

# Sistema Nacional de Salud

---

## Capítulo de política sanitaria del Plan Génesis · Volumen II

Articulado conforme al Capítulo XIII (Pensiones), Capítulo XII (Datacenters IA / GuriCloud) y Capítulo XVII (Greenfield Industrial / AndinaPharma).

Fecha de proyecto: Mayo 2026.

---

## XXXVI.1 Diagnóstico del Colapso del Sistema Sanitario Venezolano

### XXXVI.1.1 Panorama General

El Sistema Público Nacional de Salud venezolano, articulado en torno al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS-Salud), al Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), al Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), y a la red Barrio Adentro, ha experimentado el colapso operativo más severo documentado en América Latina desde la guerra civil colombiana de los años cincuenta.

Indicador Sanitario	Valor 2014	Valor 2024	Δ
Camas hospitalarias funcionales (totales país)	36,500	14,200	-61%
Hospitales públicos operativos al 100%	76%	18%	-58 pp
Quirófanos funcionales (red pública)	1,520	480	-68%
Disponibilidad de medicamentos esenciales (encuesta ENH)	70%	<b>20%</b>	-50 pp
Médicos en ejercicio en territorio nacional	66,000	36,000	-45%
Médicos especialistas activos en sector público	18,500	6,200	-67%
Personal de enfermería activo	95,000	41,000	-57%
Mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)	14.4 (2014)	25.2 (2020 ANM)	+75%
Mortalidad materna (por 100,000)	65	142	+118%
Cobertura vacunal infantil completa (0–2 años)	87%	56%	-31 pp
Casos confirmados malaria (anuales)	75,000	410,000	+447%
Casos confirmados tuberculosis (anuales)	5,800	14,200	+145%
Casos confirmados difteria (1995–2015 = 0)	0	1,800 acumulados	reaparición
Esperanza de vida al nacer (años)	75.0	71.8	-3.2 años

La **escasez del 80% en medicamentos esenciales en 2018 (Fefarven), moderada a 36.9% en 2024 (Infobae)** (Encuesta Nacional de Hospitales 2024 — ENH) y la emigración de **30,000-42,000 médicos** desde 2015 (FMV abril 2026: >30,000; comunicado FMV 2024: 42,000) (~45% del cuerpo médico nacional) constituyen las dos disrupciones primarias del sistema. La **mortalidad infantil aumentó 30%** entre 2014 y 2024, y la **mortalidad materna se duplicó**.

### XXXVI.1.2 Caracterización por Subsistema

Subsistema	Cobertura Nominal	Cobertura Efectiva	Estado
MPPS — Hospitales generales y especializados	100% población	35%	Severamente deteriorado
MPPS — Red ambulatoria (Tipo I-III)	100% población	25%	Colapsado
Misión Barrio Adentro I/II/III	60% población urbana popular	18%	Mayoría inoperante
IVSS-Salud (asegurados formales)	32% población	22%	Deteriorado
IPASME (educadores)	5% población	18% (mejor que MPPS)	Deteriorado moderado
IPSFA (FANB activos + familiares)	4% población	45%	Funcional restringido
Sector privado clínico (HCM, OOP)	12% población	75%	Funcional con restricciones de insumos
Sin cobertura efectiva	—	<b>40% población</b>	Inseguridad sanitaria total

Aproximadamente **12 millones de venezolanos** carecen de acceso confiable a atención médica básica. Las regiones más afectadas son los estados Apure, Amazonas, Delta Amacuro, Sucre, Falcón rural y zonas mineras de Bolívar.

### XXXVI.1.3 Industria Farmacéutica Doméstica

Variable	2014	2024	Δ
Plantas farmacéuticas operativas (multinacionales + nacionales)	47	14	-70%
Producción doméstica medicamentos (% consumo nacional)	65%	22%	-43 pp
Importación medicamentos (mmUSD anuales)	\$2,800	\$620 (escasez)	-78%
Empleo formal sector farma	18,000	5,200	-71%
Investigación clínica activa (estudios)	145	12	-92%

Las multinacionales que operaban plantas locales (Pfizer, Bayer, Sanofi, Novartis, Roche, MSD, AstraZeneca, GSK) cerraron operaciones de manufactura entre 2017 y 2022 conservando únicamente representaciones comerciales mínimas. Plantas nacionales emblemáticas como Calox, Vargas, Genven y Elmor operan al 25–35% de capacidad histórica.

---

## XXXVI.2 Modelo de Reforma — Cuatro Pilares del Sistema Restaurado

El Plan Génesis propone un **Sistema Nacional de Salud de cuatro pilares articulados**, inspirado en los modelos exitosos de Costa Rica, Chile y Brasil, adaptado a la realidad venezolana de transición:

### XXXVI.2.1 Pilar 1 — Sistema Público Fortalecido (MPPS reformado)

**Cobertura:** Universal para toda la población venezolana (Constitución Art. 83).

**Servicios garantizados (Plan Básico Nacional de Salud):**

- Atención primaria (medicina general, pediatría, obstetricia, enfermería)
- Vacunación completa (esquema PAI ampliado)
- Atención de emergencias 24/7
- Hospitalización en pabellón general
- Cirugías esenciales (apendicitis, cesáreas, hernias, fracturas, etc.)
- Maternidad y cuidado neonatal
- Tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, EPOC, asma)
- Salud mental ambulatoria
- Tratamiento del VIH, tuberculosis, malaria
- Cuidado paliativo

**Financiamiento:** Tesoro general + IVA afectación específica + 30% del flujo de regalías destinado al Fideicomiso Constitucional de Pensiones aplicado al componente salud (Cap. XIII).

## XXXVI.2.2 Pilar 2 — Sistema Privado Complementario

**Cobertura:** Población asalariada formal y profesionales independientes que opten por seguros privados (HCM — Hospitalización, Cirugía y Maternidad).

### Régimen:

- Aseguradoras privadas reguladas por SUDESEG bajo régimen tributario simplificado de la Ley Génesis (regalía 4% sobre ingresos brutos)
- Apertura plena al capital privado nacional e internacional (Mapfre, MetLife, Sura, Liberty, etc.)
- Red de clínicas privadas con régimen aduanero especial para importación de equipamiento (Art. 89 Ley Génesis)
- Cobertura mínima legal: equivalente al Plan Básico Nacional + ampliaciones según tier
- Portabilidad obligatoria del asegurado entre aseguradoras (modelo holandés)

## XXXVI.2.3 Pilar 3 — Sistema Mixto IVSS-Salud

**Cobertura:** 8 millones de cotizantes formales activos al Año 8 (vs. 3.2 millones actuales).

### Régimen:

- IVSS-Salud separa contablemente el ramo salud del ramo pensiones (FCP independiente, ver Cap. XIII)
- Modelo de aseguramiento competitivo: el cotizante puede elegir entre IVSS-Salud o aseguradora privada acreditada (modelo Chile FONASA-ISAPRE)
- Aporte patronal 3% nómina + aporte trabajador 2% nómina (vs. tasas opacas y fragmentadas actuales)
- IVSS-Salud opera como pagador, no como prestador directo, en régimen de mercado regulado

## XXXVI.2.4 Pilar 4 — Cobertura Universal Garantizada (Cero Costo en el Punto de Atención para el Plan Básico)

**Cobertura:** 100% de la población venezolana sin importar estatus laboral o asegurador.

### Régimen:

- Plan Básico Nacional de Salud financiado con afectación específica de IVA + 8% del flujo de regalías

- Copago simbólico del 5% sobre servicios no esenciales para usuarios con capacidad de pago demostrada (modelo CCSS Costa Rica)
- Exoneración total de copago para población de menores ingresos, embarazadas, niños menores de 5 años, mayores de 65, personas con discapacidad, y enfermedades crónicas catastróficas

### XXXVI.2.5 Tabla de Articulación de los Cuatro Pilares

Pilar	Cobertura Población	Mecanismo Financiero	Provisión
1 – Público	100% (todos)	Impuestos + regalía	Hospitales y ambulatorios públicos
2 – Privado	30–40% (formales con HCM)	Primas voluntarias	Clínicas privadas
3 – Mixto IVSS-Salud	8M cotizantes	Aportes obligatorios	Ambos (público o privado, elegible)
4 – Universal Plan Básico	100% (cero costo en punto)	Tesoro + IVA + regalía	Cualquier prestador acreditado

## XXXVI.3 Reforma del IVSS-Salud – Separación Estructural de Pensiones

### XXXVI.3.1 Diagnóstico de la Confusión Actual

El IVSS actualmente comingla en una sola unidad presupuestaria los ramos de **pensiones**, **salud**, **paro forzoso** y **prestaciones sociales**, sin contabilidad separada y con flujos de caja cruzados que han devastado la sostenibilidad de ambos sistemas. Específicamente, durante la crisis 2017–2024, los aportes destinados a salud fueron desviados sistemáticamente al pago de pensiones, dejando hospitales del IVSS sin medicamentos, insumos, ni personal.

### XXXVI.3.2 Separación Contable y Operativa

El Plan Génesis ejecuta la **separación absoluta** del IVSS en dos entidades autónomas:

Entidad	Función	Régimen
<b>IVSS-Pensiones (transferido al Fideicomiso Constitucional de Pensiones – FCP)</b>	Pago de jubilaciones y sobrevivencia	Cap. XIII; financiamiento mixto regalía + aporte + capitalización
<b>IVSS-Salud (entidad autónoma reformada)</b>	Aseguramiento de salud para cotizantes formales	Aporte 3% + 2% nómina; modelo pagador
Caja del Trabajo / Paro Forzoso	Seguro contra desempleo formal	Entidad separada con régimen propio
Prestaciones Sociales	Liquidación al cese laboral	Régimen del trabajador con cuenta individual

La reforma incluye:

- Auditoría forense de los flujos cruzados 2014–2025 (cooperación BID + Banco Mundial)
- Revaluación actuarial completa de obligaciones contingentes
- Migración a sistema único de información (modernización tecnológica \$180M)
- Right-sizing del personal (de 32,000 a 11,000 entre las entidades reformadas)
- Eliminación del registro fantasma de afiliados duplicados o inexistentes (estimado 800,000 registros depurados)

### XXXVI.3.3 Marco Legal – Artículos a Reformar

Norma	Disposición Actual	Reforma Génesis
Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (Art. 7, 14)	Sistema único integrado	Sistemas separados por ramo con garantía estatal subsidiaria
Ley del IVSS (Art. 1–8)	Estructura monolítica	Bifurcación legal en IVSS-Salud + FCP
Ley Orgánica de Salud (Art. 26)	MPPS como rector único	MPPS como rector + autoridades autónomas (IVSS-Salud, IPSFA, etc.)
Reglamento General de Hospitales	Normas centralizadas	Acreditación independiente (modelo JCI o equivalente regional)
Ley del Ejercicio de la Medicina	Normas de colegiación	Apertura a re-acreditación de médicos retornados; convalidación de títulos extranjeros

## XXXVI.4 Telemedicina y Sinergias con GuriCloud (Capítulo XII)

### XXXVI.4.1 La Oportunidad Tecnológica

Venezuela tiene una geografía donde 22 millones de habitantes están concentrados en ciudades, pero los 7 millones rurales están distribuidos en un territorio del tamaño combinado de Francia y España. La telemedicina, soportada por la infraestructura de **GuriCloud** (datacenters de IA de 1 GW operativos al Año 8, Cap. XII), permite extender atención médica especializada a regiones donde no existen hospitales de referencia.

### XXXVI.4.2 Plataforma Nacional de Telesalud

Componente	Año 1	Año 5	Año 8
Puntos de tele-consulta primaria (centros locales)	0	850	<b>2,200</b>
Médicos especialistas conectados a la plataforma	0	4,500	<b>12,000</b>
Consultas de telemedicina anuales	0	3.5M	<b>18M</b>
Imágenes diagnósticas con lectura por IA (rayos X, tomografías)	0	1.2M	8.5M
Triaje automatizado vía IA (modelo entrenado en data nacional)	0	2.0M casos	12M casos
Receta electrónica nacional (% del total)	0%	35%	<b>80%</b>
Historia clínica electrónica unificada (cobertura)	5%	55%	<b>90%</b>
Costos de telemedicina anuales (mmUSD)	0	180	480

### XXXVI.4.3 Sinergias Específicas con GuriCloud

Recurso GuriCloud	Aplicación Sanitaria
Capacidad de cómputo IA (1 GW Y8)	Modelos diagnósticos por imagen (radiología, dermatología, oftalmología); detección temprana de cáncer; análisis genómico
Banda ancha nacional (proyecto Cap. XII)	Conectividad rural para puntos de telemedicina; dispositivos IoT médicos
Custodia segura de datos clínicos	Historia clínica electrónica unificada; protección Habeas Data; cumplimiento LGPD/HIPAA
Plataforma de IA conversacional	Asistentes virtuales de salud para población; recordatorios de tratamiento; educación sanitaria

## XXXVI.5 Industria Farmacéutica Doméstica — AndinaPharma y Sustitución de Importaciones

### XXXVI.5.1 La Apuesta Greenfield Farmacéutica

El **Capítulo XVII (Fondo Industrial Greenfield)** identifica a la industria farmacéutica como uno de los siete clústers de prioridad estratégica para el Plan Génesis. La empresa ancla **AndinaPharma**, conjunto de plantas modernas de manufactura farmacéutica establecidas mediante alianza público-privada con farmacéuticas internacionales, persigue la sustitución del 30% de las importaciones farmacéuticas latinoamericanas.

### XXXVI.5.2 Estructura Operativa AndinaPharma

Componente	Capacidad Y8	CAPEX	Ubicación
Planta de medicamentos genéricos sólidos (tabletas, cápsulas)	4 mil M unidades/año	\$280M	Valencia (zona industrial reformada)
Planta de inyectables estériles	800M unidades/año	\$320M	Caracas (parque farmacéutico)
Planta de biosimilares (anticuerpos monoclonales, insulinas)	35M unidades/año	\$580M	Mérida (próxima a ULA – investigación)
Planta de productos oftálmicos	180M unidades/año	\$90M	Maracay
Planta de jarabes y soluciones	320M unidades/año	\$95M	Barquisimeto
Centro de investigación clínica + bioequivalencia	200 estudios/año	\$140M	Mérida
<b>TOTAL CAPEX AndinaPharma</b>	—	<b>\$1,505M</b>	—

### XXXVI.5.3 Mercado Objetivo

Mercado	Tamaño Anual	Penetración AndinaPharma Y8	Revenue Y8 (mmUSD)
Venezuela (mercado doméstico)	\$1,800M	65%	1,170
Colombia	\$4,200M	8%	336
Perú	\$2,800M	7%	196
Ecuador	\$1,400M	9%	126
Bolivia	\$700M	12%	84
Caribe (Trinidad, Jamaica, RD)	\$1,200M	6%	72
Centroamérica	\$3,500M	4%	140
Sustitución importaciones LatAm regional total	\$15,600M	<b>8.2%</b>	<b>2,124</b>

Revenue total AndinaPharma Y8: **\$2.12 mil millones** anuales (de los cuales ~55% export). Empleos directos: ~7,500; indirectos: ~22,000.

### XXXVI.5.4 Acuerdos Estratégicos

AndinaPharma se constituye con participación accionaria mixta:

- 35% Estado venezolano (vía AEI / Fondo Greenfield)
- 30% Inversionista farmacéutico internacional (uno de Pfizer, Sanofi, Bayer, Teva, Sun Pharma; concurso público)
- 20% Capital privado nacional + retorno de empresarios farmacéuticos venezolanos
- 15% LPs del Fondo de Capital Privado de Venezuela (Cap. XV)

## XXXVI.6 Modelo Financiero del Sistema Nacional de Salud

### XXXVI.6.1 Gasto Total en Salud Proyectado (Y0–Y10)

Año	Público (mmUSD)	Privado (mmUSD)	Total (mmUSD)	% PIB
0 (2025)	1,800	1,200	3,000	3.3%
1	3,200	1,800	5,000	5.0%
2	3,800	2,300	6,100	5.4%
3	4,200	2,700	6,900	4.9%
4	4,500	3,100	7,600	4.5%
5	4,800	3,500	<b>8,300</b>	4.3%
6	5,100	3,900	9,000	4.1%
7	5,400	4,200	9,600	3.9%
8	5,700	4,500	<b>10,200</b>	3.8%
9	5,900	4,800	10,700	3.6%
10	<b>6,000</b>	<b>5,000</b>	<b>11,000</b>	3.6%

Para referencia comparativa: el promedio OECD es **9.8% del PIB** en gasto sanitario total; el promedio de América Latina y el Caribe es **6.8%**. El Plan Génesis converge a un nivel similar al promedio LatAm en términos de % PIB, pero sobre un PIB significativamente mayor en términos absolutos.

### XXXVI.6.2 Origen del Gasto Público en Salud – Régimen Estacionario (Año 8)

Fuente	Monto (mmUSD/año)	%	Mecanismo
IVA afectación específica salud (40% del IVA total)	1,400	24.6%	Constitucional
Regalía afectación 8% específica salud	1,120	19.6%	Constitucional
Aportes IVSS-Salud (5% nómina formal)	1,200	21.1%	Aporte tripartito
Tesoro general (presupuesto MPPS)	1,500	26.3%	Discrecional anual
Cooperación multilateral (OPS, BID, Banco Mundial)	280	4.9%	Donaciones + créditos concesionales
Recursos propios IPSFA + IPASME	200	3.5%	Aportes sectoriales
<b>TOTAL GASTO PÚBLICO SALUD</b>	<b>5,700</b>	<b>100%</b>	

### XXXVI.6.3 Estructura del Gasto Privado – Régimen Estacionario (Año 8)

Categoría	Monto (mmUSD/año)	%
Primas HCM seguros privados	1,950	43.3%
Pago directo (out-of-pocket) servicios privados	1,600	35.6%
Medicamentos pagados por el bolsillo	720	16.0%
Salud corporativa (medicina preventiva, programas welfare)	230	5.1%
<b>TOTAL GASTO PRIVADO SALUD</b>	<b>4,500</b>	<b>100%</b>

### XXXVI.6.4 Copago del Plan Básico – 5% No Esenciales

Servicio	Tarifa Pública	Copago 5% Usuario	Excepciones (cero copago)
Consulta medicina general	\$8	\$0.40	Niños <5, embarazadas, >65, discapacidad, hogares Q1-Q2
Consulta especialista	\$25	\$1.25	Idem
Hospitalización pabellón general (día)	\$80	\$4.00	Idem
Cirugía electiva esencial	\$400	\$20	Idem
Medicamentos lista esencial	costo	5%	Idem
Servicios de emergencia	n/a	\$0	TODOS
Vacunas PAI completo	n/a	\$0	TODOS
Atención prenatal y parto	n/a	\$0	TODAS las mujeres
Tratamiento VIH, tuberculosis, malaria	n/a	\$0	TODOS
Tratamiento cáncer pediátrico	n/a	\$0	TODOS los niños

Recaudación esperada copago Año 8: ~\$280M anuales (rebaja de costos al sistema, no constituye fuente significativa de financiamiento).

## XXXVI.6.5 Conexión con Vehículos del Plan Génesis (Capítulo V)

Vehículo	Rol Sanitario	Asignación
Autoridad Estratégica de Inversión (AEI)	Renovación infraestructura hospitalaria pública mediante concesiones APP	\$400M Y1; \$1.8B acumulativo Y10
Fondo Industrial Greenfield (Cap. XVII)	Inversión en AndinaPharma	\$300M Y1; \$1.5B acumulativo Y10
Fondo de Capital Privado de Venezuela (Cap. XV)	Adquisición de cadenas clínicas privadas; consolidación del sector	\$150M Y1; \$700M acumulativo Y10
Fondo Soberano de Inversión (Cap. XVIII)	Constitución de un Fondo Subsidiario de Catástrofes Sanitarias	\$200M Y3; \$800M acumulativo Y10
Fideicomiso Constitucional de Pensiones (Cap. XIII)	Cobertura grupal de salud para los 4M de pensionados	\$30/mes/pensionado = \$1.44B/año Y8

## XXXVI.7 Programa Retorno de Profesionales Médicos

### XXXVI.7.1 La Diáspora Médica Venezolana

Aproximadamente **30,000 médicos venezolanos emigraron** entre 2015 y 2025, distribuidos principalmente en Colombia (8,500), Chile (4,200), Argentina (3,800), Perú (3,600), Ecuador (2,900), España (2,500), México (1,800), Estados Unidos (1,200) y otros (1,500). Esta diáspora representa una de las mayores fugas de talento sanitario documentadas en América Latina, con valor económico de la formación equivalente a **\$4.2 mil millones** asumiendo costo promedio de \$140,000 por especialista formado.

### XXXVI.7.2 Programa "Génesis Médico – Retorno con Dignidad"

Componente	Beneficio	Costo Anual Y3-Y8 (mmUSD)
Convalidación expedita de título y especialidad (90 días)	Sin costo para el profesional	12
Bono de reinstalación (\$25,000 médico general; \$50,000 especialista)	Único, no reembolsable	350 (Y4 pico)
Subsidio salarial complementario primeros 3 años	\$1,200/mes adicional	280
Vivienda subsidiada en zonas prioritarias	\$30,000 valor subsidio	180
Equipamiento básico para consulta	\$10,000 valor (one-time)	60
Cobertura HCM completa familia	Valor de la prima	90
Plaza garantizada en hospital público o ambulatorio	Sí, primeros 5 años	n/a (operativo)
Beca para hijos en universidades públicas y privadas	Hasta licenciatura	35
Conectividad y telemedicina	Equipamiento + capacitación	15
<b>TOTAL PROGRAMA Y3-Y8 ANUAL</b>	—	<b>~1,022</b>

### XXXVI.7.3 Trayectoria de Retorno Esperada

Año	Médicos Retornados Acumulados	Costo Cumulativo Programa (mmUSD)
1	800	60
2	2,200	180
3	4,000	380
4	5,500	620
5	6,800	880
6	7,500	1,100
7	7,900	1,250
8	<b>8,000</b>	<b>1,350</b>

Objetivo: **8,000 médicos retornados al Año 8** (27% de la diáspora médica). Combinado con la formación doméstica de nuevos médicos, el sistema venezolano alcanzaría aproximadamente 50,000 médicos activos al Año 10 — todavía por debajo del óptimo OECD pero suficiente para garantizar el Plan Básico universal con calidad razonable.

### XXXVI.7.4 Programas Complementarios para Personal de Salud

Categoría Profesional	Diáspora Estimada	Objetivo de Retorno Y8
Médicos generales y especialistas	30,000	8,000
Enfermeros y enfermeras profesionales	18,000	4,500
Odontólogos	4,500	1,200
Farmacéuticos	3,200	800
Tecnólogos médicos (laboratorio, imágenes)	6,000	1,500
Bioanalistas	2,800	700
Nutricionistas y dietistas	1,500	400
Otros profesionales sanitarios	4,000	1,000
<b>TOTAL PERSONAL DE SALUD RETORNADO Y8</b>	<b>70,000</b>	<b>18,100</b>

## XXXVI.8 Comparables Internacionales

### XXXVI.8.1 Costa Rica — Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

La **CCSS**, fundada en 1941 y consolidada con la reforma de 1973 que universalizó la cobertura, opera el sistema de salud más exitoso de Centroamérica. Cobertura efectiva: **98% de la población**; inversión anual: **6.4% del PIB**; esperanza de vida: **80.4 años** (la más alta de América Latina); mortalidad infantil: **7.0 por 1,000** (comparable a OECD).

**Lección Génesis:** La CCSS demuestra que cobertura universal con calidad razonable es factible en países de ingreso medio-alto cuando hay (a) financiamiento estable basado en aportes tripartitos y rentas afectadas, (b) gobierno corporativo autónomo del ciclo político, y (c) prioridad continua a la atención primaria. El **Pilar 4** del Plan Génesis se inspira directamente en este modelo.

### XXXVI.8.2 Brasil — Sistema Único de Saúde (SUS)

El **SUS**, creado en la Constitución de 1988 y operacionalizado a partir de 1990, es el mayor sistema sanitario público universal del mundo, atendiendo a **215 millones** de personas. Características distintivas: descentralización (estados y municipios ejecutan; federación financia y regula); financiamiento mixto (Tesoro federal + impuestos vinculados + transferencias); cobertura universal incluyendo medicamentos de alto costo; sistema privado complementario robusto (~25% de la población tiene HCM privado).

**Lección Génesis:** El SUS prueba que sistemas universales pueden coexistir con sectores privados complementarios sin destruirse mutuamente. La separación clara de roles (público garantiza el piso; privado expande a quien puede pagar) reduce la presión política sobre el público y mejora la eficiencia agregada del sistema.

### XXXVI.8.3 Chile — FONASA + ISAPRE

El sistema chileno opera con **competencia regulada** entre el seguro público FONASA (78% de la población) y las aseguradoras privadas ISAPRE (15% de la población). Los cotizantes pueden elegir libremente entre FONASA y la ISAPRE de su preferencia. Resultados: cobertura universal nominal; esperanza de vida 80.7 años; gasto sanitario 9.0% PIB; alta capacidad técnica con mayor desigualdad entre sistemas que en Costa Rica.

**Lección Génesis: El Pilar 3 (mixto IVSS-Salud)** se inspira en FONASA-ISAPRE — competencia regulada permite eficiencia operativa sin destruir la universalidad nominal. Pero el modelo chileno también muestra los riesgos de segmentación: las ISAPRE concentran a los sanos jóvenes y descreman al sistema público de los costosos. Plan Génesis incorpora medidas de **portabilidad obligatoria** y **fondo de compensación de riesgo** entre IVSS-Salud y aseguradoras privadas para mitigar este efecto.

### XXXVI.8.4 Tabla Comparativa de Sistemas

Indicador	Costa Rica	Brasil	Chile	OECD	Venezuela 2024	Venezuela Y10 (Plan)
Cobertura efectiva	98%	95%	90%	99%	60%	<b>98%</b>
Gasto sanitario % PIB	6.4%	9.6%	9.0%	9.8%	3.3%	<b>3.6% sobre PIB mucho mayor</b>
Gasto sanitario per cápita (USD)	1,650	1,350	2,490	4,800	100	<b>390</b>
Esperanza de vida (años)	80.4	76.5	80.7	81.0	71.8	78.0
Mortalidad infantil (1,000 NV)	7.0	12.4	6.5	4.0	19.1	<b>8.5</b>
Mortalidad materna (100,000)	27	60	22	11	142	<b>35</b>
Médicos por 1,000 habitantes	3.3	2.6	2.6	3.7	1.2	<b>2.0</b>
Camas hospitalarias por 1,000 hab.	1.1	2.1	2.0	4.4	0.5	<b>1.4</b>

## XXXVI.9 Cronograma Maestro Decadal

Fase	Período	Hitos Críticos
<b>Fase I — Marco Legal y Estabilización</b>	Mes 0–6	Aprobación Ley Reformada del Sistema Nacional de Salud; separación IVSS-Pensiones / IVSS-Salud; auditoría forense; censo de personal
<b>Fase II — Estabilización de la Red Pública</b>	Mes 6–18	Restablecimiento de medicamentos esenciales (programa de emergencia \$800M); rehabilitación de 200 hospitales prioritarios; cobertura del Plan Básico
<b>Fase III — Programa Retorno Médico</b>	Mes 6–48	Convalidaciones expeditas; bonos de reinstalación; 5,500 médicos retornados al Año 4
<b>Fase IV — Renovación de Infraestructura</b>	Año 1–5	APP para 80 hospitales generales y 320 ambulatorios; equipamiento médico (\$1.2B inversión); telemedicina nacional
<b>Fase V — Industria Farmacéutica AndinaPharma</b>	Año 1–6	Construcción y arranque de 5 plantas de manufactura farmacéutica; sustitución 30% imports LatAm
<b>Fase VI — Plataforma Digital Sanitaria</b>	Año 2–6	Historia clínica electrónica nacional; receta electrónica; integración con GuriCloud para diagnóstico IA
<b>Fase VII — Maduración de Cobertura Universal</b>	Año 5–8	98% cobertura efectiva del Plan Básico; reducción mortalidad infantil a <10/1,000; reducción mortalidad materna a <50/100,000
<b>Fase VIII — Régimen Estacionario</b>	Año 8–10	Gasto sanitario total \$11B Y10; 8,000 médicos retornados; AndinaPharma export \$2.1B; sistema converge a estándares LatAm avanzado

## XXXVI.10 Análisis de Riesgos

Riesgo	Probabilidad	Impacto	Mitigación
Capacidad limitada de re-acreditación de personal	Alta	Medio	Convenios con colegios profesionales; comisiones expeditas; reconocimiento mutuo con países donde están los profesionales
Resistencia gremial a la apertura privada	Media	Medio	Diálogo tripartito (médicos, gobierno, sector privado); preservación de plazas públicas garantizadas
Volatilidad de precios farmacéuticos internacionales	Alta	Medio	AndinaPharma como ancla doméstica; contratos plurianuales; cooperación con OPS para fondo rotatorio de medicamentos
Choque epidemiológico (pandemia, epidemia regional)	Media	Alto	Fondo Subsidiario de Catástrofes Sanitarias (FSI Cap. XVII); planes de contingencia con OPS y CDC regional
Politización del sistema sanitario	Alta	Alto	Blindaje constitucional del MPPS (Cap. XXIII); gobernanza tripartita IVSS-Salud; auditorías externas anuales
Sostenibilidad financiera del Plan Básico	Media	Alto	Afectaciones específicas constitucionales del IVA + regalía; revisiones actuariales quinquenales obligatorias
Captura regulatoria por aseguradoras privadas	Media	Medio	Fortalecimiento de SUDESEG; transparencia obligatoria de tarifas; portabilidad del asegurado
Inseguridad y violencia contra personal sanitario	Alta	Medio	Coordinación con FANB reformada (Cap. XIV); protocolos de seguridad hospitalaria; seguros de vida obligatorios
Brecha digital rural en telemedicina	Alta	Medio	Programa GuriCloud Conectividad Rural (Cap. XII); puntos de telemedicina en escuelas y centros comunitarios
Insuficiente formación de nuevos médicos en universidades	Media	Alto	Inversión en facultades de medicina (UCV, ULA, LUZ, UDO, UC) vía Cap. XVII; convenios internacionales para residencias

## XXXVI.11 Indicadores de Resultado Sanitario — Trayectoria Decadal

Indicador	Y0 (2025)	Y3	Y5	Y8	Y10
Esperanza de vida al nacer (años)	71.8	73.5	75.0	77.0	<b>78.0</b>
Mortalidad infantil (por 1,000 NV)	19.1	14.0	11.5	9.5	<b>8.5</b>
Mortalidad materna (por 100,000)	142	95	65	45	<b>35</b>
Cobertura vacunal infantil completa	56%	78%	88%	93%	<b>95%</b>
Disponibilidad medicamentos esenciales	20%	65%	82%	90%	<b>95%</b>
Médicos por 1,000 habitantes	1.2	1.5	1.7	1.9	<b>2.0</b>
Camas hospitalarias funcionales (totales país)	14,200	22,500	30,000	38,500	<b>42,000</b>
Población con cobertura efectiva	60%	80%	90%	95%	<b>98%</b>
Casos malaria (anuales)	410,000	180,000	80,000	30,000	<b>18,000</b>
Casos tuberculosis (anuales)	14,200	9,500	7,000	5,200	<b>4,500</b>

## XXXVI.12 Conclusión del Capítulo

El sistema de salud venezolano no requiere reinención: requiere **reconstrucción disciplinada y financiamiento estable**. La separación contable del IVSS, la apertura del sector farmacéutico a inversión privada nacional e internacional vía AndinaPharma, la modernización tecnológica articulada con GuriCloud, el retorno organizado de los 30,000-42,000 médicos emigrados (FMV abril 2026 >30,000; comunicado FMV 2024 cifra 42,000), y la garantía constitucional del Plan Básico Nacional financiado con afectaciones específicas de IVA y regalía, constituyen el aparato instrumental mediante el cual el Plan Génesis devuelve a la nación venezolana su derecho elemental a la salud — derecho consagrado en el Artículo 83 de la Constitución y traicionado durante dos décadas de desinversión sistemática.

Las cifras proyectadas — esperanza de vida que recupera 6.2 años, mortalidad infantil reducida en 55%, mortalidad materna reducida en 75%, cobertura efectiva del 60% al 98%, gasto sanitario total triplicado en términos absolutos y mejorado en eficiencia asignativa — no son aspiracio-

nales: son metas convergentes con los promedios latinoamericanos contemporáneos, alcanzados por Costa Rica, Chile, Brasil y Colombia mediante reformas comparables ejecutadas durante períodos de 10 a 20 años.

El Plan Génesis convierte la crisis sanitaria de la peor calamidad humanitaria reciente del hemisferio en la oportunidad de construir, sobre bases nuevas y blindadas constitucionalmente, el sistema sanitario que Venezuela merece y al que su población tiene derecho.

---

**[Continúa en Capítulo XXXVII: Educación y Formación de Capital Humano para la Restauración Productiva]**