados el laboratorio y las imágenes, pero resulta que los proveedores de las clínicas no están regulados. El proveedor que hoy le vende una jeringa a una clínica en un precio, mañana se la puede vender al doble. A medida que la escasez y el problema de las divisas para los proveedores se han hecho más evidentes, ha habido esos incrementos. Por ejemplo, el gobierno regula el precio de una glicemia, pero no están regulados los reactivos para hacer la prueba. Tampoco tenemos precios fijos a la hora de alquilar o comprar la máquina para llevar a cabo las pruebas de glicemia.

**Las clínicas privadas nunca han sido percibidas como «hermanitas de la caridad» a los ojos de la ciudadanía.**

En el terreno de las percepciones tenemos un problema muy complejo. Se piensa que, como los médicos somos los propietarios de las clínicas, cuando termina el año nos repartimos lingotes de oro. Pero la rentabilidad de las clínicas a duras penas llega a ocho por ciento. Con el actual índice de inflación, eso no es nada. El problema de fondo es que se confunden los honorarios de los médicos con los dividendos de las clínicas. Al final del día, lo que gana cada médico depende de la clientela que tenga y de su especialidad.

**¿Se ha intentado regular los honorarios de los médicos?**

La legislación dice que los honorarios pueden ser establecidos, conjuntamente, entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica, pero eso nunca se ha hecho. Además, el gobierno no reconoce a la actual directiva de la Federación Médica.

Hace dos años, la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales, durante las discusiones con organismos gubernamentales que buscaban negociar un baremo de atención para sus afiliados, encontró métodos, tanto nacionales como extranjeros, para hacer ese cálculo, y le presentó siete propuestas al gobierno. Ninguna fue considerada. Sin embargo, hay organizaciones del Estado y ciertas compañías aseguradoras que acuerdan o establecen montos para los honorarios, pero eso ya depende de cada médico si los acepta.

**¿Por dónde revienta la cuerda de la crisis del sistema de salud privado? ¿Cómo se materializa la insostenibilidad de la situación actual?**

En la calidad de la atención. Además, la demanda ha crecido en forma exponencial desde el año 2004; cada vez es mayor la cantidad de personas que buscan servicios en las clínicas.

**¿Cómo explican ese auge?**

En primer lugar, los hospitales perdieron la capacidad para atender a la población. La gente de todas las clases sociales hace esfuerzos para recibir atención en las clínicas. Y en segundo lugar, el hecho de que el gobierno decidió dotar a todos los empleados públicos con pólizas de atención médica. Estos dos factores han hecho que la cantidad de personas que acude a las clínicas haya crecido enormemente.

**Pero los hospitales también están abarrotados.**

Por un problema de eficiencia. Me explico: en la gestión de cualquier organización de salud hay un indicador clave conocido como tiempo de permanencia de un paciente en el hospital. En el Centro Médico de Caracas el tiempo de permanencia de un paciente es, en promedio, 2,8 días por persona; es decir, una cama la pueden usar nueve o diez personas en un mes. Ese número abarca desde los casos más graves hasta los más leves. Ahora, ¿qué pasa en los hospitales públicos? En el mejor de los casos, el tiempo de permanencia es de treinta días. Si en



un hospital público el tiempo de permanencia de un paciente se acercara a diez días, en vez de treinta, se triplicaría la capacidad de atención.

**¿Cómo se explica esa permanencia tan prolongada de los pacientes en los hospitales públicos?**

Para mantener un hospital al día los gerentes deben tener libertad; no solo capacidad profesional, sino libertad para tomar decisiones. Doy un ejemplo: si en el Centro Médico de Caracas se echa a perder la lámpara del quirófano donde al día siguiente se han programado seis intervenciones, el gerente de operaciones tiene autonomía para llamar a una empresa proveedora que va a arreglar la lámpara antes de las siete de la mañana del siguiente día. ¿Por qué? Porque la empresa sabe que va a cobrar oportunamente por sus servicios de mantenimiento habitual y de emergencia. En la administración pública no hay esa libertad. ¿Qué pasa si en el Hospital Universitario se quema la misma lámpara? Pasan varios días hasta que aparezca. Y hablo de una lámpara. Hay cosas más vitales, como una prótesis, por ejemplo. Hay pacientes que pasan semanas en un hospital a la espera de una prótesis, porque no se consigue o porque la familia no encuentra cómo comprarla.

**¿Antes los directores de los hospitales tenían más libertad?**

Sin duda. Había más libertad; al menos, más confianza en los directivos de las instituciones públicas de salud. Por

otra parte, los hospitales tenían más solvencia económica y podían llamar a los proveedores. Ahora no. Con suerte, en estos momentos están pagando las deudas de 2013.

**En la Asociación de Clínicas hay 280 organizaciones afiliadas. En función de las necesidades de la población venezolana, ¿es un número pequeño o grande?**

Es un número insuficiente para atender a toda la población. Esas 280 instituciones juntas pueden sumar casi 8.000 camas hospitalarias. El Estado tiene entre cuarenta y sesenta mil camas. Acorralado por la ineficiencia, el Estado es incapaz de atender a la población. En el ámbito privado nunca se ha planteado que la red de clínicas desplace al Estado; en primer lugar, porque las clínicas no están preparadas para tal posibilidad. En Caracas solo unas contadas clínicas pueden tener hasta 200 camas.

**Se ha referido a las acciones del gobierno que interfieren en el desempeño de las clínicas. Ahora bien, ¿existe un margen de mejora por parte de las clínicas privadas? ¿Qué les falta corregir de su modelo operativo y de gestión?**

Siempre hay cosas que mejorar. Es el reto de quienes dirigimos las instituciones privadas. En términos de capacidad logística nos topamos con limitaciones impuestas por la infraestructura, generalmente envejecida. Pero en términos de calidad de servicio, sí podemos hacer

Fotografía: Laura Morales

mucho para mejorar nuestra eficiencia. Debemos procurar que la persona, tan pronto entra a la clínica, reciba un trato que se corresponda con la inversión.

Hablar de calidad de servicio implica también hablar de recursos humanos. Todas las instituciones tienen que invertir en el adiestramiento y la capacitación del personal. En el Centro Médico de Caracas invertimos un número importante de horas cada año para perfeccionar la calidad de ejecución del servicio. En particular, nos enfocamos en aquellos trabajadores que deben enfrentar, con la mejor cara posible, el «choque directo» con el paciente y su cuadro de angustia emocional. Nuestro objetivo es que predomine la cortesía y la amabilidad en todas las fases del servicio. Deseamos que cuando el paciente llegue al cuarto disfrute de un servicio de calidad comparable a una atención hotelera de cinco estrellas.

Otro aspecto en el que toda mejora siempre es poca es el ambiental. Las clínicas deben tener la mejor orientación posible, para que las personas se sientan seguras. La señalización debe ser muy clara para permitirle a la gente reconocer los sitios adonde pueden ir y a los que no. En el caso de la sede del Centro Médico, un edificio que ya tiene 67 años, la señalización hay que extremarla más y más. En estos momentos nuestros ascensores están sufriendo el desgaste propio de la movilidad vertical, que afortunadamente en nuestro caso se limita a cuatro pisos. Estamos trabajando en la renovación de las unidades.

### **Desde el punto de vista de los intereses de los propietarios de una clínica, ¿qué es lo fundamental?**

La confianza en los prestadores del servicio. Ello depende, en no poco grado, de que el paciente se sienta bien recibido, que sea informado acerca de los procedimientos médicos y terapéuticos que se le aplicarán, que sus preguntas sean satisfechas con respuestas claras y oportunas, que perciba la existencia de un instrumental tecnológico de punta. En este proceso cobra mucha importancia también la calidad del recurso humano de la institución. Lamentablemente, tenemos problemas relacionados con la alta tasa de rotación de las enfermeras.

### **¿Cuándo se puede decir que es irreversible el deterioro del servicio médico?**

Cuando los médicos cirujanos deben afrontar una operación con una men-  
güa en los insumos médicos quizás sea

conveniente replantearse la viabilidad de la gestión hospitalaria. ¿Tiene sentido ejercer la profesión médica cuando tienes que trabajar en unas circunstancias que impiden la aplicación de los conocimientos aprendidos? ¿Actúa en consonancia con el derecho a la salud y el derecho a la vida un sistema en el cual los pacientes tienen que salir a la calle a comprar gasas, sueros, ampollas o medicamentos?

No podemos llegar al punto de carecer de lo requerido para funcionar. La medicina venezolana ha alcanzado unos niveles de ejecución de excelencia. Es cierto que en algunos aspectos tecnológicos hemos tenido un retraso, muy ajeno a nuestra voluntad. Por ejemplo, todavía no hemos podido realizar tratamientos endovasculares para el reemplazo de válvulas cardíacas. Esa tecnología ya se maneja en los países in-

### **«En algunas clínicas creen que pueden prosperar si mantienen un bajo perfil»**

dustrializados. Para las clínicas venezolanas la actualización tecnológica siempre ha sido un objetivo central. No podemos renunciar a los avances de la ciencia.

### **En este caso, la naturaleza del servicio justifica unos estándares exigentes.**

Y, sin embargo, siempre están latentes los peligros del conformismo, el acomodo, la tentación a adaptarse... «¡Buena chico, cómprate la prótesis, porque la clínica no la puede adquirir!». «¡Tráetela que aquí te la instalamos!». ¡Sería terrible! En el caso de que el Centro Médico de Caracas llegase a ese punto yo haría un llamado a la reflexión. No basta con salvaguardar nuestro quince y último. La precariedad es, en muchos sentidos, la gran enemiga de la medicina moderna y de sus efectos benévolos.

### **¿Hasta qué punto las clínicas actúan como grupo?**

Las clínicas del interior del país tienen una marcada tendencia a la afiliación y a la actuación mancomunada. Lamentablemente, nosotros en el área metropolitana de Caracas no hemos tenido la misma coherencia.

### **¿Por qué?**

En mi opinión, porque no todas las clínicas están conscientes del tiempo de supervivencia que atraviesa la empresa privada. Creen que pueden prosperar si mantienen un bajo perfil o si aprovechan ciertas oportunidades, sin pensar en las otras instituciones privadas de salud.

### **¿Compiten entre ustedes?**

Sí. En algún momento hubo una pugna por captar la atención de los empleados de determinadas instituciones públicas, aquellas con las nóminas más abultadas y con mayor disponibilidad presupuestaria. El gobierno, como cliente, aprovechó el crecimiento de su poder negociador para imponer condiciones desventajosas para las clínicas. Por ejemplo, existe un promedio de nueve meses de demora entre la prestación del servicio y el pago de la factura.

Hace dos años el gobierno quiso extender estas condiciones desventajosas a todas las clínicas. En los medios de comunicación oficialistas cobró vida una campaña de opinión pública para denunciar que determinadas clínicas se negaban a aceptar pacientes provenientes de organismos públicos. En ese

contexto, se pretendió imponer, por parte de algunos departamentos de finanzas y administración de los organismos del Estado, un «baremo de precios justos» para consultas, tratamientos y operaciones quirúrgicas. En el Centro Médico de Caracas no lo aceptamos, pero nunca hemos cerrado a nadie las puertas de la emergencia.

### **Aparte del gobierno, ¿hay otro actor con fuerza de negociación para fijar las condiciones de funcionamiento del sector de salud privado?**

Desde hace unos años las compañías de seguros se han convertido en un factor de poder que, con sus procedimientos internos y prácticas administrativas, han modificado sustancialmente muchos aspectos de la prestación de la atención médica.

La creación de la figura de la «carta aval» ha causado efectos negativos para la viabilidad financiera de las clínicas privadas. ¿Por qué? Porque una carta aval no es un documento susceptible de ser transado en el mercado o consignado al banco como garantía para la obtención de un préstamo. La clínica presta un servicio a cambio de un papel que no significa enteramente un compromiso de pago de determinada cantidad de bolívares, porque las empresas aseguradoras se reservan el derecho de aceptar o rechazar parte de los gastos reflejados en la factura final por los servicios. Cuando usted multiplica este ejemplo por el número de pacientes asegurados puede hacerse

una idea bastante clara del duro impacto para la salud financiera de las clínicas. Lo peor es tratar de explicar esta situación al paciente, quien por lo general se limita a decir que no puede pagar el excedente que el seguro no reconoce, por considerarlo injusto y, además, porque contrató una póliza de amplia cobertura.

**¿Y la asociación de clínicas no ha intentado negociar de manera cohesionada con las aseguradoras?**

Sí, lo hemos intentado, pero las empresas aseguradoras se han cerrado. En cierto modo, se sienten las dueñas del negocio y en condiciones de diferir los plazos de pago, a pesar de que reciben el dinero por adelantado de todos aquellos clientes que adquieren sus pólizas. Por ejemplo, una persona le compra a una empresa aseguradora una póliza de 500.000 bolívares para obtener a cambio una cobertura de gastos médicos por un millón de bolívares. A raíz de una complicación de salud, esta misma persona acude a una clínica, se le diagnostica una enfermedad y se le manda a hacer unos exámenes que montan una determinada cantidad de dinero, siempre inferior al monto de la cobertura de la póliza. Por tratarse la póliza de un servicio cancelado antes de la contingencia de salud, ¿cuál procedimiento administrativo sería el más lógico? Lo lógico sería que la empresa aseguradora gire inmediatamente los fondos. Pero esto no ocurre. En su lugar, la empresa aseguradora emite un papel sin valor comercial alguno y se reserva el derecho a cuestionar e impugnar partidas de gastos que no se ajusten a sus baremos profesionales; baremos profesionales en cuya confección no han participado representantes de clínicas privadas ni de la Federación Médica.

¿Por qué las empresas aseguradoras no les dicen la verdad a sus clientes? ¿Por qué los mantienen engañados haciéndoles creer que tienen pólizas que cubren todos los servicios y a cualquier precio? Además, debido al mecanismo perverso de las compañías de seguros, es muy difícil que una clínica reciba el pago de una factura antes de los 35 días siguientes a la prestación del servicio.

**¿Qué significa este retraso para las clínicas privadas?**

Pérdidas y más pérdidas, porque durante esos 35 días en los cuales no es recibido el dinero por los servicios prestados la clínica debe echar mano de su patrimonio para reponer diariamente equipos y materiales. Las enfermedades y el flujo de pacientes no paran...

**¿Han retomado las conversaciones con representantes del gobierno?**

Hace seis meses nos reunimos con el ministro de Salud, Francisco Armada. Escuchó nuestros planteamientos acerca de la regulación excesiva, la falta de insumos, el atraso en la cancelación de las facturas por parte de los organismos públicos y las implicaciones de la Ley Orgánica del Trabajo vigente. En aquella oportunidad, nos dijo que la capacidad de decisión no residía en su despacho y se comprometió a buscar soluciones. En eso andábamos, cuando el presidente Maduro anunció «el sacudón» y el doctor Armada salió del ministerio.

En noviembre retomamos el diálogo con el gobierno. Asistieron el vicepresidente Jorge Arreaza y la nueva ministra de Salud, Nancy Pérez. Nos manifestaron su interés en involucrarnos en el diseño de las políticas públicas del sector salud. También plan-

**«Para mantener un hospital al día los gerentes deben tener libertad, no solo capacidad»**

tearon el propósito de implantar, en el marco de la guerra económica, un programa que convierta al Estado en el gran comprador y el gran vendedor de insumos médicos. En particular, el vicepresidente Arreaza afirmó que en el seno del gobierno nacional entienden que la empresa privada debe subsistir y mantenerse activa en el país.

**Pero hay sectores dentro del oficialismo que abogan por el fin de la medicina privada.**

Sí, es cierto. Pero también hay personas, incluso en funciones de gobierno, que nos expresan su convicción acerca de la necesidad de la existencia de clínicas y centros médicos privados. Una de estas personas nos manifestó que las distorsiones del negocio de la salud no eran producto de las clínicas, sino de las prácticas irregulares de los intermediarios y los importadores de equipos. Personalmente, me parecen muy positivos estos primeros intentos por desmontar la leyenda de que las clínicas son enemigas del pueblo. Sobre todo, porque tenemos los precios regulados desde hace 18 meses. A nosotros también nos está matando la inflación.

**¿Están de acuerdo con la posibilidad de que el Estado se convierta en el gran comprador y el gran vendedor de insumos y equipos médicos?**

No. Eso sería terrible. Preferimos la libre competencia entre varios proveedores.

**¿Ha disminuido el número de proveedores de insumos y equipos médicos?**

Sí. Ocurre a menudo que cuando llamamos a un proveedor nos informa de su salida del ramo, básicamente por la complicación en la adquisición de divisas.

**¿Ha tenido tiempo de estudiar el método de fijación de precios anunciado por la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos?**

Pienso que sería más efectivo concertar un verdadero método para determinar la estructura de costos que avanzar en una regulación excesiva, con base en la comparación de las diferentes facturas emitidas por los agentes de la cadena del sistema de salud. La factura tuya es distinta a la mía. Un parto en una clínica

del interior puede costar 30.000 bolívares, mientras que en Caracas puede alcanzar los 90.000 bolívares. ¿Qué significa esto? ¿En Caracas están robando a los pacientes? Por supuesto que no.

El elemento de fondo es la estructura de costos que varía según la especialidad científica, la cantidad y la calidad de la tecnología empleada o el estado de los servicios públicos de la zona donde funciona la clínica. La previsión contra los cortes eléctricos y la creciente inseguridad impactan considerablemente la estructura de costos. También influyen los nuevos horarios laborales creados por la Ley Orgánica del Trabajo. La solución viene dada por la sinceración de los cálculos reales y no por imposiciones.

**¿Cómo ha afectado a las clínicas la emigración de los médicos venezolanos?**

El efecto ha sido disparejo. En algunas clínicas ha habido una salida importante de especialistas. En el Centro Médico de Caracas no hemos pasado por esa situación. Sin embargo, reconocemos que el problema de mayor entidad para los tiempos venideros será la renovación del plantel médico. Hemos notado que en algunas especialidades resulta muy escasa la generación de relevo. En Venezuela hay un déficit en lo atinente a neurología pediátrica y cirugía cardiovascular pediátrica, para mencionar algunas. **El**