

Aproximación al costeo y la financiación de un programa nacional de paritorios para Venezuela a partir del método CAPEX/OPEX modificado

Approximation of the costing and financing of a national supply program for Venezuela based on the modified CAPEX/OPEX method

Durán, Maritza; D'Suze, Carlos; Ferrer, José; González, Rubén; Gómez-Mancebo, José; Gutiérrez, Ever; Lorenzo, Jaime; Márquez, Blanca, Rivera, Deborah, Sánchez, Sigfrido; Signorile, Vicente; Villasmil Prieto, Gustavo.

 Maritza Durán
maritzamanueladaniela@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Carlos D'Suze
cjdsuze@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 José Ferrer
jlferrerp1@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Rubén González
rubengonzalezmerchan@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 José Gómez-Mancebo
jrgmancebo@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Ever Gutiérrez
neurona062@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Jaime Lorenzo
Lorenzo.jaimeblas@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Blanca Márquez
blancammarquezzr@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Deborah Rivera
riverahdc@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Sigfrido Sánchez
sancheze@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Vicente Signorile
vicentesignorile@gmail.com
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

 Gustavo Villasmil Prieto
villasmilucv@yahoo.com.ve
Cuarta cohorte de Doctorado en Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Central de
Venezuela, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 14, núm. 1, e410, 2025
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 15 de julio de 2024
Aprobación: 23 de enero de 2025

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2025.14.1.e410>

Cómo citar: Durán M, D'Suze C, Ferrer J, González R, Gómez-Mancebo J, Gutiérrez E, Lorenzo J, Márquez B, Rivera D, Sánchez S, Signorile V, Villasmil G. Aproximación al costeo y la financiación de un programa nacional de paritorios para Venezuela a partir del método CAPEX/OPEX modificado. Rev. Digit Postgrado 2025;14(1) e410.[doi:10.37910/RDP.2025.14.1.e410](https://doi.org/10.37910/RDP.2025.14.1.e410)

Resumen: Diseño de modelo de financiamiento público para una política de salud materna en Venezuela, cuya intervención esencial consiste en la provisión de ambientes idóneos para la atención profesional del parto (paritorios). A tal fin, partiendo del análisis de la situación epidemiológica y de los factores de riesgo que inciden en la atención del embarazo y del parto en Venezuela, se propone una modificación del método CAPEX/OPEX (inversión a largo y corto plazo), para estimar el costo por unidad de atención (parto vaginal, parto por cesárea y legrado con revisión uterina) en el marco de dicha política.

Palabras clave: Política de salud materna, Financiamiento público, Atención Profesional del parto, método CAPEX/OPEX.

Abstract: This document contains the design of a public financing model for a maternal health policy in Venezuela whose essential intervention consists on the provision of ideal environments for professional delivery care (delivery rooms). Aiming to this goal and based on the analysis of the epidemiological situation and the risk factors that affect pregnancy and childbirth care in Venezuela, we propose a modification of the CAPEX/OPEX costing method to estimate the cost per unit of care (vaginal birth, delivery by cesarean section and curettage plus uterine revision) within the framework of such a policy.

Keywords: Maternal health policy, Public funding, Professional childbirth care, CAPEX/OPEX method.

INTRODUCCIÓN

La reducción de la mortalidad materna (MM) es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En tal sentido, se fijó como meta la reducción de la tasa de mortalidad materna (MM) a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para 2030. El 99 % de las muertes maternas en el mundo tienen lugar en países en desarrollo. En 2020, la razón de MM global fue de 223 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, un 34,3 % menos en comparación con 2000 cuando la misma fue de 339. Durante la era de los Objetivos del Milenio (ODM), entre 2000 y 2015, la tasa anual promedio de reducción fue del 2,7 %; sin embargo, en los primeros cinco años posteriores fue apenas fue de 0,04 %, lo cual es indicativo de un estancamiento en tales progresos.^(1,2,3,4,5)

La MM en Venezuela descendió de 330 defunciones por 100 000 nacidos vivos en 1940, a 60 en 1980, manteniéndose estable durante décadas hasta comenzar a experimentar incrementos a 90 en 2000, a 125 en 2015 y a 259 en 2020. Tras una notable disminución de las cifras de MM debido al mejoramiento de la tecnología disponible desde la década de 1930 hasta el año 2000, un importante retroceso en años recientes retrotrajo a Venezuela a cifras comparables a la década de 1960.⁽⁶⁾ Las desigualdades regionales y las crisis

humanitarias representan desafíos significativos para la mejora de la salud materna, por lo que se hace imperioso adoptar enfoques multisectoriales y reforzar los sistemas de salud, especialmente en regiones con recursos limitados, para avanzar hacia la meta de reducir la MM a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para 2030.⁽⁷⁾

Variables predictoras de MM: La edad de la embarazada, la edad gestacional, la paridad, el control prenatal, la presencia de comorbilidades y la atención oportuna del parto y sus complicaciones son predictoras de MM. A continuación, se hacen algunas consideraciones al respecto:

Edad de la embarazada: la adolescente (≤ 19 años) tiene un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y de mortalidad materna debido a la inmadurez biológica y a las dificultades de acceso a servicios de salud.⁽⁸⁾ Por otra parte, la edad avanzada (≥ 35 años) se asocia con un mayor riesgo de hipertensión, diabetes gestacional y complicaciones del parto, todo lo que incrementa la MM.

Edad gestacional: el parto pretérmino (< 37 semanas) tiene mayor riesgo de complicaciones neonatales y maternas debido a la inmadurez del feto y a las posibles complicaciones obstétricas.⁽¹⁰⁾ El parto posttérmino (> 42 semanas) incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y de mortalidad perinatal debido al deterioro de la función placentaria y otros factores.⁽¹¹⁾

Paridad: la primípara tiene comúnmente mayor riesgo de preeclampsia y de parto prolongado, en tanto que en la múltipara (≥ 4 partos) dicho riesgo se incrementa a expensas de la hemorragia posparto y la placenta previa, ambos factores que asociados a MM.⁽¹²⁾

Control prenatal ausente o no adecuado. el control prenatal adecuado está asociado a una reducción significativa del riesgo de complicaciones periparto conducentes a mayor MM; todo lo contrario, a su ausencia se asocia a mayor probabilidad de partos complicados y, por ende, de MM consecuencia de la falta de seguimiento de la embarazada y del manejo inadecuado de los riesgos presentes durante el embarazo.⁽¹³⁾

Coexistencia o no de comorbilidades: comorbilidades como la diabetes, la hipertensión o la infección por el virus de Inmuno Deficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) incrementan el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto incidiendo significativamente sobre la MM.⁽¹⁴⁾

Atención oportuna del parto y sus complicaciones: la atención profesional durante el parto reduce significativamente la mortalidad materna, al permitir intervenciones inmediatas en caso de complicaciones, en tanto que el parto sin asistencia profesional está asociado con mayores tasas de MM, debido a la falta de intervenciones oportunas. Complicaciones como hemorragia, infecciones y eclampsia son fuertes predictores de MM y requieren un manejo especializado y oportuno.^(15,16)

El método CAPEEX/OPEX: su justificación a los fines de una política de financiación de un programa nacional de paritorios para Venezuela: La muerte materna es evitable en un alto porcentaje de casos. En la mujer en edad fértil, que el embarazo suponga riesgo de muerte pone de manifiesto que la atención oportuna y de calidad durante la gestación, parto o puerperio no se está materializando. Hechas las anteriores consideraciones y con el fin de materializar una política nacional orientada a abatir la MM, se hace necesario orientar esfuerzos técnicos y financieros que conduzcan a la disposición de ambientes idóneos para la atención profesional del parto (paritorios).^(17,18,19)

A tal fin, los autores proponen un método de estimación del costo unitario por cada una de las prestaciones identificadas como críticas -la atención al parto vaginal o por vía cesárea segmentaria, el legrado uterino tras el aborto espontáneo y la revisión uterina que sigue al parto extrahospitalario, según esté indicado en cada caso- con el objeto de orientar la asignación de recursos en un contexto financiero claramente restringido.

El método CAPEX/OPEX, desarrollado por el Cuerpo de Ingenieros del Ejército de Estados Unidos para estimar los costos de inversión y operativo de la maquinaria empleada en sus distintas misiones y que ha sido ya incorporado a las mejores prácticas de costeo hospitalario, se ofrece como una herramienta útil en el esfuerzo técnico requerido para presupuestar un programa nacional de paritorios para Venezuela, ya no a partir de la oferta (presupuestos históricos), sino desde la demanda potencial estimada con base en datos oficiales.

El método CAPEX y OPEX. Su utilidad como aproximación al costo por atención obstétrica (CAO): En términos simples, el CAPEX (*capital expenditure*) representa la inversión de capital necesaria para disponer un paritorio equipado y dotado acorde a estándares aceptables. Por otro lado, el OPEX (*operational expenditure*) representa el gasto anual que supone operarlo. A los efectos de la industria de los servicios de atención médica en Estados Unidos, la relación óptima CAPEX/OPEX es 1,87, lo que significa que cada 1,87 años, el costo operativo de un establecimiento o espacio de uso médico iguala a lo que costó construirlo, ponerlo y mantenerlo en servicio.⁽²⁰⁾

Si bien un paritorio no se corresponde exactamente con la complejidad arquitectónica y tecnológica propia de un quirófano, es necesario destacar sus semejanzas con este, junto a la necesidad de disponer en él de dotaciones propias de un ambiente quirúrgico, ante la necesidad eventual de que una prestación estándar no estrictamente quirúrgica (parto vaginal, legrado o revisión uterina), deba ser transformada a quirúrgica (cesárea segmentaria seguida o no de histerectomía) ante una complicación sobrevenida, ya sea obstétrica (hemorragia, sepsis) o fetal (sufrimiento agudo).

CAPEX/OPEX en la estimación del costo-hora paritorio. Una aproximación a su cálculo: Una aproximación matemática al CAPEX/OPEX para los paritorios es $OPEX \text{ paritorio} = CAPEX \text{ paritorio} \times t \times \text{demanda potencial} \times \text{costo-hora paritorio}$ de donde t es el tiempo promedio de uso de un paritorio a los fines de una prestación dada incluida en el programa, la demanda potencial el número estimado de prestaciones a generar y el costo de cada hora de su uso. Seguel, en Chile, se ha aproximado al costo-hora de un paritorio, el cual estimó en USD 1110/ hora.⁽²¹⁾ Obsérvese que la ecuación del costo-hora paritorio estimado por el método CAPEX/OPEX resulta afectada por tres variables: 1. operatividad (paritorio operativo o no), 2. número de horas de operación y 3. número de días efectivos de operación. Por lo tanto, la condición de no operatividad de un paritorio, lo mismo que el número de días acumulados (semanas) en los que no esté operativo y disponible deben sustraerse del total de quirófanos y de días operativos a la semana, lo que resulta en el “castigo” (incremento) de OPEX.

En Venezuela, a partir de entrevistas realizadas a altos gerentes en el subsector médico-asistencial privado venezolano, el costo-hora paritorio histórico en el subsector privado de primer nivel (clase A) está por el orden de los USD 800- 900/ hora, para un promedio de \$850 (comunicación personal, doctor Pedro Del Médico Luppo, ex director ejecutivo de la Asociación de Hospitales y Clínicas Privadas, 12 de junio, 2024).

Aplicación del método CAPEX/OPEX modificado en la estimación del CAO en Venezuela: Sobre la base del criterio de expertos, se estima que t = 0,5 horas (30 minutos) para un parto normal y la cesárea segmentaria y a 0,25 (15 minutos) para un legrado/revisión uterina (Organización “Médicos Unidos de Venezuela”, comunicación personal, 15 de junio de 2014). En la estimación del costo por atención obstétrica (CAO) en el subsector médico-asistencial público venezolano, es esencial reconocer el fenómeno de la desintegración del salario, lo cual justifica sumar a dicha ecuación un concepto adicional: el de los honorarios del personal profesional a cargo de la generación de las prestaciones incluidas en el programa:

$CAO = [t \text{ hora/acto obstétrico}] \times USD 850 / (1 - 0,6) + \text{honorarios}$: El término (1 - 0,6) introducido en el denominador de la ecuación original obedece a que la totalidad de los paritorios potencialmente disponibles en Venezuela no lo está en la realidad; así, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Hospitales, en su informe de marzo 2024, ha estimado que el 60 % (0,6) de los quirófanos en los hospitales venezolanos no se encuentra disponible para producir una prestación quirúrgica con razonable seguridad⁽²²⁾. Por tanto, al 100 % (representado en términos proporcionales como 1) de los quirófanos integrados en la CAPEX se hace necesario restar el porcentaje de los no operativos (60 % o 0,6) a los fines del cálculo de la OPEX, lo que castiga apreciablemente el CAO.

Los montos por concepto de honorarios al equipo profesional a cargo de la prestación se estimaron a partir del estudio de campo a cargo de la ONG Médicos Unidos de Venezuela (MUV) cuyos resultados se resumen a continuación (ver tabla 1):

TABLA 1.
Honorarios profesionales estimados por acto obstétrico, Venezuela, 2023

Acto obstétrico	Honorarios profesionales estimados (en USD)
Parto vaginal	210
Cesárea segmentaria	650
Legrado / revisión uterina	135

Fuente: Organización “Médicos Unidos de Venezuela”, 2023 (comunicación personal, 15 de junio, 2024)

Tomando como plausibles tanto el costo-hora paritorio de USD 850 y el monto por honorarios profesionales estimados para Venezuela, se puede proceder a calcular el CAO promedio nacional para cada una de las prestaciones obstétricas antes definidas (ver tabla 2):

TABLA 2.
CAO estimado a partir del método CAPEX/OPEX modificado. Venezuela

Acto obstétrico	Costo-hora paritorio (en USD)	Honorarios profesionales (en USD)	CAO (en USD)
Parto vaginal	708,33	210	918,33
Cesárea segmentaria	708,33	650	1358,33
Legrado / revisión uterina	354,16	135	489,16

Fuente: cálculos propios.

DISCUSIÓN

En términos comparativos con las tarifas acordadas por el sub-sector privado, el CAO estimado por el método CAPEX/OPEX modificado resulta sensiblemente inferior, como se desprende del análisis de la tabla 3.

TABLA 3.
Comparación CAO + honorarios vs. tarifa propuesta Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales y la Cámara de Aseguradores de Venezuela, 2023

Acto obstétrico	CAO	Tarifa subsector privado
Parto vaginal	918,33	3.800,30
Cesárea segmentaria	1358,33	4.531,50
Legrado / revisión uterina	489,16	1.350,00

Fuente: * Cálculos propios. ** Memorándum de entendimiento convenido entre la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales y la Cámara de Aseguradores de Venezuela sobre la cooperación y fijación de baremo referencial, noviembre 2023.⁽²³⁾

Como se ha dicho, la relación CAPEX/OPEX es sensible a la existencia de paritorios inoperativos que generan incremento en los costos fijos que no se diluyen con el aumento del número de prestaciones. Este

dato no resulta menor dado el número de unidades (paritorios) no operativas en los hospitales públicos venezolanos, el cual puede ascender al 60 %. Por otro lado, la fijación de honorarios profesionales incide en un 20 % a 25 % del CAO. Se percibe como realista, reconocer tal concepto ante la creciente disminución de la equivalencia porcentual de los salarios en el sector profesional sanitario en Venezuela, y la falta de incentivos en el ejercicio médico en el subsector público.

Por último, es de destacar que, para el caso de Venezuela, los CAO estimados por el método CAPEX/OPEX modificado son sensiblemente inferiores a los establecidos en el tarifario aprobado por los organismos aseguradores privados.

Los CAO y su financiamiento: el impuesto a actividades no salutogénicas: Toda vez aproximados al CAO a partir del método CAPEX/OPEX, la propuesta de vías eficaces para su financiamiento se hace necesaria. En tal sentido, parece razonable proponer la imposición fiscal a ciertas actividades económicas lucrativas no generadoras de salud y que totalizan una proporción notablemente significativa de los ingresos fiscales del Estado. Tal es el caso del impuesto al tabaco, que en Venezuela supone hasta el 5 % del total de la recaudación anual del Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SENIAT).

Rangel,⁽²⁴⁾ refiriéndose entre otros al comercio al detal del tabaco, propone la cesión del impuesto sobre el comercio de tabaco y licores con el fin de nutrir al fisco subnacional (gobiernos estatales) y con ello, fortalecer su capacidad financiera. En tal sentido, la mencionada autora propone:

“Aprobar la Ley de Hacienda Pública de los estados para prever la cesión desde el poder nacional del cobro de impuestos a consumos específicos en fase minorista: cigarrillos, licores y gasolina, ya que las bases estarían distribuidas de forma homogénea y mejorarían la autonomía financiera”.

Es política y éticamente lícito que los recursos financieros provenientes de la tasación fiscal al comercio al detal de tabaco y licores -a actividad económica claramente no generadora de salud (no salutogénica)-, sean derivados a la financiación regional del acto obstétrico, en tanto que actividad claramente generadora de salud. Específicamente en lo que se refiere al tabaco, la cuantía de dichos recursos no ha de ser poca, a juzgar por lo señalado en el “Análisis de impacto de la política anti tabáquica de la República Bolivariana de Venezuela de 2018” publicado por la OPS/PAHO en 2018, en el que se señala que⁽²⁵⁾

“El impuesto al tabaco pertenece a los impuestos no petroleros, por lo que su importancia en la política fiscal venezolana se mide por su aportación a los tributos no petroleros. En el período 2010-2014, la participación del impuesto a los productos de tabaco no sobrepasaba el 3%, aunque en los meses de diciembre solía llegar al 5% de la recaudación no petrolera. Una vez modificada la Ley, la aportación de este impuesto ha sido superior al 5%, llegando a alcanzar, en ciertos meses, niveles del 6% y del 7%, lo que representa un aumento del 40% en la participación de dicho impuesto en la recaudación no petrolera”.

CONCLUSIONES

La aplicación del método CAPEX/OPEX modificado al caso de los paritorios como aproximación al costeo de un programa dirigido a la habilitación de paritorios en Venezuela a fin de incidir en la mortalidad materna, ofrece una perspectiva de gestión de establecimientos prestadores de servicios de atención médica que privilegia su optimización en términos operativos al tiempo que se ajusta a la medida de la demanda potencial a la que esté dirigido.

Dicha optimización se traduce en términos de economía de costos y de garantía de atención profesional idónea al acto obstétrico, con lo que plausiblemente se espera contribuir de manera eficaz al abatimiento de la MM.

REFERENCIAS

1. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015. p. 14-15.

2. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 2000 to 2020. Geneva: World Health Organization; 2022. p. 22-25.
3. Pan American Health Organization. Monitoring the health situation, trends, and determinants in the Americas. Washington, D.C.: PAHO; 2021. p. 36-38.
4. World Health Organization. Maternal mortality: levels and trends 2000-2017. Geneva: World Health Organization; 2019. p. 10-11.
5. United Nations. The Millennium Development Goals Report. New York: United Nations; 2015. p. 32-33.
6. Sánchez R, Machado A, Gledhill T, Gómez A. Mortalidad Materna en Venezuela: aspectos médicos y Políticas Públicas (Años 1940-2016). *Rev Digit Postgrado*. 2023; 12(3).DOI:10.37910/RDP.2023.12.3.e375.
7. Organización Mundial de la Salud, Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Tendencias en la Mortalidad Materna: De 2000 a 2017 [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2020 [consultado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.23-spa.pdf?ua=1>.
8. Blanc AK, Winfrey W, Ross J. New findings for maternal mortality age patterns: aggregated results for 38 countries. *PLoS ONE*. 2013; 8(4). DOI: 10.1371/journal.pone.0059864.9.
9. Cleary J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol*. 2005; 105(5):983-990. DOI:10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51.
10. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008; 371(9606):75-84. DOI:10.1016/S0140-6736(08)60074-4.
11. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196(2):155.e1-6. DOI: 10.1016/j.ajog.2006.09.016.
12. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2005; 330(7491):565. DOI:10.1136/bmj.38380.674340.E0.
13. Sullivan EA, Hall B, King JF. Maternal deaths in Australia 2003–2005. *Aust Inst Health Welf Natl Perinat Stat Unit, Maternal Deaths Series*. 2008; 3. DOI:10.1186/s12939-015-0230-6.
14. Conde A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 192(2):342-349. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.10.593.
15. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al.; WHO Global Survey on Maternal Perinatal Health Research Group. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010; 375(9713):490-499. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61870-5.
16. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014; 2(6). DOI:10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
17. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006; 368(9543):1284-1299. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69381-
18. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, et al.; Lancet Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*. 2006; 368(9544):1377-1386. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69382-3.
19. Filippi V, Ronsmans C, Campbell OM, Graham WJ, Mills A, Borghi J, et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet*. 2006; 368(9546):1535-1541. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69384-7.
20. Damodaran A. Capital Expenditure Data. Stern School of Business. [citado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.stern.nyu.edu/~adamodar/pc/datasets/capex.xls>.
21. Seguel N. A simplified method for cost calculation of bed-day and Surgery Room-Hour in a sample of hospitals in the public healthcare network of Chile [Internet]. 2021 [citado 2021 Feb 28]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349150099_A_simplified_method_for_cost_calculation_of_bedday_and_Surgery_RoomHour_in_a_sample_of_hospitals_in_the_public_healthcare_network_of_Chile

22. Villasmil GJ, Castro V, Hernández J, Castro J, Durán M, Urbina H, et al. 5 años Encuesta Nacional de Hospitales. Venezuela. Caracas: Ediciones GIDETI; 2021.
23. Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Memorándum de entendimiento convenido entre la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales y la Cámara de Aseguradores de Venezuela sobre la cooperación y fijación de baremo referencial. Oficio No. SAA-01-6321-2023, 23 de noviembre de 2023.
24. Rangel C. Sector público. En: Balza Guanipa R, Paublini MA, Spiritto F, Schwarzbauer A, coordinadores. Propuestas para el Presente y el Futuro de la Economía en Venezuela. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello y Fundación Konrad Adenauer Venezuela; 2022. p.29.
25. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de impacto de la política antitabáquica de la República Bolivariana de Venezuela, 2010-2015. Caracas: OPS; 2018. p.46.