

8ª Convención Médica Nacional

Foro sobre "Cambios en el sistema de atención de la salud: necesidades y desafíos"

1º de julio de 2004

Dr. YAMANDÚ FERNÁNDEZ.- Es realmente un placer recibirlos en la casa de la Federación Médica del Interior.

En la noche de hoy vamos a continuar este ciclo de debates que viene llevando adelante el Comité Organizador de la 8ª Convención Médica Nacional, como actividades preparatorias del evento que se desarrollará en agosto.

En esta oportunidad el gremio médico nacional, representado por el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior, tiene el altísimo honor de recibir a la señora Embajadora de la República Bolivariana de Venezuela, Dra. María Lourdes Urbaneja, que nos va a contar la experiencia de su país en materia de reformas de los servicios de salud.

Sin duda, conocer este tipo de experiencias va a constituir un muy valioso aporte para todos nosotros, que nos encontramos abocados, de acuerdo con lo que hemos establecido para esta 8º Convención, a intentar lograr entre todos un Uruguay más saludable.

No voy a tratar de reproducir el extenso currículum que tiene la señora Embajadora porque sería imposible para mi memoria, pero creo que alcanza sólo con mencionar que se trata de una médica especialista en Salud Pública -entre otros posgrados- y que, además, fue Ministra de Salud de su país. Me parece que mencionar solamente esos antecedentes me exime de otra presentación.

Vamos a pedir, pues, a la Dra. Urbaneja que nos cuente su experiencia.

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- En primer lugar, quisiera expresar mi agradecimiento al Comité Organizador de la 8ª Convención Médica Nacional, en la persona de los Dres. Tabaré Caputi y Leonel Briozzo, quienes muy amablemente me visitaron y me hicieron el honor de trasmitirme la invitación de ustedes para estar aquí esta noche.

Estamos abordando una tarea muy importante, a la que doy muchísimo valor, que es tratar de intercambiar experiencias y opiniones y reflexionar un poco sobre un tema que hoy es central en nuestro continente, si queremos acercarnos a la búsqueda de la equidad, esa inmensa deuda en nuestro continente, que está plagado de desigualdades, de inequidades. Es el más inequitativo del mundo; tenemos ese récord Guinness.

Por lo tanto, creo que conversar sobre estas cosas y reflexionar juntos es muy importante y, para mí, constituye un desafío, un reto, porque significa, desde afuera y por supuesto tomando distancia, trasmitirles lo que me tocó vivir mientras fui Ministra y también lo que ha sido la construcción de políticas públicas en Venezuela y sus posibilidades, potencialidades y desafíos.

Como ya lo saben ustedes, hemos pasado cinco años en nuestro proceso bolivariano pensando, accionando y, por supuesto, viviendo ese apasionante, intenso y rico proceso venezolano bolivariano desde el campo de la construcción de las políticas de salud,

primero en el ámbito de la cooperación y de las relaciones internacionales desde nuestro Ministerio y posteriormente, durante dos años y medio, como Ministra.

Desde el marco de la construcción del derecho a la salud en Venezuela y teniendo como centralidad una política pública transformadora, nuestra experiencia fue y seguirá siendo un desafío permanente para el conjunto de nuestro quehacer público.

El proceso de diseño y construcción de los lineamientos de la política representó, indudablemente, un esfuerzo de sistematización, de adaptación del arsenal de conocimientos que tenemos. Yo diría que el arsenal de conocimientos está ahí. Creo que no tenemos mucho que inventar; tenemos que aprender de ese arsenal de conocimientos en el campo de la medicina social. Y también el aporte de mucha gente en este continente nos ha permitido avanzar en concepciones y en concreciones de políticas y sistemas universalizadores del derecho a la salud y la calidad de vida.

Pero, además, en nuestro país estaba el mandato de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Con esto quiero decir que no hemos hecho grandes innovaciones desde el punto de vista del arsenal conceptual, porque como militantes que hemos sido del movimiento de la medicina social en América Latina, desde hace muchos años venimos tratando de construir, de diseñar, de motorizar, de promover, de movilizar las políticas públicas garantizadoras de derechos en nuestro continente. Y en nuestro país, repito, el haber podido realizar una Asamblea Constituyente y, con ella, dar nacimiento a una nueva Constitución nos coloca un mandato en el quehacer público: el mandato de la Constitución, que reserva capítulos inmensos a la garantía de los derechos sociales. Por lo tanto, nuestro desafío, nuestro reto es ponernos a tono con ese mandato de la Constitución.

Esta experiencia hoy día en Venezuela significa la gestación de un proceso muy rico, innovador, yo diría que revolucionario -más adelante voy a decir por qué- en salud, en el marco, por supuesto, de un proceso revolucionario mayor, mucho más comprensivo, más amplio, de empoderamiento de un pueblo donde los pobres hoy tienen voz propia. Se han visibilizado en una lucha intensa, asumiendo la conducción de procesos importantes, lo que sin duda impulsa la profundización de los cambios, tanto los conceptuales como los relativos al quehacer.

Siempre digo que el proceso bolivariano no sería posible si no hubiera logrado ese inmenso empoderamiento del movimiento social venezolano, de ese pueblo que ha asumido en sus manos las riendas de su propio destino y que ha asumido, además, la defensa de las posibilidades de su esperanza. Creo que ese es el aliciente mayor que tienen los procesos de cambio que hoy día están en marcha en Venezuela.

Así que con mucha humildad podría decir que este período en el Ministerio nos permitió desarrollar un marco conceptual de políticas desde los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que sin duda cuenta con el aporte, la contribución y muchas ideas y propuestas que desde hace mucho tiempo venimos impulsando en los diferentes rincones de América Latina.

Por ello, creo que no se trata, entonces, de innovación, pero sin duda sí de una inmensa decisión política, de un profundo compromiso ético con las necesidades de la gente, junto a la promoción y el fortalecimiento del empoderamiento social como estrategia fundamental y la forma más perenne de sostener los cambios sociales que necesitamos.

Cuando me preguntan qué es lo que puedo identificar como más importante en el proceso bolivariano hoy, yo siempre señalo esas dos cosas: por un lado, el profundo compromiso que tiene ese proceso con la vida de la gente, con las necesidades de la gente, con la dignificación de la vida, con promover y desarrollar cada día mejores formas del quehacer público para cada vez más alcanzar mejores condiciones de vida; y, por el otro, todo lo que

ha sido el proceso de movilización social y de generación de diversas formas de organización social. Esto es muy importante para comprender el estatuto de las políticas públicas garantizadoras de derechos. Nuestra Constitución tiene varios ejes transversales, pero uno de ellos es esa participación activa y protagónica de la gente, en ese esfuerzo por construir una democracia que tenga realmente participación popular.

Así que como militante de este movimiento de la salud colectiva, de la medicina social, aunque hoy cumpliendo otras tareas, mi compromiso continúa con esta pelea en el país y en el continente, por lo que encuentros como éste me permiten profundizar, sistematizar lo vivido y fortalecerlo con el intercambio, enriqueciendo la discusión.

En este intercambio quisiera, quizás de manera didáctica para mí, separar tres momentos de ese proceso que hemos vivido en la construcción de las políticas públicas sociales en Venezuela, que tienen que ver con momentos del proceso bolivariano.

Entonces, voy a ir a los comienzos de nuestro proceso, que se ubican en 1999, cuando se inicia en Venezuela una nueva situación política y social y cambian los actores políticos. Indudablemente, eso fue un elemento fundamental del proceso bolivariano que se inicia en 1999: cambian los actores políticos y se abre un amplio proceso de discusión y revisión nacional que busca la refundación constitucional del país y dar paso a la transformación del marco jurídico e institucional vigente, con el objetivo de crear las condiciones para instalar en el país una real democracia participativa y protagónica, estimular un modelo de desarrollo equitativo, basado en el ser humano, desde los espacios territoriales, y favorecer la corresponsabilidad de toda la población en la atención de sus problemas más urgentes y estructurales.

Eso es lo que llamamos la fase inicial del gobierno: es todo el proceso constituyente, el marco constitucional para la transición de un régimen de democracia representativa a un régimen de democracia participativa, con el pueblo poniendo en movimiento lo que llamaría nuestro poeta Aquiles Nazoa sus poderes creadores con el fin de refundar la República. Una sociedad democrática es el planteo que nos hacemos en esa Constituyente: cómo construir, cómo diseñar una Constitución que haga posible el esbozo de lo que debe ser una sociedad democrática, participativa, protagónica, multiétnica y pluricultural y que asegure los derechos fundamentales de la vida.

Vivimos ese momento en medio de lo que recibimos: un profundo desmejoramiento en las condiciones de vida de la población, en un contexto de escasez de recursos fiscales y frente a una baja capacidad de respuesta de los organismos públicos para satisfacer las demandas sociales.

Se inicia desde el gobierno, entonces, un proceso de transformación de las instituciones públicas, posibilitado por la aplicación de una ley habilitante que otorgó poderes especiales transitorios al Presidente de la República y la instauración de ese proceso constituyente, que tiene su máxima expresión en la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente.

Nosotros hemos vivido hasta este momento dos procesos de habilitación del Presidente mediante leyes especiales, y esto va a ser muy importante, como lo veremos más adelante, porque es a partir del segundo proceso de leyes habilitantes, en octubre de 2001, cuando se inicia de manera más intensa la escalada de los sectores antinacionales y golpistas de la oposición venezolana.

Esa fase inicial del gobierno, entonces, tiene esas leyes habilitantes en 1999, que apuntan a diferentes objetivos: fortalecer las instituciones del sistema financiero del país, modificar el régimen tributario, eliminar algunos organismos públicos para dar nacimiento a otros, modernizar los trámites administrativos, encarar las relaciones entre el Estado y el sector

privado, etc. Esos fueron los elementos más importantes de ese primer momento habilitante de 1999.

Decía que recibimos el país en esas condiciones. Y con relación a la situación de la salud pública en Venezuela, por supuesto no tenemos un panorama muy diferente ni tan distante de lo que ocurre en el resto de nuestro continente: deterioro de las condiciones de vida y salud, como una de las peores consecuencias del modelo político, cultural y económico dominante hasta ese momento, surgido en los últimos cuarenta años, que había fracasado rotundamente. Sus contradicciones se habían agudizado a partir de los años ochenta, con las propuestas que para el sector se pusieron en marcha en aquella célebre "década perdida" de los ochenta y después en la "década de los años felices" -como diría Stiglitz- de los noventa. Era un modelo, además, totalmente no democrático, clientelar, basado en intereses de partidos, en intereses de sindicatos y gremios que habían perdido su razón de ser, convirtiéndose en cúpulas desvinculadas totalmente de sus bases y de su gente.

Se había producido una fragmentación en múltiples sistemas públicos de atención y previsión -cosa nada extraña en el conjunto de nuestro continente-, tanto en su organización como en su financiamiento y administración, así como un parcelamiento de programas, con una red de centros de salud totalmente medicalizada, esencialmente curativa, desfinanciada desde el punto de vista presupuestario, con pérdida de calidad, de eficiencia, de eficacia y, por supuesto, incrementando progresivamente los gastos directos realizados por los ciudadanos, las ciudadanas y las familias, y provocando una profunda insatisfacción por la no cobertura de sus demandas.

Ese era el panorama que recibimos en el país en general y en el sistema de salud en particular. El país, como sabemos, presentaba además un panorama de más del 50% de pobreza, con precarias condiciones; en fin, una serie de problemas que se reflejaban, naturalmente, en los indicadores básico de salud. La fotografía de ese momento la podíamos encontrar en una elevada tasa de mortalidad infantil -23,4‰; vamos a ver más adelante cuáles han sido los logros que hemos alcanzado en cuanto a evitar muertes infantiles-, bajas cifras de control prenatal, altas tasas de mortalidad materna, disminución de la cobertura vacunal, precarización de las condiciones de vida; en fin, todos esos indicadores en los que no me voy a detener porque los podemos revisar en cualquiera de los anuarios de esa época. En todos nuestros países ocurre más o menos lo mismo; en cualquiera de los informes de los organismos internacionales podemos conseguir esa fotografía.

Además, el otro componente de esa situación tenía que ver con la red de servicios. Es decir, por un lado, un deterioro de las condiciones sociales y de la institucionalidad política; por otro, indicadores de salud como respuesta a ese deterioro de las condiciones económicas y sociales del país; y, en tercer lugar, un deterioro de la red de servicios de atención, fundamentalmente los dependientes de los organismos públicos.

En nuestro país tenemos una inmensa red de atención pública dividida fundamentalmente en dos grandes redes: una de lo que se llamaba en aquel momento el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y la otra del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Por supuesto, estas dos redes estaban totalmente desfinanciadas y vivían un proceso de descentralización que había comenzado en Venezuela en el año 1989, que tenía las características de esos procesos descentralizadores que se iniciaron en el continente desde fuera del sistema; es decir, la descentralización no como una herramienta para dar respuesta a los problemas del sistema y corregir esas fallas que señalábamos, sino como una herramienta desde afuera, como parte de la estrategia de reestructuración del Estado, pero buscando que se desprenda cada vez más de responsabilidades, disminuyendo su

capacidad y su responsabilidad en la gestión de políticas sociales. Fue un proceso descentralizador que además produjo graves problemas de organización del sistema, pero que sobre todo no definió responsabilidades y competencias y desdibujó el rol rector, el rol regulador del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como organismo central de la conducción de la política.

Así que mientras gobiernos estatales enfrentaban complejidades en la situación de salud en territorios con amplias dificultades organizativas y administrativas, teníamos cada vez un presupuesto menor y el Ministerio no contaba con capacidades de direccionamiento y conducción como órgano rector de las políticas públicas. Es decir, recibimos entonces un sistema público nacional de salud totalmente fragmentado, desorganizado, sin conducción y sin dirección y en medio de un proceso descentralizador que nunca fue realmente un proceso de democratización del sector, que significara compartir competencias y obligaciones entre los diferentes entes públicos, sino que por el contrario condujo a la desestructuración de la capacidad de conducción del sistema de políticas públicas en nuestro país.

Lo mismo pasaba con el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, aunque con un tamaño y una complejidad menores que en el caso del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, pero también con un marcado deterioro tanto en su planta física como en lo que respecta a su calidad y al nivel de prestación, con un déficit financiero inmenso y sin recursos para el conjunto de las demás prestaciones de la seguridad social. Esto, por supuesto, trajo como consecuencia una disminución importantísima de la cobertura, también relacionada con un cambio en la estructura del trabajo en Venezuela, que estaba totalmente transformado, lo cual se expresaba en el aumento cada vez mayor de la informalidad. Casi el 50% de la población económicamente activa estaba empleada fundamentalmente en el sector informal y había un 15% aproximadamente de desempleo abierto. Esto hacía que las posibilidades financieras, en esa concepción de la seguridad social que parte del aporte importante de la masa trabajadora, estuvieran muy disminuidas. Por otra parte, recibimos un proceso de reformas adelantadas, que venían incubándose en los diferentes gobiernos, pero sobre todo en el gobierno inmediatamente anterior, el del Dr. Caldera. Se había creado un marco jurídico que privatizaba la seguridad social y acentuaba la fragmentación del sistema de salud, transfiriendo la administración de los fondos y la prestación de los servicios a entidades públicas, privadas o mixtas. Desde nuestra visión y compromiso con la universalización de los derechos y, por tanto, con la necesidad de garantizar a los trabajadores las mejores posibilidades de lograr su bienestar, ésta no era la vía para resolver el problema. Era la vía perfecta para privatizar la salud y para profundizar el fracaso general del sistema.

Es muy importante señalar esto porque nos costó el trabajo de volver de ese modelo privatizador de la seguridad social, a través de una nueva ley orgánica del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con el mandato de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Además, aquí no tenemos que aprender: todo está dicho. Hoy día está demostrado que aquellos sistemas que son más eficientes y más equitativos son los que logran el máximo de universalización y que trabajan, prioritariamente, con financiamiento público.

Ese es el panorama que recibimos en ese inicio del gobierno en 1999. Es el contexto en el cual nos tocó iniciar la acción de gobierno en las políticas públicas.

Decía nuestro primer Ministro de Salud en aquel entonces, el Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa -lamentablemente, fallecido-, que la peor enfermedad es la vida que llevamos. Para él, la salud no era más que la expresión de las posibilidades de vida y las oportunidades

que tengamos de tener acceso al bienestar. Por eso, él decía que la peor enfermedad es la vida que llevamos.

Así que en febrero de 1999, desde el gobierno bolivariano se inicia una nueva gestión del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Antes de entrar a referirme a ella, quisiera avanzar un poco en esto porque nos muestra el marco de posibilidades que hemos tenido para llevar adelante estas políticas.

Después de esa etapa de la ley de 1999, tuvimos las leyes habilitantes de los años 2000 y 2001, que fueron las célebres 29 leyes habilitantes que fueron firmadas por el Presidente y puestas en vigencia en octubre del año 2001. Había tres o cuatro que han pasado a ser emblemáticas de este proceso bolivariano.

Una de ellas es la ley de tierras. Otra es la de creación del sistema microfinanciero, que dice relación con la democratización del capital, con las posibilidades de mejorar la situación de quienes nunca han tenido acceso a un crédito para emprendimientos. Ustedes saben que para quien no tiene referencias no hay cosa más difícil que conseguir un crédito. Cuando alguien va a pedir un crédito, primero le preguntan si tiene antecedentes de haberse endeudado; si no los tiene, no puede acceder al crédito. Entonces, la creación del sistema microfinanciero tenía como objetivo fundamental generar un cambio en las posibilidades de acceso al crédito de las personas que nunca las habían tenido.

Después está la ley orgánica de hidrocarburos, que es muy importante, porque es lo que permite hoy que los recursos de PDVSA no se queden en el circuito internacional de realización del capital, sino que hoy, después de cumplir con la ley sobre el impuesto a la renta y sobre la regalía, que se modificó, quedan recursos extraordinarios para el financiamiento de las políticas sociales; es decir, esto permite la incorporación del capital petrolero al capital social del país.

Por supuesto, el Banco de Desarrollo Económico y Social de Venezuela es una herramienta fundamental en nuestro país, no sólo como palanca de los proyectos más importantes, sino también para el manejo de la situación financiera, y junto con el Ministerio de Finanzas ha permitido que en toda esta época no hayamos tenido que recurrir al Fondo Monetario Internacional. Hemos hecho un adecuado manejo de la deuda interna y también de la deuda externa, lo cual nos ha posibilitado esa autonomía para el manejo de la problemática.

Otra ley importante fue la de pesca, que tiene como objetivo, fundamentalmente, recuperar la labor de los pequeños pescadores, de la pesca artesanal, porque la gran pesca industrial, la gran pesca de arrastre estaba arruinando a los pequeños pescadores y, por lo tanto, a comunidades enteras de nuestro país, que, como sabemos, tiene un rico mar territorial para la pesca. La ley de pesca es, por lo tanto, muy importante porque permitió incorporar a este sector, que estaba siendo desplazado por la gran pesca industrial.

Son fundamentales estos dos elementos: leyes habilitantes y posibilidades de una nueva institucionalidad, al calor de la nueva Constitución.

Pero, indudablemente, hay otros elementos que son importantes para comprender en lo que hemos estado y lo que ha costado. Me refiero a la tragedia de Vargas, que fue un hito fundamental en la vida del proceso bolivariano. El día que estábamos ratificando la Constitución, el 15 de diciembre de 1999, sobrevino esta tragedia que cambió el rumbo. Podríamos decir que hay un antes y un después de Vargas, porque realmente esto significó una tragedia sin parangón en la historia de las catástrofes naturales en nuestro país y ocupó gran parte de nuestro quehacer desde entonces hasta casi todo el año 2000.

Además, de acuerdo con el informe de la CEPAL, los daños causados por la tragedia de Vargas alcanzaron la cifra que muestra la lámina que estoy exhibiendo, y si sumamos eso a lo que significó el sabotaje petrolero, ustedes se imaginarán el esfuerzo que hemos tenido

que hacer para remontar la cuesta y, como dice el Ministro Giordani, para que el submarino salga a flote.

Después, por supuesto, tuvimos que enfrentar -ustedes ya lo conocen- el golpe de Estado del 11 de abril, con todas las pérdidas que significó desde el punto de vista del Producto Bruto Interno, del decrecimiento, lo que fue la devaluación de la moneda, etc., todo lo cual nos llevó a finales de 2002 y comienzos de 2003 a tomar la decisión del control de cambios, que era necesario porque, si no, nos íbamos a quedar sin reservas internacionales. No voy a caracterizar el golpe de Estado; las fotografías que estoy mostrando son muy elocuentes en cuanto a lo que significó aquel gesto terrible de aquellos días oscuros para la democracia de nuestro país.

Por supuesto, esos días oscuros fueron compensados por el día histórico que siguió, pues -como dice el Presidente- no hay 11 sin 13, por el 13 de abril, cuando el pueblo, en aquella hazaña heroica -una señora en Johannesburgo le decía al Presidente que era un milagro-, a través de una alianza cívico-militar, fue capaz de derrotar la opresión, el oscurantismo, la dictadura. Desde luego, después de eso no se quedaron tranquilos y seguimos viviendo problemas.

Yo diría que desde el punto de vista del impacto en la vida del país eso constituye un daño que todavía no se ha terminado de evaluar. A pesar de los esfuerzos hechos en PDVSA, hoy día todavía no hemos logrado recuperarnos en su totalidad de lo que fue el impacto que el sabotaje petrolero tuvo para el país: pérdidas para la empresa, pérdidas para el Fisco nacional, que si las sumamos a otras pérdidas registradas nos sitúan en los US\$ 10.000:000.000 aproximadamente.

Decía que es importante entender eso para comprender el esfuerzo que hemos hecho desde el gobierno al asumir el reto de rescatar las políticas sanitarias, desde los principios de la equidad, de la integración, de la universalidad, de la accesibilidad, de la solidaridad. Fueron esos los primeros caminos andados, los primeros pininos, los primeros pasos, desde la gestión del Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa. Diría que es fundamental el camino escogido. Ha habido diferentes momentos. Yo identifico tres en la construcción de las políticas sanitarias en Venezuela. El primero fue a partir de 1999 y se extendió hasta marzo de 2001. Siempre digo que lo que ha caracterizado todo esto han sido dos elementos: por un lado, el objetivo -lo que perseguimos, lo que nos fijamos como meta- y, en segundo lugar, la decisión, el haber contado con la decisión política del gobierno, con la decisión política del Presidente, el haber logrado incorporar desde el comienzo en la agenda política del país, en la agenda pública, la necesidad de la reestructuración y de la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud. Esto es fundamental, porque no es posible establecer cambios si no los asumimos como una prioridad.

El objetivo ha tenido una dirección permanente, que ha sido la construcción de un sistema público universalizador de derechos, que tenga como brújula la equidad, que organice respuestas de manera integral, que dé respuestas a las necesidades de la gente. Para ello, hemos recorrido diferentes caminos y hemos hecho distintos aportes.

En este primer momento, ese fue el diagnóstico que hicimos. Como decía anteriormente, nos propusimos rescatar el sistema sanitario. Y esto de rescatar es muy importante porque vamos a ver al final, en el tercer momento, cómo hemos escogido caminos colaterales para lograr la transformación de ese sistema. Porque las dificultades internas que tenía el sistema, las dificultades organizativas, la manera como se construyen los procesos, las dificultades para transformar el recurso humano al interior, hicieron necesario escoger algunos caminos que hoy están dando mucho éxito y que creo que nos van a permitir la transformación definitiva del sistema sanitario.

A comienzos de 1999 aprobamos lo que se llamó en aquel momento la reestructuración de los organismos públicos de la Administración, y pasamos de ser el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a ser el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. En aquel momento, cuando se hizo este cambio, realmente pareció que se trataba de un aspecto burocrático. Había un Ministerio de la Familia que tenía la dirección de una serie de programas sociales, algunos con mucho carácter asistencialista, focalizador, producto de lo que regía en la década de los noventa, es decir, el proyecto neoliberal, privatizador por un lado, pero además con esa conceptualización de las políticas asistencialistas, subsidiarias, aliviadoras de la pobreza.

Yo siempre decía que en la década de los ochenta y de los noventa, en nuestro continente, surgió una pléyade de lo que yo llamaba los "pobretólogos", que se dedicaron a estudiar la pobreza, a identificarla en números, y entonces la pobreza se convirtió en una cifra, pero nunca hubo políticas realmente dirigidas a superar la pobreza, sino que llevaban a que se mantuviera. Parece que la pobreza se convirtió en un elemento funcional al sistema. Es imposible que un sistema con esa lógica neoliberal funcione si no hay un componente de pobreza que lo haga posible.

Cuando dimos nacimiento al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, estaba naciendo también una posibilidad de pensar las políticas de salud de manera más integral, como componente de condiciones y calidad de vida, lo cual se ha convertido en la centralidad de la acción en las políticas sanitarias de nuestro gobierno bolivariano. Entonces, empezamos a repensar ese Ministerio, para ver cómo esa transformación se convertía realmente en un cambio real desde el punto de vista conceptual. La propuesta de transformación del sistema de salud pasa a ser el mandato fundamental del proceso constituyente que había concluido en diciembre de 1999.

La salud debe ser entendida, a partir de ese momento, como derecho social, como un bien colectivo, como una obligación intransferible del Estado, lo que supone construir modelos públicos de salud cuya gestión normativa y financiera sea de carácter universal, no discriminatorio, que preserve la equidad y el acceso sin barreras, porque estos modelos y estos sistemas que se había tratado de implementar en lo que fue el conjunto de las reformas sectoriales en América Latina en la década de los noventa, se caracterizaron por eso: por aquellos célebres paquetes mínimos, en los que la gente sólo tenía acceso a eso, y todo lo demás que estuviera por fuera del paquete mínimo tenía barreras financieras. Entonces, la salud se estaba convirtiendo en una mercancía a la que sólo podía acceder aquel que tenía con qué pagarla.

El mandato de nuestra Constitución es preservar la equidad, el acceso sin barreras económicas, sociales y geográficas a los servicios y programas de salud, y eliminar la separación -y esto es un mandato de la Constitución para el cual nos ha costado mucho diseñar las herramientas; la ley de seguridad social integral caminó en ese sentido y de ahí vienen las demás leyes- entre contribuyente y no contribuyente. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela nos manda universalizar el acceso a las políticas públicas generadoras de bienestar. Diría que ese es un parámetro fundamental en ese proceso que iniciamos en 1999. Es una concepción en la que prevalece la relación entre el Estado y los ciudadanos y las ciudadanas, pero no basta con que el texto constitucional reconozca la salud como derecho, sino que también es necesario establecer una serie de condiciones que lo hagan posible, que tienen que ver con el conjunto de políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida y la calidad de vida.

También, por supuesto, significa desde el punto de vista del sistema sanitario que debemos garantizar recursos para el financiamiento del sistema, predominantemente públicos,

provenientes de los recursos fiscales en su mayor proporción. Y digo en mayor proporción porque, en la ley de salud que está por aprobarse, estamos trabajando en un proceso de transición con la seguridad social hoy existente, donde van a convivir durante un tiempo -estamos poniendo un lapso no mayor de diez años- los dos sistemas; y se irá incorporando progresivamente no sólo el sistema del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales -que respondió a la forma de los modelos de seguridad social en América Latina por la década de los cuarenta-, sino también el conjunto de los sistemas de aseguramiento que existen en el país para gremios, profesiones, las Universidades, etc.; hay una cantidad de regímenes que deberán sometidos a un proceso progresivo para no crear conflictividades innecesarias y porque, en definitiva, estamos buscando una sola cosa: lo mejor para todos y todas.

Entonces, la búsqueda de la equidad debe eliminar aquella odiosa relación entre obtención de servicios y capacidad de pago, y garantizar el acceso a los servicios en condiciones de igualdad.

En Venezuela, a medida que el sector se fue desfinanciando, fragmentando, perdiendo la primacía que el Ministerio tenía en su conducción, se fueron introduciendo formas de pago. Si bien no había una privatización oficializada, se fueron introduciendo formas de pago al interior del sistema sanitario, lo cual hacía cada vez más difícil el acceso en condiciones de equidad. Entonces, le tocó al Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, como primer Ministro en este proceso bolivariano, iniciar el proceso de revertir esa relación odiosa que existía entre la obtención de los servicios y la capacidad de pago. De ahí que el tema de la seguridad social, cuyo régimen en ese momento era esencialmente contributivo y asociado a la capacidad de pago, entró en un proceso de transformación global y se empezó a revertir las leyes que estaban vigentes cuando el Presidente Chávez ganó las elecciones.

La tesis según la cual quienes piensan y quienes hacen se encuentran en distintos lugares es equivocada. A nivel central -así se pensaba- estaban la inteligencia, el pensamiento, los concedores, los expertos; a nivel estatal y municipal, los organizadores de las acciones, los que planifican; y a nivel más pequeño los operadores. Es una concepción errada, organicista, que pensaba que en Caracas estaba el cerebro y en las localidades los músculos. Esto es profundamente reaccionario y no lo compartimos. Al respecto, pensamos que debía profundizarse la descentralización, entendida como un componente fundamental de la unicidad del Estado federal, como una herramienta para la democratización, a fin de asumir responsabilidades de manera corresponsable, como lo manda la Constitución; es decir, la descentralización para contribuir a construir el sistema intergubernamental de políticas, programas y servicios de salud.

En Venezuela, el tema de la descentralización es muy sensible porque, como les decía, las limitaciones y los vicios de la descentralización hoy existente son muy serios y, por tanto, tenemos que recorrer, para estar de acuerdo con la Constitución, el camino de diseñar un nuevo modelo que haga posible que esa descentralización tenga el carácter que la Constitución nos mandó y haga posible la coordinación, la integración en las respuestas, buscando una mayor direccionalidad, coherencia y adecuación, a fin de mejorar la utilización de los recursos y su impacto.

Cuando se piensa en el diseño y en la viabilidad económica de las políticas, un tema esencial es el del financiamiento, porque cuando hablamos de universalización de derechos, lo primero que nos dicen es cómo se garantiza eso si no hay plata; esa es siempre la interrogante. De ahí la importancia de la prioridad en la agenda política, de la decisión política y del compromiso ético.

Hoy, en Venezuela, se podrá decir cualquier cosa sobre las políticas públicas, pero nunca se podrá decir que no se aplican porque no hay recursos; no porque sobren, sino porque

para el Presidente eso es algo que no puede obstaculizar las posibilidades de ninguna acción para garantizar que mejoren las condiciones de vida de la gente. Los recursos hay que buscarlos siempre. Y una de las maneras de buscarlos es coordinando, articulando, acabando con la fragmentación. Hay muchos recursos fragmentados, con muy poco impacto y muy poca eficiencia en la producción de respuestas a las demandas de la gente. Junto con el Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa nos tocó hacer este replanteo, con esta nueva definición de la salud como derecho social, y nos tocó también una primera aproximación al replanteo de las transformaciones necesarias. En esa etapa la discusión también giró mucho en torno a una clara y definida decisión de transformación del modelo de atención. El modelo de atención integral fue una estrategia muy importante desarrollada en esa primera etapa. Hicimos un tremendo esfuerzo para cambiar la manera como se organizaba la atención a la salud y la gestión de las redes de servicio; hubo una redefinición de los ambulatorios, un énfasis en la atención a ese nivel y en los programas de carácter preventivo, de diagnóstico y de tratamiento precoz.

Recuerdo que el Dr. Rodríguez Ochoa hablaba mucho de la medicina anticipatoria. Eso fue como el centro de la atención del pensamiento de Gilberto en ese momento: el modelo de atención integral, que para él significaba redefinición de la manera como se organizaba el proceso de trabajo a nivel de los servicios de salud, pero fundamentalmente a nivel de los ambulatorios. Gilberto insistía mucho en que el ambulatorio debía ser el centro de acción de los programas de salud. Él decía en sus discursos que no podía haber reforma sanitaria si no había transformación de los programas; que la salud de la mayoría depende más del ambulatorio que de los hospitales; que la reforma de los programas de salud debe ser vista como una actividad política decidida por los colectivos y que trasciende el ámbito de la enfermedad, de lo curativo, para insertarse en los problemas generales de la sociedad, del Estado y de la situación concreta de las comunidades.

Se trató de implementar un cambio en la manera como se concebían, se organizaban y se planificaban los servicios de salud, a través de estrategias de atención integrativa, más humanas y participativas, que respondieran a la misma dinámica y comportamiento que ya se estaba dando en la población, y para mejorar la capacidad resolutoria tanto de la red ambulatoria -enfantizando fundamentalmente ahí- como de la red hospitalaria, desde enfoques de gestión administrativa más modernos que permitieran una mayor eficacia y eficiencia en la resolución de los problemas complejos de salud.

Estos fueron los esfuerzos iniciales que hicimos. Un papel importante en ese momento correspondió a los centros formadores; es algo que todavía hoy lo estamos enfrentando y tratando de abordarlo desde otra perspectiva.

Las Universidades se habían alejado cada vez más de su papel de formadores del personal de salud que el país necesitaba, pero, en descargo de esto -para no achacar toda la responsabilidad a las Universidades, a los centros formadores-, tenemos que señalar también el papel que la institucionalidad pública de salud en esto que podríamos decir que era una desviación. Es decir, las Universidades venían formando el personal que el sistema sanitario le exigía: un sistema sanitario centrado en el hospital, centrado en la fragmentación del cuerpo, centrado por supuesto en la especialidad, que exigía de las instituciones formadoras personal fundamentalmente dirigido a eso.

Esa formación dirigida sólo a lo biológico, a lo individual, a lo curativo, a la especialización organicista por encima de la visión más integral de la medicina, no favorecía por supuesto la posibilidad de realizar transformaciones en el sistema. Los estudios y pasantías se hacían en los grandes hospitales y no había en la formación un espacio para el trabajo y la formación a nivel ambulatorio, a nivel de la atención primaria.

Esto, por supuesto, creaba una contradicción, que es la que todos vemos y repetimos, pero que nos cuesta mucho eliminar: cómo formar gente desde la salud y la vida, y no desde la enfermedad; cómo generar políticas para la salud y la vida, y no para la enfermedad. Ese es el desafío más grande que tenemos desde el punto de vista conceptual cuando nos toca producir políticas sanitarias. Y hablo de desafío porque además, indudablemente, cuando nos tocan estas responsabilidades, por supuesto que tenemos los problemas de enfermedad, tenemos que darles respuestas y ser más eficientes, pero también tenemos que ir construyendo lo otro, porque no será posible cambiar la lógica de la respuesta si no logramos producir esos cambios.

Así que avanzamos en esa primera etapa hacia el concepto de que las políticas de salud de un Estado no pueden ser producto de decisiones parceladas, tubulares. Recuerdo que Gilberto graficaba mucho eso de tubulares: él decía que la organización de los servicios, de las políticas y de los programas eran como tubos que nunca se encontraban. Esa palabra tubular la conservo mucho cuando me refiero a esa primera etapa porque era parte del discurso del Ministro. Él hablaba de que había que cambiar esa manera de tomar decisiones parceladas, tubulares, corporativas.

Por ello, la reestructuración del Ministerio se hacía necesaria como una tarea dirigida a replantear su misión, su competencia, sus funciones, para una situación nueva diferente, en la que el Estado asumía la responsabilidad principal de garantizar y velar por la salud de la población, adquiriendo un papel trascendental con la función del financiamiento desde el Ministerio y la rectoría de las políticas y, por otro lado, la prestación y la gestión de los servicios: y después, por supuesto, la participación dinámica de la gente tanto en la definición de las prioridades, como en los procesos de reorganización de la atención.

Esa etapa nos llevó a promover y respaldar enfoques innovadores, flexibles, integrales, que permitieran la participación plena de los ciudadanos. Algunos de esos enfoques en los que estuvimos trabajando en esa primera etapa, después fueron incorporados progresivamente al proyecto de ley de salud, que está por ser aprobado en estos días.

De la nueva Constitución surgieron muchos mandatos.

"La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida", dice el artículo 83.

"Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social", determina el artículo 84.

El artículo 85 establece: "El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley [...]. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud".

El artículo 86 consagra: "Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud [...]".

Imagínense el tremendo desafío, el tremendo reto que nos significó ponernos a tono con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Esa fue la primera etapa. Eso fue lo que hicimos: el modelo de atención integral, un gran movimiento de capacitación y de formación, intentando movilizar el interior del sistema, lo que teníamos en ese Ministerio, para adecuarlo a ese nuevo modelo de atención integral que permitiera reformular las respuestas y garantizar mayor integralidad y atención oportuna.

Me acuerdo de que el Ministro Rodríguez Ochoa hablaba de que en nuestros ambulatorios las consultas estaban divididas así: los lunes, niños sanos; los martes, control prenatal; los

miércoles, cáncer de cuello uterino; los jueves, vacunaciones... O sea: estaba totalmente fragmentada la posibilidad de la respuesta. En esa etapa, él insistió mucho en cómo organizar esa respuesta, en cómo reorganizar ese modelo de atención. Eso fue lo que se llamó el modelo de atención integral (MAI) en aquella primera etapa.

Las diapositivas que ustedes están viendo muestran el contexto que nos ha marcado para hacer todas estas cosas de las que estamos hablando.

Ahora entramos a lo que podríamos llamar el segundo momento de las políticas públicas en salud. Teníamos el mandato de la Constitución y teníamos ya el mandato del Plan de Desarrollo Económico y Social de nuestro país para el período 2001-2007, que tiene cinco equilibrios, uno de los cuales es el equilibrio social; nos correspondía a nosotros la responsabilidad de concretar la formulación estratégica y operativa. Los otros cuatro equilibrios son el territorial, el económico, el político y el internacional.

Estos son los fundamentos en los que avanzamos con relación a los elementos para desarrollar las políticas. Ya veremos más adelante, cuando nos refiramos a los logros, cómo pudimos avanzar con estos instrumentos.

Diseñamos el Plan Estratégico Social, que no es más que la brújula; ya hablaremos de eso. Luego está la Ley Orgánica de Salud, que la empezamos a construir desde el año 2000; ya está lista hace rato, pero no hemos podido aprobarla en la Asamblea Nacional, no porque no tengamos mayoría, sino porque ha habido muchas emergencias que nos han dificultado concretarlo.

A esta altura nos planteamos dos elementos: el ordenamiento del sistema y la formulación estratégica y operativa. A partir de finales del año 2000 y comienzos de 2001 iniciamos un nuevo momento del proceso de cambio para rescatar y fortalecer el espacio y la direccionalidad de las políticas sociales y de la salud como parte de esas políticas.

El eje diseñado tiene que ver con la necesidad de continuar avanzando en la tarea de hacer realidad el derecho a la salud de todas las mujeres y de todos los hombres, como derecho irrenunciable que implica el derecho a la vida y al bienestar y que toca aspectos esenciales y sensibles del derecho de todas y todos: niños, niñas, mujeres, adultos mayores; en definitiva, pues, las grandes mayorías que no tenían acceso a servicios dignos y de calidad.

También se apunta al derecho a medios y condiciones para superar la pobreza, las restricciones del mercado de trabajo, las enfermedades, las contingencias que afectan las posibilidades de la familia de tener una vida digna, erradicando la violencia y la discriminación en todas sus formas; o sea, los grandes problemas que las venezolanas y los venezolanos, en definitiva, habían venido padeciendo por más de cuatro décadas. El derecho a la alimentación, a la protección de la familia, al estudio, al trabajo, al medio ambiente acorde con las necesidades humanas: todo esto está consagrado hoy en nuestra Constitución.

En definitiva, ese Plan de Equilibrio Social, que es una guía, ya estaba diseñado para esa época. Lo empezamos a construir en 1999, pero luego vino la tragedia de Vargas y hubo una detención. Sin embargo, en el año 2001 logramos llegar al diseño del Plan de Desarrollo Económico y Social y, dentro de él, del Plan de Equilibrio Social, partiendo del eje del equilibrio social. Ese mandato nos fue dado para la concreción del desarrollo de los nuevos instrumentos de políticas públicas, dirigidas a asegurar la equidad en el acceso a las condiciones de calidad de vida y el rescate de lo público como espacio de poder del Estado y la sociedad en función del interés colectivo. Diría que esto es un elemento esencial que caracteriza de ahí en adelante el diseño de las políticas públicas.

El Plan Estratégico Social significaba la construcción de las estrategias y acciones que permitieran concretar esto, es decir, responder a todas las necesidades sociales de calidad

de vida y salud como derechos, llevándolos a su máxima expresión de justicia, y adoptar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud en las políticas, en las respuestas, en los recursos, en las legislaciones y en todo aquello que garantice el pleno ejercicio de los derechos. Es decir, aquí le damos una vuelta al concepto de la política sanitaria, ya no sólo referida a lo que tradicionalmente son las respuestas sanitarias -que tienen que ver sólo con la organización de respuestas desde los servicios de atención de la salud-, sino que nos obligamos a construir respuestas intersectoriales, transectoriales, de coordinación y articulación, como veremos más adelante en las misiones y, sobre todo, en el caso de Barrio Adentro, que es una misión de articulación en todo el campo de las políticas sociales.

Pensar así desde el equilibrio social, desde el Plan Estratégico Social, nos llevó a elaborar un proyecto de ley de salud que toma en cuenta ese marco conceptual y esa directiva estratégica. Yo diría que en el proyecto de ley de salud que está a punto de ser aprobado, esos tres son los grandes elementos que hay a lo largo de su articulado: la definición de la salud como expresión de calidad de vida, como bien público y como relevancia pública; el problema de la universalidad con equidad, la transectorialidad y la corresponsabilidad social, que está en la manera como se organiza el sistema y se articula con el conjunto de las políticas sociales; y, por supuesto, el llegar definitivamente a la creación del sistema público intergubernamental, descentralizado, como lo manda la Constitución.

Por eso está consagrado el derecho a las condiciones para superar la pobreza, las restricciones del trabajo, la enfermedad. El derecho a la alimentación, al estudio, al trabajo, el impedir que las inequidades siguieran destruyendo las oportunidades de desarrollo y de progreso de la gente, pasan a ser entonces el eje de este momento de la construcción. Es decir, hay una ampliación, y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social avanza hacia una conceptualización de las responsabilidades que tiene en ese sentido.

La tarea central ya es entonces el desarrollo humano y todo aquello que nos acerque a una mayor felicidad. Como dice el Presidente, en el eje de las políticas sociales está el lograr el máximo de felicidad posible, como propósito fundamental, como el centro del accionar de las políticas y acciones de todo el gobierno nacional y, por supuesto, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social como ente coordinador de este campo. Requiere, por supuesto, articulaciones, alianzas, voluntades, consensos y recuperar la institucionalidad de las políticas sociales; vigorizar el espacio de lo público, que estaba restringido; reorganizar los recursos humanos y financieros disponibles; cambiar los modelos y atrevernos a innovar para responder aceleradamente a lo que era el imperativo de las necesidades de la gente en todo el territorio nacional.

Algunos de esos caminos ya los recorrimos: desarrollar la legislación para el sistema público de salud; enfatizar y profundizar la concepción integral de salud, en un proceso formativo muy intenso, tanto de los niveles directivos como del conjunto del sistema; democratizar el poder a través de fortalecer funciones tanto de la sociedad organizada como de los diferentes entes gubernamentales; desarrollar estrategias y mecanismos de protección frente a riesgos y vulnerabilidades de los grupos de población; reorganizar los servicios de salud en función de las necesidades de la gente, y avanzar en la transformación del Ministerio para convertirlo en un ente rector. Todo eso sería lo fundamental que caracterizó esa etapa.

Esas orientaciones que muestra la diapositiva tienen que ver con esto; son como premisas que nos propusimos para lograr dar respuestas tal como está previsto y como es el mandato constitucional.

Los esfuerzos intersectoriales se convirtieron en el eje fundamental del accionar del Gabinete Social que se constituyó y se fortaleció a partir del año 2001, y del Ministerio de Salud y Desarrollo Social como ente conductor de ese Gabinete Social.

Se establecieron cinco directrices fundamentales en ese sentido: desarrollar políticas sociales intersectoriales que dieran respuesta a las necesidades, atendiendo a toda su complejidad; construir las redes de promoción de calidad de vida, que es lo que hoy estamos haciendo con la misión Barrio Adentro, o sea, el concepto del sistema de redes para promover la calidad de vida en territorios concretos, en territorios sociales donde se realiza la vida de la gente, con redes integradas con responsabilidad por territorio y con capacidad de ofrecer respuesta; una nueva institucionalidad pública con liderazgo y rectoría; la consolidación del sistema de garantías públicas para la protección de los derechos -esto tiene que ver con las leyes, es decir, cómo construimos una nueva institucionalidad, una nueva legislación, que haga posible la garantía de lo que establece la Constitución-; y la concertación de compromisos y movilización nacional e internacional. Esto es lo que llamamos la agenda nacional por la calidad de vida.

Desde luego, todo este desarrollo conceptual, desde el punto de vista de la transformación y la adecuación de un nuevo estatuto de la función pública y de las políticas públicas, fue paralelo a un proceso de mejoría de la inversión.

La inversión social en nuestro país, con nuestro proceso bolivariano, ha tenido esa tendencia, con un énfasis y unas prioridades fundamentales. Probablemente, todavía no tenemos lo suficiente, desde el punto de vista del PBI, en algunos sectores; en otros lo hemos logrado con creces, como en el sector educativo, pero en todo caso la inversión social ha ido en incremento. En 2003, cuando había 16,3 billones de bolívares en el sector social, el presupuesto nacional, si no me traiciona la memoria, era de 41 billones. Entonces, el porcentaje es un poco más del 30%.

Esta gráfica muestra la tendencia; en el período 1998-2000 casi se duplicó la inversión, y en 2003 se cuadruplicó en base a lo recibido.

En el cuadro siguiente vemos la inversión en el Ministerio. Nos muestra lo que era el Ministerio de Salud con lo que recibíamos a fines de 1998 y en 1999; son miles de millones, que allá los llamamos millardos. Esto es el presupuesto del Ministerio; no es el presupuesto total que tenemos en el caso de las políticas sanitarias.

Esta lámina nos muestra una aproximación a algunos desarrollos en algunos sectores específicos, con todo lo que tuvo que ver con la reformulación a nivel local para contribuir al desarrollo de ese nuevo modelo, que después se expresó en los desarrollos de la misión Barrio Adentro.

Aquí están los componentes: pensar en la atención primaria; un fortalecimiento de la gestión municipal; Barrio Adentro como estrategia para fortalecer la red de atención primaria; todo lo que era el apoyo a los Consejos Locales de Planificación, que son instrumentos a nivel del gobierno local; una especie de escuela de gobierno local, que era un espacio de formación para los liderazgos y los operadores y las operadoras de la política a nivel de la gestión local. Esto está muy referido a la necesidad que identificamos de fortalecer la gestión a nivel local como un espacio para el fortalecimiento de la gestión pública, pues ningún espacio es tan especial como el local para el diseño y la reformulación de nuevas herramientas de política. El espacio local es por excelencia el espacio de relación con la gente; estamos más cerca de las necesidades de la gente y es posible hacer confluír esa alianza tan importante, esa nueva relación entre Estado y sociedad.

Estábamos trabajando en la transferencia de la atención primaria a los municipios. Ya se estaba iniciando la misión Barrio Adentro, en aquel entonces concebida como un plan para dar respuesta fundamentalmente en las grandes ciudades, y ahora Barrio Adentro se ha convertido en una estrategia a nivel nacional para fortalecer y consolidar la red de atención primaria. También tenemos aquí el apoyo a los Consejos Locales de Planificación como instrumento para la planificación a nivel local con participación social; y la escuela de gobierno local como un espacio de capacitación permanente.

Esta otra lámina refiere a lo que estábamos trabajando en materia de competencias a transferir, tomando en cuenta fundamentalmente la gestión de la atención primaria -pensamos que esa parte de la gestión debe estar sobre todo a esos niveles locales- y, en el marco de Barrio Adentro y dentro de la estrategia de promoción de calidad de vida, la gestión de la atención primaria integral. No se trata de atención primaria de tercera categoría a nivel municipal, sino de una atención primaria integral que garantice resolver todos los problemas, en la que la estrategia sea realmente de promoción de calidad de vida y no sólo una estrategia de atención médica. También está contemplada la formulación de planes municipales como parte del desarrollo local.

La siguiente diapositiva muestra algunos elementos que son más de la red. Hay que entender que la red de atención primaria no está sola, sino que es interdependiente de un conjunto de redes. Eso es parte de la construcción que estamos por hacer. Hemos enfatizado mucho en la red de atención primaria, como ya he dicho; es la experiencia de Barrio Adentro.

Esta otra lámina refiere a lo que eran los ejercicios para la construcción de territorios sociales y para georreferenciar la red de atención primaria y lo que se llamó los núcleos de atención, hoy consultorios populares en Barrio Adentro. Se hacía conjuntamente con la participación social a fin de darle cada vez más poder al pueblo y más herramientas para la construcción y el diseño de las políticas.

Quería decirles que los desarrollos conceptuales y los desarrollos operacionales de la política indudablemente nos plantearon muchos retos. Los retos estuvieron referidos fundamentalmente a convencernos de la necesidad de ese cambio conceptual, y ese convencimiento fue mutuo, yo diría que de todo el conjunto del gobierno. Hoy día el Ministro de Finanzas, el Ministro de Planificación, el Presidente del BANDES -nombro los que serían más emblemáticos en cuanto a que pudieran no tener nada que ver con lo que estamos planteando-, en fin, el conjunto de los actores fundamentales del gobierno tienen un convencimiento de este camino y de esta orientación. Eso es un logro importantísimo a la hora de evaluar las posibilidades que tenemos de avanzar en esos campos conceptuales.

Voy a pasar rápidamente estas diapositivas, que ilustran sobre algunos logros importantes que se alcanzaron en el campo de lo social entre 1999 y 2003. Ahí está la mortalidad infantil, que pasó de 21,4‰ en 1998 a 17,3‰. Dentro de las metas del milenio, nos estamos planteando para este año 2004 disminuir algunos puntos más, probablemente a 16,15‰. Ahí vemos, en los niños menores de un año, la cifra de muertes evitadas. Vemos también la inversión en adquisición de vacunas; entre 1999 y 2000 hubo un 300% de incremento; se pasó de 3 millardos, que era el presupuesto de las vacunas, con un programa muy reducido, y fuimos aumentando progresivamente, porque para el Presidente es una cuestión de principios que cada vez más estemos en capacidad de garantizar mayor cobertura. Estamos haciendo un esfuerzo muy grande por garantizarlo.

Esa cifra de 28 millardos corresponde al presupuesto del año 2003; creo que este año está cerca de 40 millardos.

En cuanto al programa VIH-sida, este cuadro no muestra las cifras del año 2003. En ese año aumentó. Seguramente había un problema de subregistro importante, pero, en la medida en que se tomó conciencia, se fue mejorando el registro y hoy hay acceso universal y gratuito; todos los pacientes registrados con VIH-sida tienen acceso total a los costos del tratamiento.

Esta lámina corresponde a un programa que existía anteriormente, para atención de niños en edad preescolar. ¿Qué hemos hecho con ese programa? Ese programa era muy asistencialista y lo hemos ido transformando en un programa de atención integral, cada vez más relacionado con el programa de educación inicial del Ministerio de Educación. Es decir, este es un componente del programa de educación inicial y, por esta vía, damos atención integral a los niños. Fue aumentando y, partiendo de 150.000 niños, este año estamos en el orden de casi 400.000 niños. Los niños en esa edad son aproximadamente tres millones en Venezuela, y entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social están cubriendo aproximadamente el 70% de esa población; estábamos con una cobertura muy baja, de alrededor del 30%, cuando se inició el gobierno bolivariano.

En materia de rehabilitación de establecimientos, hay un plan inmenso que lo empezó el Ministro Gilberto Rodríguez Ochoa y lo hemos seguido haciendo; el año pasado y este año se ha encarado la construcción de núcleos de atención primaria para el programa Barrio Adentro.

Esta diapositiva muestra algunas cifras destinadas a financiamiento, rehabilitación física y equipamiento.

En cuanto a la mujer embarazada, recibimos una cobertura muy baja -menos del 30%-; durante muchos años la cobertura se mantuvo más o menos en ese porcentaje, pero este año hemos superado el 50%.

Si tuviera que hacer una síntesis a manera de conclusiones, podría decir lo siguiente.

En Venezuela, el gobierno bolivariano ha asumido un compromiso con el pueblo venezolano, reflejado en una acción de gobierno que asumió los principios constitucionales dirigidos a garantizar los derechos sociales con universalidad y equidad. Esto significa direccionar esfuerzos y recursos hacia el desarrollo de claras directrices políticas y estratégicas resumidas en: compromiso en responder a las necesidades de calidad de vida de la gente; desarrollo de planes, proyectos y programas orientados bajo la estrategia de promoción de calidad de vida; desarrollo de esfuerzos transectoriales para enfrentar los serios problemas de exclusión, marginación y pobreza; construcción de agendas públicas y sociales para garantizar la calidad de vida y salud, con gobiernos regionales y locales y con activa participación de la gente; fortalecimiento de la institucionalidad pública para llevar adelante los grandes retos para garantizar los derechos; avances en el cumplimiento del mandato constitucional para construir progresivamente el Sistema Público Nacional de Salud intergubernamental; fortalecimiento de la rectoría de las políticas y las capacidades reguladoras para llevar adelante la promoción de la calidad de vida; el compromiso muy especial con los niños, niñas y adolescentes a través de diferentes iniciativas y proyectos -Plan Nacional de Identidad; transformación de los multihogares de cuidado diario en espacios para promover de manera integral la vida de los niños y niñas; el programa de atención integral a los niños y niñas que habitan en la calle-; la constante lucha por adelantar la discusión de las leyes de seguridad social -la ley de seguridad social integral fue aprobada el 2 de diciembre de 2002, cuando se inició el sabotaje petrolero, y las demás leyes se han ido aprobando; se espera que pronto esté aprobada también la de salud-; la creación de espacios de capacitación y formación de los equipos de gestión, tanto en

gobiernos locales como en las comunidades; el compromiso con planes y proyectos para atender de manera integral la población indígena, lo cual es muy importante porque los pueblos indígenas, que antes estaban excluidos totalmente, recuperaron la vida; el posicionamiento de la política de calidad de vida a nivel de todo el gobierno nacional, como ya les decía; atención integral promovida hacia los diferentes grupos; ampliación -esto es muy importante y ha sido una estrategia fundamental para el desarrollo de una parte de nuestra política- de los convenios de cooperación integral con Cuba en materia de salud, lo que nos ha permitido evidentes avances en diferentes campos -atención integral, Barrio Adentro, aspectos tecnológicos, medicamentos, vacunas-; logros relacionados con el mejoramiento de los indicadores de salud -ya señalé los que hacen sobre todo a la mortalidad infantil-; la ampliación de cobertura de la atención infantil y materna, que son programas fundamentales para el acceso a los medicamentos.

Hasta ese segundo momento que estamos resumiendo, estos fueron los logros más importantes.

Yo diría que actualmente estamos en un tercer momento del desarrollo de las políticas. La misión Barrio Adentro es una estrategia para concretar la centralidad de la política pública, es decir, promover calidad de vida y salud. La misión Barrio Adentro resume las estrategias diseñadas hasta ahora: compromiso de garantizar derechos; compromiso de responder a necesidades y a los déficit de los servicios; estrategias de coordinación y articulación intersectorial para la gestión de políticas públicas; estrategias para avanzar en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud.

Es un plan que cuenta con el apoyo de todos los niveles gubernamentales, promovido desde la Presidencia, articulando los recursos y los aportes de diferentes entes públicos vinculados con el gobierno nacional y local, a fin de ofrecer respuestas integrales a las necesidades sociales.

Barrio Adentro no es sólo un instrumento médico-asistencial, sino una estrategia de coordinación y articulación intersectorial de gestión pública para acometer con celeridad, sustentabilidad y eficiencia la responsabilidad pública de dar respuesta a los problemas de la gente. Se trata de un gran esfuerzo intergubernamental, con participación de los Ministerios del Gabinete Social, el de Salud y Desarrollo Social, el de Educación -ahora Cultura es un Ministerio aparte-, Educación Superior, los Ministerios del Ambiente, del Trabajo, de la Economía Social, de Ciencia y Tecnología, pero también el Ministerio de Energía y Minas, PDVSA, las Alcaldías, el Instituto Venezolano de los Seguros y, por supuesto, la Presidencia de la República, que nos ha permitido aplicar las grandes directrices del plan estratégico que ya vimos, para la promoción de calidad de vida a toda la población y que, en su esencia, garantiza esa universalización.

Barrio Adentro se ha fortalecido, indudablemente, con la cooperación integral con Cuba, con el intercambio de experiencias y servicios a nivel de las trabajadoras y los trabajadores de la salud, médicos, médicas, trabajadoras y trabajadores de diferentes niveles técnicos y de las distintas profesiones, de las ciencias sociales; todos hemos compartido la experticia que hoy tiene Cuba por haber desarrollado la cooperación y la colaboración médica en el mundo, ofreciendo su abnegación y entrega en países y zonas en momentos que lo ameritaron. En nuestro proceso, los y las colegas cubanos que hoy nos acompañan están cumpliendo allá una vez más con esa misión.

Barrio Adentro ha planteado un gran reto a nuestro sistema de educación superior, para ponernos a tono y proporcionar a nuestros futuros médicos y médicas y trabajadores y trabajadoras de los diferentes campos de la salud las herramientas conceptuales y operativas para desenvolverse en las diferentes realidades en los barrios de nuestras

grandes ciudades, de nuestros pueblos, del interior de nuestro país. Eso, que es muy importante, es un desarrollo que estamos haciendo en este momento.

Además, estas experiencias han sido impactantes para atender las necesidades de la población. Hoy es un hecho que más de veinte millones de veces las personas han sido atendidas; es decir, la población tiene posibilidades de ser atendida en sus problemas de salud en el momento oportuno, de manera regular, de manera permanente. Pero también ha sido un incalculable aprendizaje y es la base para afirmar hoy que la presencia de Barrio Adentro, con los colegas cubanos, con la incorporación cada vez mayor de médicos venezolanos -para este año se incorporan aproximadamente unos 1.500 a este programa-, ha sido una ganancia y un estímulo en nuestra tarea de construir el Sistema Público Nacional de Salud de nuestro país, tal como lo manda la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Nuestro reto de aquí en adelante es seguir construyendo ese sistema único, público, articulando los múltiples sistemas de salud que han existido, en ocasiones contradictorios. El reto es avanzar en la integración, que implica seguir aplicando esta política que considera integralmente las distintas dimensiones de la salud en territorios sociales y categorías de personas. Al fin y al cabo, no podemos separar de una persona su carácter de pertenecer a una determinada clase social, género y etnia, condiciones particulares de trabajo, etc. Entonces, etnia y género son hoy ejes transversales de esa política de salud, porque no es posible lograr la equidad si no logramos incorporar esas categorías conceptuales.

Por eso nos abocamos, dentro del plan estratégico de salud, a seguir privilegiando el impacto para disminuir las brechas sociales, las brechas de inequidades, e insistiendo en la búsqueda de la universalidad de la atención. Este gobierno sigue buscando eso, hasta que logre la unidad orgánica de los servicios hoy dispersos. Esa es una tarea fundamental. Constituye un concepto esencial vinculado al ámbito de la lucha permanente por mejorar las condiciones de vida.

Las herramientas de la participación y el control social, así como la constitución de diferentes formas organizativas en la gestión y el empuje de las comunidades organizadas, permitirán con toda seguridad avanzar en estas tareas que hoy estamos promoviendo.

Hay mucho que hacer en nuestro país. Como bien lo señala el Presidente Chávez, nuestra lucha es una lucha que sólo comienza. En nuestro campo específico de salud tenemos pendiente, entre otras tareas -como decía-, la aprobación de la Ley Orgánica de Salud; consolidar la misión Barrio Adentro como experiencia de un nuevo modelo de institucionalidad y quehacer público, para dar respuesta a las necesidades; consolidar y fortalecer un plan de formación de liderazgos para la gestión y para la organización de las redes de atención de la salud, como parte de la construcción del sistema de salud. Son éstos, entre otros, los desafíos que hemos iniciado y que debemos continuar y consolidar. En el continente, esta discusión tiene diferentes matices y particularidades, pero un solo objetivo: juntar fuerzas para avanzar en esta inmensa tarea de conquistar aquella utopía de que la salud sea un derecho y un bien público para todas y todos. Es una tarea incansable, una tarea que nos dice todos los días que no podemos descansar, que no podemos renunciar a construir sueños para alimentar la esperanza de que la vida sea digna, de que haya un mundo más justo para nuestro continente, plagado de inequidades.

Muchas gracias.

(Aplausos)

Dr. YAMANDÚ FERNÁNDEZ.- Antes de dar la palabra el Dr. Tabaré Caputi, como Presidente del Comité Organizador de la 8ª Convención Médica Nacional, para que cierre este acto, creo que deberíamos aprovechar la oportunidad de tener entre nosotros a la señora Embajadora, para formularle algunas preguntas o consideraciones, que seguramente ella, gustosa, va a responder.

PREGUNTA.- Querría saber si el sistema de salud que ustedes tienen es público y privado, o solamente público.

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- En Venezuela existe un sector privado, desde hace mucho tiempo, con características muy especiales. Fue creciendo y se desarrolló mucho bajo la tutela del Estado y subsidiado. Es un sector privado al que accede quien tiene capacidad económica para hacerlo.

Creció mucho todo el sistema de las pólizas de seguros privados, que de alguna permiten a determinados sectores sociales acceder a ese sistema privado que, como ustedes saben, es muy costoso. Los sistemas privados tienen el problema de que cada día se hacen más costosos.

Además, se trata de un sistema con mucho subsidio del sector público. Cuando hablo de subsidio, me refiero, por ejemplo, a la forma de contratación colectiva. En nuestro país, las diferentes organizaciones sindicales colocan en sus luchas sindicales la figura de la prima del seguro privado, yo diría que como una esperanza de tener acceso a determinado tipo de atención de manera oportuna. En algunos momentos, esto se vincula con los déficit del sector público. Pero eso se convirtió después en una cosa terrible, porque en cuanto contrato colectivo se firma se incluyen las pólizas privadas, y eso por supuesto es un subsidio, aunque indirecto, al sector privado.

El sector privado se fue desarrollando y fue liquidando la consulta privada artesanal. El consultorio privado artesanal fue dando paso a los grandes complejos médicos industriales, los grandes consorcios, las clínicas, etc., que tuvieron muchos subsidios, no sólo porque se les pasen recursos directos, sino por la vía de exención de impuestos, etc.

Hay, pues, un sector privado, que es autónomo, pero por el otro lado está el sector público, que es el que hemos estado repensando, reformulando, el que queremos cambiar, el que estamos obligados a construir por mandato de la Constitución, acabando con esa fragmentación de la red dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la red dependiente del Seguro Social y algunas redes más pequeñas, como la del Ministerio de Educación, que tiene un conjunto de establecimientos de atención, que son todos públicos y se financian con recursos fiscales. Ese es el sector inmenso: tiene más de 5.000 ambulatorios, casi 300 centros hospitalarios de diferente porte y distintas formas organizativas. Es el sector que estamos responsabilizados de integrar, de articular, de coordinar y de transformar, para convertirlo realmente en un sistema que garantice la salud como derecho, de modo que la salud deje de ser una dádiva.

Por eso terminaba diciendo que probablemente Barrio Adentro, que surge para poder atender las demandas de la gente ante las dificultades para avanzar rápidamente en esta coordinación y esta construcción, hoy día se nos está presentando cada vez más como una posibilidad de dar vuelta esa institucionalidad y transformarla.

En definitiva, hay un sector público y un sector privado. La Constitución hace recaer sobre el sector público la responsabilidad de regular el sector privado, pero eso no significa que desaparezca. No está planteada en ningún momento su desaparición; está ahí, pero para

nosotros es esencial garantizar el servicio público, quedando el privado para el que lo pueda y lo quiera pagar, porque estamos comprometidos con un sistema universal.

PREGUNTA.- Señora Embajadora: realmente, ha sido muy clara su exposición, de la que surge que las reformas en el sector salud son consecuencia de una voluntad política definida y de una intervención muy firme en favor de las políticas públicas desde el Estado.

Un poco vinculado con la pregunta que se hacía anteriormente, le planteo lo siguiente: cuando se habla de la articulación de la red a nivel local, ¿se plantea como una intervención exclusiva del sector público, o se plantea el desarrollo de esa red también teniendo en cuenta los efectores del subsector privado que pueda haber? Esa es una pregunta.

La otra es: en cuanto a la financiación, ¿es pura y exclusivamente a través de una vía impositiva general, o hay una imposición específica para el sector salud?

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- Con relación a la primera pregunta, cuando estamos hablando de la construcción, a nivel local, de los espacios locales, de la instancia de gobierno local en salud, estamos hablando del área pública; no del sector privado. Por supuesto que cualquier forma organizativa que exista a nivel local y que se articule con el sector público, si así fuera el caso, debe comprender que tiene el compromiso de garantizar derechos, es decir, universalizar derechos.

El sistema público que tenemos que construir es un sistema que tiene acceso universal y que cuenta con financiamiento predominantemente público, como se señala en la Ley Orgánica de Salud. Allí se prevé el financiamiento fiscal y el de las contribuciones existentes, mientras se termina la articulación de la red del seguro social, y por supuesto cualquier otro tipo de financiamiento que se decida a nivel del Estado y que esté dirigido a formar lo que nosotros llamamos el Fondo Nacional de Salud. Estamos planteando la creación de un Fondo Nacional de Salud que sea el que garantice la coordinación y la articulación de todos los recursos que existen a nivel público en materia de salud.

Las cifras que se gastan en los seguros privados son enormes. Lo que gasta PDVSA es más que el presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Son cifras que no tienen parangón. Y todo eso está fragmentado.

Estamos convencidos de que en la medida en que se haga la coordinación de todos esos recursos, va a ser diferente el desempeño del sistema y el impacto en la nación. Eso es lo que tenemos planteado con relación al financiamiento. Ya lo planteamos en la ley de seguridad social, que es la ley marco, y ahora nos toca hacerlo en la Ley Orgánica de Salud, con la creación de un Fondo Nacional para distribuir todos los recursos. Sabemos que eso no es fácil, pero estamos trabajando con el objetivo de lograr un sistema que sea más equitativo.

Alguien podrá decir que en Alemania se aplica un modelo contributivo a la seguridad social, pero hay que tener en cuenta que el nivel de empleo es alto, aunque en este momento también está existiendo desempleo en Europa. Hay sistemas como el canadiense, el español y otros, en donde lo público coexiste con otras modalidades privadas. Nosotros estamos pensando ante todo en lo público, y después habrá más sectores, pero no como la norma.

PREGUNTA.- Me ha parecido muy interesante su intervención.

Quisiera hacerle una pregunta, porque aquí los uruguayos cuestionamos todos. Se ha cuestionado el papel del Ministerio de Salud Pública -del gobierno, en una palabra- como supervisor y rector de las políticas de salud. Desearía que nos dijera -aunque ya se ha referido a eso y ha quedado aclarado- cómo ve usted este problema, es decir, cuál es la importancia del papel de rectoría y supervisión.

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- Creo que en nuestros países eso es esencial. No podemos hablar de reivindicación de lo público si no recuperamos esa función, y creo que es lo que más nos cuesta.

Creo que en el deterioro que tuvieron los sistemas sanitarios en nuestro continente, lo que más se lesionó -aparte del desfinanciamiento-, lo que más se desvirtuó desde el punto de vista conceptual de las políticas, fue el papel rector de las políticas.

En Venezuela, por ejemplo, yo les comentaba lo de la descentralización. Sobre eso podríamos hablar mucho, porque lo que supuestamente surgió como una posibilidad para asumir responsabilidades y para democratizar, se convirtió en una fragmentación de la rectoría. Es decir, la capacidad rectora fue disminuyendo, lo cual es muy importante, porque si eso se afecta, también se afecta la posibilidad que el ente público dirigente tiene de garantizar los objetivos de salud.

La rectoría y la regulación son para garantizar que los objetivos de salud se cumplan. Ese es el objetivo fundamental de la rectoría: que los planes nacionales se cumplan; porque hay objetivos nacionales en la política y, por supuesto, hay objetivos a nivel estatal y municipal, y en la medida en que el espacio territorial varía, pueden agregarse objetivos y prioridades. Pero hay un objetivo nacional general que tiene que ver con garantizar derechos, con privilegiar la articulación y la coordinación, con la búsqueda de la equidad, con la construcción de respuestas integrales y, en definitiva, con la justicia, con la posibilidad de construir ese nuevo Estado democrático de derecho y justicia social. Y eso sólo es posible con una rectoría fuerte. Si no, queda en discurso la recuperación de lo público.

Pero, además, esa rectoría hay que ejercerla conjuntamente con la gente. Creo que ese es el otro cambio: es la democratización. Me parece que la democratización de ese accionar público tiene sentido si se fortalece, si se enriquece con esa nueva institucionalidad, con esa nueva relación Estado-sociedad que haga posible el control social, que para mí es fundamental. Del mismo modo que la rectoría del Estado tiene posibilidades si la puede ejercer, la participación social también tiene sentido si ella se traduce en formas efectivas de control, que es lo que nosotros llamamos la contraloría social.

Creo que eso es fundamental y un componente indisoluble de esa nueva institucionalidad. La nueva institucionalidad no sólo significa legislaciones, aparatos y nuevos instrumentos, sino que significa una nueva relación entre el Estado y la sociedad para, juntos, conducir políticas de ese tipo. Y lo de la relevancia pública tiene que ver con eso.

PREGUNTA.- Quisiera hacerle una pregunta con respecto a lo último que ha dicho.

¿Qué papel concreto tiene la participación? Porque mucho se ha hablado y se ha escrito y hay relativamente pocas experiencias, y generalmente acotadas, de esa participación que construye la ciudadanía. Generalmente, la ciudadanía participa de una manera bastante pasiva y, por lo general, el rol activo lo desempeñan las autoridades de gobierno.

¿Cuál es la experiencia de Venezuela en este sentido?

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- La experiencia de Venezuela en participación es muy rica y muy variada. Me imagino que vamos a seguir avanzando en ese sentido.

Hay diferentes instrumentos y formas organizativas de participación. A nivel de la salud, hay comités de salud y asambleas de ciudadanos. Por ejemplo, la Constitución da carácter vinculante a las asambleas de ciudadanos.

Siempre cuento una historia. Cuando fui Ministra, hubo una huelga médica, que era legal, pactada; ellos reclamaban, hubo una etapa de conciliación y no se llegó a un acuerdo, y decretaron el paro. Y se fijaron los requisitos: "Usted está en paro, pero tiene que hacer esto, esto y esto", porque, de acuerdo con la Constitución, hay cosas que no se pueden dejar de hacer por estar de paro, como atender a los niños, a las mujeres embarazadas, a los internados en los hospitales, etc.

En un Estado andino, en determinada zona, los médicos estaban cumpliendo el paro, pero en el colegio, habiendo abandonado los ambulatorios. Entonces se reunió la asamblea de ciudadanos, que ordenó al Gobernador que suspendiera el salario a los médicos y las médicas que se habían ido de su ambulatorio; y recuerdo que el Gobernador del Estado de Mérida me llamó y yo le dije: "La pradera se va a incendiar. ¿Les va a suspender los sueldos? Y bueno, ¿qué le vamos a hacer?"; y el Gobernador tuvo que suspender los sueldos a los médicos porque tenía un mandato de la asamblea de ciudadanos, que es vinculante de acuerdo con la Constitución.

Las asambleas de ciudadanos están permanentemente haciendo el control de la calidad de la gestión, de la organización de los servicios, de la oportunidad de los servicios, y eso ha sido un trabajo importantísimo que ha ayudado mucho a la gestión.

Después están los comités de salud, que tiene un trabajo más de participación en la gestión, pero no como gestores, porque hemos acabado con un mecanismo que había en los tiempos pasados, de que la participación estaba regida por algo que llamaban autogestión. La autogestión no era más que la gente cobrándole a su gente, es decir, como no había recursos, la gente participaba en los ambulatorios, creando formas organizativas. Además, las comunidades hacían tareas para aliviar costos. Eso no es participación.

Los comités de salud, hoy día, trabajan más en la determinación de las prioridades conjuntamente con otras formas organizativas, y esto es la riqueza que proviene de entender las políticas públicas de manera intersectorial. Por ejemplo, están los comités locales de planificación -que se eligen de manera democrática-, que también participan en el plan local, con lo cual son un componente de las políticas públicas sociales. Eso está regido por una ley: la ley de los comités locales de planificación. Y ha costado, porque no todo el mundo está de acuerdo; los Alcaldes tienen que permitir eso, promoverlo y hacerlo posible; y ha habido Alcaldes nuestros, incluso, que no les gusta mucho el comité local de planificación.

Pero también están los comités de tierra urbana, a los que corresponde diseñar los territorios, etc., para la adjudicación de tierras urbanas, que es una estrategia y un plan que está aplicando el gobierno bolivariano: dar a la gente que habita en los barrios suburbanos de la capital la tenencia de esa tierra, porque la gente construyó su vivienda ahí y no podía hacer nada con ella porque no tenía la tenencia de la tierra. Esos comités de tierra urbana también discuten y hacen contraloría social, participan y se articulan con otras formas organizativas.

Por supuesto, están los comités a nivel de las formas organizativas diferentes de las mujeres, que son por excelencia las que liderizan la organización comunitaria.

Nosotros estamos promoviendo en la Ley Orgánica de Salud formas organizativas concretas, espacios reales de participación, desde los comités a nivel local, el Consejo

Local, el Consejo Estatal, la Conferencia Nacional de Salud, o sea, diferentes instancias reales respecto a las cuales la ley pauta las atribuciones, hasta llegar al Consejo Nacional de Salud, al que le tocaría refrendar las políticas nacionales y las prioridades. Estamos en la ley creando verdaderos espacios.

Lo que les he expuesto son diferentes formas organizativas que al calor de la lucha y de la organización social han ido creciendo, pero estamos poniendo en las leyes canales reales de participación y debemos atrevernos a que tengan la suficiente posibilidad innovadora como para que no maten la participación, porque a veces cuando se institucionaliza algo, muere. La idea es que estos sean espacios vivos, permanentes, de reformulación, pero que tengan un papel fundamental en la aprobación de las leyes, en la vigilancia y el seguimiento de los planes nacionales, para que podamos ser refrendados -así como el Presidente va a ser refrendado y ratificado el próximo 15 de agosto- a través de una participación que haga posible la vigilancia permanente de la gestión pública.

Hay muchísimas formas organizativas. Yo les mencioné unas cuantas, pero hay muchas otras y la gente participa de verdad. Ahí ha sido muy importante el poder ciudadano; lo que se llama en Venezuela la Defensoría del Pueblo ha creado contralorías en diferentes espacios de la gestión de las políticas públicas: defensoría de la mujer, de los niños, de la atención de los servicios de salud. Hay una defensoría especial para la salud, que hace permanentemente el seguimiento de la gestión, y ahí participa la gente. Es decir, cuando se va a discutir el problema del hospital de niños, no es que vayan los doctores, sino que la defensoría cita al comité de salud del barrio, del hospital o de lo que esté ahí actuando, junto con la dirección del hospital y con las autoridades del Ministerio.

De modo que ha habido un amplio desarrollo de la contraloría social. En estos días una compañera de la defensoría me envió una serie de materiales para que hablara un poco de esas cosas, pero uno no puede abarcar tanto. Se trata de una serie de materiales muy interesantes que tienen que ver con la institucionalización creativa de la participación social.

PREGUNTA.- Acerca de la planificación de recursos humanos y, concretamente, de los recursos médicos, quisiera saber si el Ministerio de Salud de Venezuela está haciendo efectivamente una planificación de recursos con relación al área médica. Me refiero a si directamente incide sobre la Universidad en cuanto al número de médicos, a qué tipo de médicos se necesitan, para dónde y cómo distribuirlos, o si desde la Universidad se decide la planificación, o si hay una coordinación entre prestadores y formadores, es decir, si existe una bidireccionalidad en cuanto a la formación de recursos.

Y la otra pregunta es si existe algún tipo de limitación o regulación del ingreso para la formación de médicos.

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- Es una pregunta interesante. Me gusta mucho ese tema de la formación. Creo que ahí hay un nudo importante a resolver cuando hablamos de todas estas cosas a las que me referí esta noche: de transformaciones de modelos, de cambios conceptuales. Ahí el tema de la formación es fundamental porque han pasado unos cuantos siglos desde que se puso en el centro de la formación aquella racionalidad científica moderna y seguimos formándonos igual, con esa visión del cuerpo fragmentado; eso no ha cambiado.

Por supuesto que importa esa visión de la formación, sobre todo médica, pero yo diría que médica y de todo lo demás, porque cualquier psicólogo o sociólogo que trabaje a nivel de

los servicios de salud, por el solo hecho de trabajar allí, ya trabaja igual que nosotros; la visión médica es muy hegemónica, muy dominante.

Esa visión hegemónica y dominante entró al interior de nuestras casas de estudios; no fue al revés: no fuimos allá a instaurar un modelo formativo. Y además nosotros luchamos durante muchos años para que las Universidades fueran autónomas. Entonces, esta autonomía fue llevando a que la Universidad cada vez se alejó más. Pero yo decía hace un rato, en descargo de la Universidad, que también el sistema sanitario fue demandando determinado tipo de recurso humano sin que hubiera ninguna coordinación, ninguna articulación entre formación y demanda.

Entonces, hay una Universidad que autónomamente forma médicos y también abogados, comunicadores, odontólogos, arquitectos e ingenieros -las carreras tradicionales-, y eso llevó a que cada vez había más gente tocando las puertas de las Universidades para las carreras tradicionales, una de las cuales es la de médico. Si bien podríamos decir que en Venezuela no existen obstáculos para el acceso a la formación superior -Venezuela ha construido una amplia red de educación superior de acceso gratuito; en nuestro país no se paga en las Universidades-, cada vez más la Universidad se convirtió en un mecanismo de exclusión, y entonces hay muchachos esperando cuatro años para ingresar a la Universidad; en las carreras médicas también.

Se hacía una prueba nacional, pero después la Facultad también hacía pruebas, con lo cual era un segundo filtro; por esa vía estaba regulando el ingreso. De todas maneras, se siguieron formando médicos con esa orientación, en forma desvinculada, sin ninguna capacidad de rectoría del Estado en relación con la producción de formación desde el punto de vista conceptual y, por supuesto, menos desde otros ángulos. Entonces, tenemos un fenómeno que es característico de todos los sistemas nuestros: proliferación y centralización. En Caracas tenemos no sé cuántos médicos en relación con los habitantes, pero tenemos zonas del país donde no hay ninguno.

Esa es nuestra realidad. Sobre esa realidad podemos influir de dos maneras. Estamos poniendo en la ley una serie de normas que regulen esa relación y lleven a que haya una confluencia, no con carácter punitivo, sino para lograr una articulación real y una comunión entre formación y demanda de trabajadores de la salud. Eso, por supuesto, aún no lo hemos logrado, pero estamos trabajando en ese sentido. Por eso decía que Barrio Adentro está sirviendo para lograr ese objetivo.

También lo estamos definiendo por otro lado. Por ejemplo, en la Universidad bolivariana estamos hoy creando carreras -fíjense ustedes qué interesante- de pregrado en gestión de políticas públicas y de políticas de salud. Hoy, con esta mirada desde el punto de vista conceptual, estamos diseñando una formación de pregrado en el campo de la gestión de las políticas públicas; o sea, vamos a poder formar gente con esta visión de servicio público, de garantía de derechos, que la fuimos perdiendo en la medida en que fueron pasando todas las cosas que han venido ocurriendo en el campo de la política sanitaria.

Pero también estamos rediseñando una carrera de formación médica en la Universidad bolivariana. Creo que ya está casi listo el currículum. Empezamos ese trabajo el año pasado en función de estas necesidades; o sea: cuando surge Barrio Adentro, nos empieza a abrir las posibilidades de hacer todas estas cosas. Por ejemplo, hoy estamos formando gente para trabajar en Barrio Adentro, no gente nueva, sino médicos y médicas que ya estaban por ahí, subempleados y con un "degree"; les estamos ofreciendo la posibilidad de venir a formarse de manera integral, para formar parte de la atención integral primaria desde la estrategia de Barrio Adentro.

Ya tenemos varios focos de trabajo. Por un lado, la ley, que nos va a servir de manera general para establecer una nueva relación con las Universidades desde un punto de vista global: en el campo de la investigación, de la formación, pero también en cuanto a pensar juntos el país que queremos; eso lo estamos poniendo en la ley. Después está lo que tuvimos que hacer ante la necesidad de dar respuesta a las necesidades, y ahí está todo lo que estamos haciendo con la Universidad bolivariana, creando nuevos espacios de formación de profesionales en salud de diferente tipo. Y luego está la nueva carrera que estamos diseñando, con un nuevo currículum, para formar médicos y médicas. Nos gustaría posteriormente abarcar otros campos de la formación de los trabajadores de la salud. Es decir, queremos rescatar nuestras viejas Universidades para estos cambios, pero no podemos esperar; no hay tiempo. Entonces, iniciamos este desarrollo y estamos trabajando en él.

PREGUNTA.- Señora Embajadora: nos ha parecido muy interesante todo lo que usted ha dicho en términos generales, pero nos interesaría puntualizar algún aspecto.

En el marco del desarrollo de las políticas de salud, en el ámbito de la asistencia primaria y, sobre todo, de la asistencia primaria integral y en ese programa Barrio Adentro, nos interesaría saber si hay políticas definidas en cuanto al acceso al medicamento, y en cuanto al medicamento en sí, desde el punto de vista del sistema de salud, y al acceso de la alta tecnología, tanto diagnóstica como terapéutica.

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- Sí, indudablemente que sí. Barrio Adentro nos ha permitido muchas cosas. En primer lugar, nos ha permitido ampliar, fortalecer, desarrollar, consolidar todo lo que debe ser la atención primaria integral, realizando ese trabajo que mencionaba a nivel local; fue un trabajo con los Alcaldes, con los gobiernos locales: "¿Cuántos núcleos de atención primaria necesitas tú aquí?, ¿cuántos consultorios populares?, ¿en función de qué?". Esos mapas de georreferencia de territorios sociales que mostré apuntaban a eso: ¿cuánta gente hay aquí?, ¿qué población hay?, ¿cuántos niños?, ¿cuántas mujeres embarazadas?, ¿cuántas adolescentes?, ¿cuántos embarazos precoces?, etc.

La distribución y la organización espacial de todo lo que es la red están referidas a un trabajo que nos permite avanzar en espacios reales de problemas y de necesidades de la gente. Y a ese nivel estamos garantizando lo que se llama la atención integral primaria. Ahí hay acceso gratuito a medicamentos, a vacunaciones y a toda la atención que ahí es posible y que pueda resolver problemas: atención de la mujer embarazada, prevención de embarazo precoz, es decir, todo lo que son programas integrales e integradores; por ejemplo, programas de combate a la droga, a las adicciones en los adolescentes, de promoción de una sexualidad responsable, lo cual pasa por educación y, más allá del ambulatorio, por las escuelas, por las canchas deportivas, por los grupos culturales, por la iglesia, por todos los espacios donde se realiza la vida, que están articulados en eso que hoy se llama Barrio Adentro y que, como les decía, no es otra cosa que una estrategia integral de promoción de calidad de vida. Es una estrategia de articulación de redes sociales, y toda la atención, todos los servicios, todas las respuestas que ahí se dan son de acceso universal y gratuito, incluidos los medicamentos.

Hoy mostré una gráfica que hablaba de la construcción de las redes. Por eso decía que Barrio Adentro es una estrategia hacia la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Además de avanzar en el desarrollo de esa red de atención primaria, a la cual se le están asignando recursos extraordinarios, del petróleo de Venezuela -eso no lo expliqué,

pero evidentemente hay una parte de recursos extraordinarios, porque todo eso no es posible llevarlo adelante con los recursos normales del presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, por mencionar uno, porque ese sistema implica un compromiso de pago de una cantidad de recursos humanos-, estamos desarrollando otra parte de esas redes, que es lo que el Presidente llama las clínicas populares, que son como centros ambulatorios especializados, y lo que no se puede resolver allá viene para aquí, pero no para quedarse en un hospital, sino para resolver el problema y volver allá. Es decir, todo lo que se pueda resolver a ese nivel ambulatorio lo estamos construyendo. Estamos construyendo esas dos patas del Sistema Público Nacional de Salud. Y a ese nivel hay tecnología, imagenología, laboratorio y también la atención especializada que sea necesaria ahí; léase: medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía general, porque a ese nivel se pueden resolver problemas; se puede hacer perfectamente cirugía ambulatoria y partos ambulatorios. Eso se hace a nivel privado. ¿Por qué no lo podemos hacer en el sector público con calidad, con integralidad, de manera oportuna?

Entonces, esa es la segunda parte de ese conjunto de redes que concebimos que deben formar parte del Sistema Público Nacional de Salud: la red de atención primaria integral, que se está construyendo -es la estrategia de Barrio Adentro-, y estos centros a que recién hacía referencia. Cuando el Presidente preguntó cómo se llamaban y se le contestó que eran centros especializados ambulatorios, dijo que ese nombre no le gustaba, que resultaba muy complicado y que quería una denominación con más contenido. Bueno, son esas clínicas populares, que son espacios ambulatorios especializados que dan respuesta a los problemas que no se pueden resolver allá; vienen aquí y no es que se queden, sino que después vuelven, porque todos conocemos los déficit de nuestros sistemas sanitarios. Antes, todos los problemas iban a la emergencia del hospital porque no tenían respuesta en el lugar más cercano a la gente.

Barrio Adentro es eso: la red de atención primaria integral de la salud; es la posibilidad de dar respuesta a esas necesidades y demandas de atención, lo más cerca posible de la gente y de manera integral, incorporando esa estrategia de promoción de calidad de vida; es decir, resolver todo lo que haya que hacer a cualquier nivel y a cualquier edad, sea un niño o un anciano. Nosotros podemos hacer promoción de calidad de vida en cualquiera de las edades a nivel; es decir, no visto sólo como un espacio para atención asistencial curativa, sino como un espacio para articular las potencialidades de las comunidades junto con todas las redes, haciendo posible que la gente tenga programas recreativos, culturas, deportivos, etc., y que la gente organizada en torno a eso se convierta en dueña de las posibilidades de proteger la salud de manera integral.

Desde Barrio Adentro se construye una atención que promueve la vida y la salud, y no sólo la atención de la enfermedad. Barrio Adentro no es un espacio para tratar enfermos. Por supuesto que la enfermedad tiene atención adecuada y oportuna, pero no es sólo eso: es un espacio para mejorar la calidad de vida de la gente. Ahí se articula Mercal, que es el acceso a los alimentos; ahí se articulan los comités de tierra urbana; ahí se articulan todos los proyectos de rehabilitación; en fin, Barrio Adentro es eso. Yo diría que en el momento en que se diseñó de entrada no le dimos la magnitud que hoy día tiene. Cada día crece y se desarrolla y va mejorando sus posibilidades de impactar; y por supuesto la gente está contenta porque tiene cerca una herramienta con la que puede resolver la mayoría de sus problemas.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Señora Embajadora y distinguida colega: creo que interpreto el sentir de todos al transmitirle la complacencia y la satisfacción que sentimos por su valiosa participación esta noche a través de esta charla.

Usted nos ha enriquecido con su múltiple visión de humanista, de médica y de política en torno a aspectos fundamentales vinculados a la salud, la atención médica y la necesidad de cambios, que al igual que ustedes nosotros estamos viviendo y sintiendo.

Todos los que aquí nos encontramos, que estamos participando en el proceso de esta 8ª Convención Médica, tenemos también inquietudes sobre estos temas, que en muchos aspectos coinciden con las suyas. Seguramente, coinciden en torno a los objetivos, pues todos apuntamos a que la salud sea reconocida como un derecho y a que la atención de la salud sea igualitaria, equitativa, accesible y oportuna para todos. Todos, seguramente, coincidimos en la necesidad de que eso se exprese no sólo en un cambio de las condiciones de atención médica, sino además en la vigencia de una calidad de vida que represente la vigencia de los otros derechos fundamentales de los individuos.

Usted ha hecho referencia a los caminos seguidos por su país en torno al tema. Ha mencionado la importancia de las políticas, la importancia de la efectividad y la eficiencia en el manejo de los recursos, la importancia del cambio de modelo, teniendo presente que la atención médica no es sólo reparación de la salud, sino que es también promoción, prevención y rehabilitación, conjuntamente con el nivel adecuado de reparación.

Usted ha hablado de los necesarios mecanismos de coordinación y de integración, que son indispensables para llegar al cambio.

Nos hemos enriquecido todos con sus valiosos conceptos. Tenga la seguridad de que su charla será de enorme utilidad dentro de los aportes que estamos recibiendo a los efectos de que los médicos de nuestro país cuenten con todos los elementos de juicio para poder, libre y democráticamente, decir cuál es su opinión acerca de los cambios necesarios en la atención médica y en la salud del Uruguay.

Seguramente, coincidiremos totalmente con los objetivos. Seguramente, también, podrá haber matices en cuanto a los medios y las características, matices que naturalmente dependen de las realidades de cada país, de las condiciones anteriores y de la forma como se planteen los cambios.

Vaya, pues, nuestro agradecimiento hacia su persona y su participación en la doble función que usted ha tenido hoy, de transmitirnos una experiencia y de demostrarnos cómo los cambios son posibles y realizables cuando hay voluntad política, cuando hay participación de todos y cuando las realidades de los pueblos hacen cada vez más imperioso lograr para todos un país más saludable, que es el tema de esta Convención.

Nuevamente nuestro agradecimiento y la invitamos a compartir un brindis con todos los presentes para culminar la rica experiencia que para todos nosotros ha significado recibir el aporte que usted nos ha hecho.

(Aplausos)

Dra. MARÍA LOURDES URBANEJA.- Quiero agradecer sus conceptos y decirles a todos ustedes que hay muchas grandes razones que hacen posible la decisión de nuestro pueblo de mantener la esperanza y de no permitir que nos la quiten. Todas esas razones van a ser ratificadas pronto a través de la manifestación soberana de nuestro pueblo. Todas estas son formas de atender a los problemas de la gente, y por eso va a haber una ratificación.

Estar aquí ha sido un tremendo honor, además de la enorme responsabilidad de ser representante de ese proceso y de nuestro gobierno, para transmitirles lo que este proceso significa para el pueblo venezolano. Esto constituye una esperanza y un desafío que

debemos enfrentar todos los días, cuando nos exigimos que esto no sea simplemente retórica, sino que se traduzca en hechos concretos en beneficio de la gente.

Nos hemos equivocado muchas veces y falta mucho por hacer, pero vale la pena. Además, creo que no es un hecho aislado en América Latina, sino que hay vientos de cambio en el continente. Los pueblos tenemos el mandato de juntarnos y compartir las derrotas, los éxitos, las responsabilidades.

Además de compartir nuestras experiencias, ese es el mensaje que quisiera dejar esta noche: la necesidad de la solidaridad, de la hermandad entre los pueblos. No serán posibles los cambios en nuestros países si no nos integramos, si no hacemos posible, juntos, la construcción de una esperanza, respetando nuestras particularidades y diferencias, pero sin perder la dirección que debemos seguir, pues estamos comprometidos y obligados a hacerlo.

Muchas gracias.

(Aplausos)