

06

COLECCIÓN

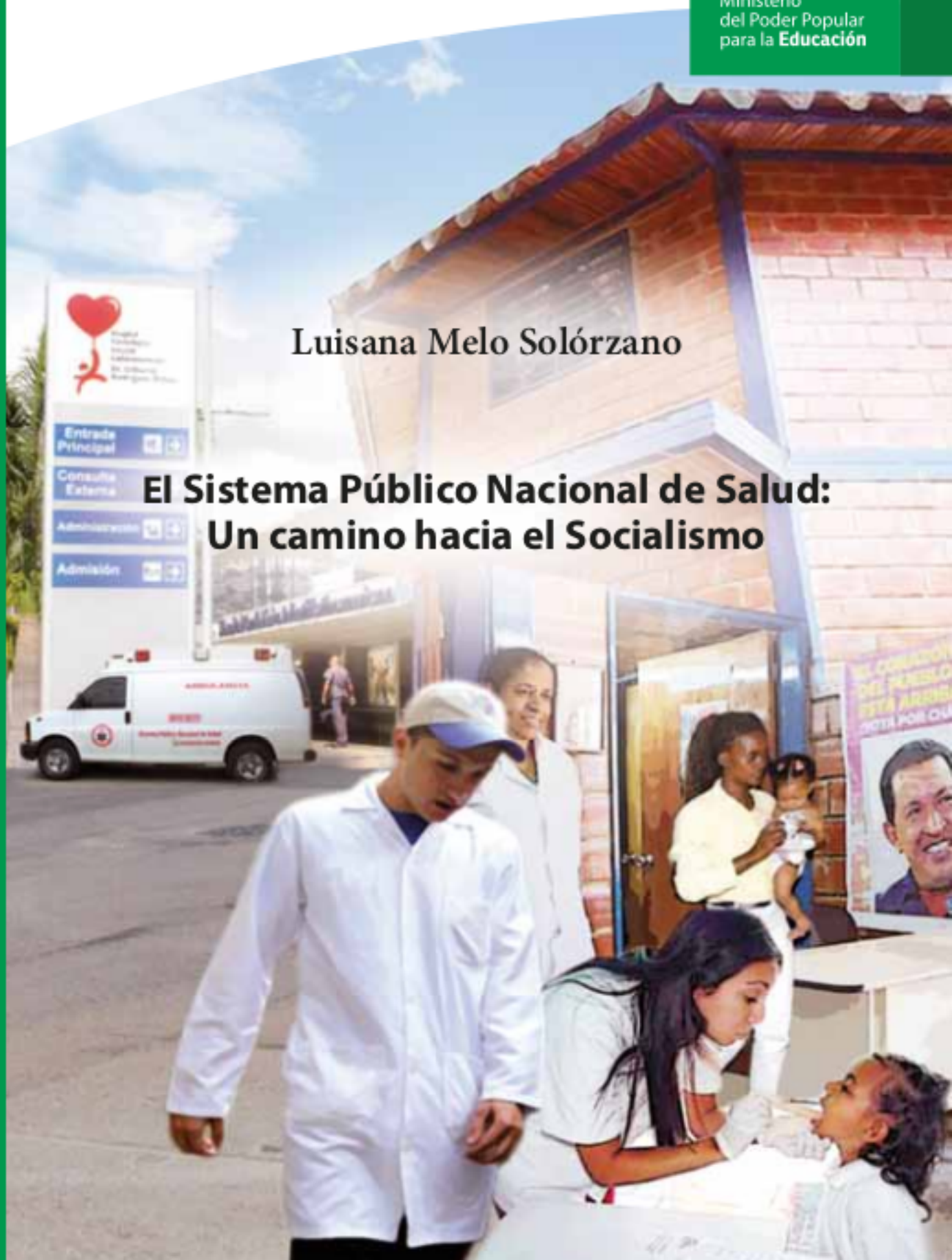
GILBERTO RODRÍGUEZ OCHOA



Ministerio
del Poder Popular
para la Educación

Luisana Melo Solórzano

El Sistema Público Nacional de Salud: Un camino hacia el Socialismo



Luisana Melo Solórzano

El Sistema Público Nacional de Salud: Un camino hacia el Socialismo

Prólogo: Oscar Feo Istúriz

Nicolás Maduro Moros
Presidente de la República Bolivariana de Venezuela

Tareck El Aissami
Vicepresidente Ejecutivo de la República Bolivariana de Venezuela

Elías Jaua
Vicepresidente para el Área Social
Ministro del Poder Popular para la Educación

Junta Administradora del Ipasme
Marisela A. Bermúdez B.
Presidenta

Pedro Germán Díaz
Vicepresidente

Elkis A. Polanco G.
Secretario

Fondo Editorial Ipasme
Federico J. Melo S.
Presidente

Prólogo:
Sólo derrotando al capitalismo,
podremos tener buena salud

El Sistema Público Nacional de Salud: Un camino hacia el Socialismo
© Luisana Melo Solórzano

Primera edición
© **La Rosa Roja Cooperativa Editorial**
Caracas, 2014

Segunda edición, corregida y ampliada
© **Fondo Editorial Ipasme**
Caracas, 2016

Depósito Legal: DC2017001242
ISBN: 978-980-401-284-6

Producción y edición: Abraxas Iribarren
Corrección: Darcy Zambrano
Diagramación y diseño de portada: Yaraiví Alcedo

Fondo Editorial Ipasme:
Locales Ipasme, final calle Chile con Av. Presidente Medina
Urbanización Las Acacias. Municipio Bolivariano Libertador, Caracas
Distrito Capital, República Bolivariana de Venezuela
Apartado Postal: 1040
Teléfonos: +58 (212) 632 59 22 / 633 53 30
Fax: +58 (212) 632 97 65

Se autoriza la reproducción total o parcial de la presente obra,
siempre que se señale la fuente original.

LUISANA MELO SOLÓRZANO es una médica y luchadora social que viene de la Venezuela profunda, con raíces hundidas en el estado Apure, de padres consecuentemente revolucionarios; ha dedicado su vida a la lucha por hacer de la salud un derecho real y concreto para el pueblo venezolano. Este texto, que recoge entrevistas, artículos y escritos de los últimos años, es una clara demostración de ello, y en él podemos encontrar tres momentos o bloques claramente diferenciados, pero con un hilo conductor común: la defensa del derecho a la salud. En el primero se esbozan temas básicos de nuestra realidad sanitaria sobre todo a partir de su experiencia como Secretaria (Directora) de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas; el segundo está más referido al qué hacer, donde como dirigente socialista de la salud, sea en la Alcaldía Mayor, en Indepabis o en Moscavis, Luisana siempre reivindica el Sistema Público Nacional de Salud como el camino para garantizar el derecho a la salud de los venezolanos; y el bloque final, que se inicia desde su labor en Indepabis en el enfrentamiento a la especulación en la salud y se concreta con mayor fuerza cuando asume la Gerencia de Salud de la CANTV, lo que la obliga a desarrollar una intensa lucha, que aún no concluye, por concertar, regular y controlar las clínicas privadas.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela señala con claridad que la salud es un derecho humano y social fundamental que forma parte del derecho a la vida y que debe ser garantizado por el Estado venezolano a todos los habitantes del país sin discriminaciones de

ningún tipo, y señala también que el instrumento para garantizar ese Derecho debe ser la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, y regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Lamentablemente, a más de 12 años de la aprobación de esa Constitución, el nuevo Estado venezolano, a pesar de sus grandes esfuerzos e inversiones por mejorar la salud de su población, que se expresan en Barrio Adentro, en la construcción y dotación de miles de consultorios populares, CDI y CRI, aún está en deuda con ella. Ni existe un Sistema Público Nacional de Salud como el pensado en la Constitución, ni se ha elaborado una ley que permita definir y regular la vida del sector.

Hay que decirlo con claridad: quienes desde la salud hemos luchado toda la vida por el socialismo, como Luisana, y creemos que la salud es un derecho fundamental, nos sentimos preocupados y frustrados por la incapacidad del Estado venezolano y sus dirigentes sanitarios –incluidos nosotros mismos–, para hacer real la letra de la Constitución. Y no hacemos esta afirmación desde la perspectiva de los opositores que enfrentan el proceso de cambios que impulsa en el país la revolución bolivariana con el Presidente Chávez a la cabeza. Lo hacemos desde la perspectiva de hombres y mujeres que hemos luchado, desde antes de Chávez, y lo seguimos y seguiremos haciendo, contra el imperialismo, por un mundo mejor, por la utopía de una sociedad más justa, autónoma y soberana, en eso que hemos denominado el socialismo; y que a pesar de los fracasos del siglo pasado en concretar su construcción, y de las grandes críticas que tenemos a ese modelo que se conoció como el “socialismo real”, lo seguimos reivindicando como el destino histórico que corresponde a los pueblos del mundo para lograr la armonía con la naturaleza y la satisfacción de las verdaderas necesidades humanas para todos y todas.

Siempre recuerdo a Luisana como una gran luchadora, la recuerdo al frente de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Caracas, ideando el Sistema Metropolitano de Salud como mecanismo concreto para ir acer-

cándonos al SPNS; y recuerdo su valentía cuando debió confrontar a un Ministro de Salud que, sin comprender la complejidad de la creación del Sistema, comenzó a “construir, ampliar y refaccionar” hospitales y terminó destruyendo la red hospitalaria nacional. Aún hoy tenemos vestigios de esa acción depredadora de nuestro sistema público, alentada por “empresarios pseudobolivarianos” que han hecho de la salud un espacio para hacer negocios y enriquecerse personalmente. Pareciera que Luisana perdió esa pelea con el Ministro, ya que salió de su cargo en la alcaldía; pero no, sin duda hoy la historia le ha dado la razón.

Recuerdo también a Luisana en Indepabis, luchando contra la especulación al lado de ese gran Ministro que fue Eduardo Samán; creando e impulsando un movimiento para luchar por el socialismo, la salud y la calidad de vida, el MOSCAVIS, que recoge los planteamientos más avanzados y progresistas del pensamiento de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana; vinculada al Ateneo Popular, al Centro Miranda, a ALAMES, a los movimientos populares por la salud y la vida, momentos en los cuales se produjeron muchos de los textos que forman este libro.

Últimamente, y esa es la parte final del texto que prologo, Luisana ha liderado, desde la Gerencia de Salud de la CANTV, un movimiento para poner coto a la voracidad y abuso de las clínicas privadas que ven en el Estado venezolano su más fácil y débil proveedor de financiamiento. Sí, es dramático: ante la incapacidad del Estado venezolano para garantizar salud a través de una red pública integrada, de calidad y eficiente, pareciera que ha optado por ofrecer seguros parciales de eso que llamamos en Venezuela HCMs. Hoy cada Ministerio, Gobernación, Alcaldía, empresa del Estado, resuelve los problemas de atención a la salud de sus millones de trabajadores públicos, contratando pólizas privadas que engordan a las aseguradoras y al sector privado de la salud, y a veces a quienes las promueven y tramitan. Las cantidades de dinero que transfiere el Estado a aseguradoras y clínicas es aterradora, convirtiéndose en subsidios cruzados, de lo público a lo privado, que contradice todas las buenas intenciones que

en el sector salud gubernamental pudieran existir y existen para mejorar la salud. Leyendo este libro podrán adentrarse en esa oscura realidad.

Esas políticas del gobierno venezolano, lejos de fortalecer el sector público que tanto lo necesita, termina subsidiando seguros y clínicas privadas, lo cual es una forma oculta, y quizás inconsciente para muchos, de privatizar la salud. Y por supuesto las clínicas abusan, como señala Luisana en muchos de sus textos, cobran hasta mil veces más el precio de algunos medicamentos, sobrecargan y sobreprecian los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Y ahora por primera vez se les está metiendo en cintura. Pero no basta con eso, es evidente que las clínicas privadas acentúan su afán de lucro. Lo incomprensible es que el Estado venezolano no haya encarado a fondo hasta ahora esa realidad. Por ello, necesitamos que gente como Luisana denuncie y enfrente esta paradoja, construyendo instrumentos como la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS), que ya promovió un primer encuentro contra la privatización de la salud.

En medio de esta situación hay una tristísima realidad: pareciera que el imaginario construido en la mentalidad del venezolano común en todos los sectores –revolucionarios, socialistas, o lo que sea, trabajadores públicos o privados, chavistas o no chavistas-, es que la mejor forma de resolver los problemas de salud es a través de seguros privados (privados desde la prestación, pero públicos desde la financiación). En el encuentro contra la privatización ya mencionado, en el cual participaron más de 5000 trabajadores y líderes sindicales y de la salud, pudimos observar con preocupación, cómo los trabajadores sindicalizados y afiliados por lo tanto al Seguro Social (IVSS) ahora están solicitando en sus contrataciones colectivas pólizas privadas, pareciera que no les gusta o satisface el IVSS y quieren atenderse en clínicas privadas. Ese es el ideario, eso es lo que parece que quisiera todo venezolano, atenderse en clínicas privadas, pero están confrontado la realidad de que esas pólizas no les resuelven nada; cuando tratan de usarlas raramente pueden hacerlo, y si lo hacen es con muchas limitaciones.

Pero Luisana, y los que como ella seguimos luchando por el socialismo y la revolución, somos optimistas. A pesar de las dificultades y de una

realidad que golpea, estamos en la lucha y estos son nuestros planteamientos fundamentales para ejercer el Derecho a la Salud. Por eso asumimos eso que una vez dijo el presidente Chávez y está citado en el presente texto: “la sociedad capitalista convierte la medicina en un asunto mercantil, para el enriquecimiento de minorías, y jamás atiende las necesidades del pueblo”. Así es, Presidente Chávez, pero dése cuenta de que lo que está haciendo su/nuestro gobierno es engordar a las clínicas, mientras persiste una gran deuda social, un caos y congestiónamiento asistencial que hace que el sector público no esté en capacidad de resolver los problemas de atención del pueblo venezolano, y sea visto con desconfianza por muchos sectores de la población.

Por todo ello, un programa de acción para dar contenido revolucionario al accionar de salud del gobierno tiene que partir por LA DEFENSA DE LO PÚBLICO, confrontando las políticas que desde el Estado vienen solapadamente fortaleciendo al sector privado de la salud. Esto requiere FORTALECER AL MINISTERIO DE SALUD Y ASUMIR EL DESARROLLO DEL SISTEMA PUBLICO NACIONAL DE SALUD PREVISTO EN LA CONSTITUCION. Es indispensable aumentar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, sobre todo a nivel hospitalario, resolver su enorme congestiónamiento, hacer frente al tema de la violencia ciudadana como problema fundamental de la salud pública. Urge resolver el tema de la fragmentación y los múltiples paralelismos existentes en el sector salud, promoviendo un trabajo integrado y en redes, que aprovechen mejor las capacidades instaladas del sistema público. Hay que asumir con valentía el tema de los profesionales y trabajadores de la salud. Es evidente que el gobierno ha hecho un esfuerzo inmenso para formar médicos integrales comunitarios, médicos generales integrales, enfermeras, especialistas en salud pública, pero es triste ver cómo esa gran fuerza de trabajo que pudiera ser el motor del cambio en salud, se desaprovecha y desperdiga, terminando subsumida por el modelo biomédico dominante.

Por último, es importante reconocer que muchas de las mejoras de la salud de los venezolanos no tienen que ver directamente con la acción

del sector salud, sino con el proceso global que ha elevado la calidad de vida de la población venezolana, actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Eso hay que seguir haciéndolo en forma integrada, como lo señaló acertadamente nuestro querido y recordado camarada Gilberto Rodríguez Ochoa: la única forma de mejorar la salud de la comunidad es elevando su calidad de vida y luchando contra la desigual distribución del poder, el dinero y los recursos; y lo enfatiza la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES) de la que forma parte Luisana: sólo derrotando al capitalismo, que es la causa fundamental de la enfermedad de la sociedad, podremos tener buena salud. La sociedad capitalista acaba la salud y deteriora el ambiente, genera modos de producción, vida y consumo insanos. Por ello, construir el socialismo es la verdadera salida para tener un país sano. Esa es nuestra lucha. Gracias a Luisana por expresarlo con fuerza y por permitirnos acompañarla en esta contienda.

Oscar Feo Istúriz

..... **Prefacio:**
Un tema prioritario
y multidimensional

LA SALUD es, además de una necesidad, un derecho. Todas las personas tenemos el deber de darle prioridad a este tema. En particular, aquellas que pueden tomar medidas de alcance nacional e internacional y las que, desde nuestra trinchera particular, la del trabajo como profesionales de la salud, luchamos día a día por brindar a los demás la calidad de vida que todo ser humano merece; pues ello constituye un imperativo moral con nuestros pueblos y nuestra profesión. De la solución exitosa del problema de la configuración de sistemas integrales e integrados, capaces de dar respuesta a las necesidades que en materia de salud tiene la población mundial, depende en gran medida la posibilidad de garantizar la vida misma de la especie humana.

Por tanto, estamos en la obligación –y tenemos la responsabilidad– de hacer comprender que SALUD es un concepto cuya construcción implica la realización integral del ser humano, superando todas las formas de enajenación conocidas en la sociedad contemporánea; vale decir, supone la lucha por crear las condiciones para que todos podamos tener acceso a los alimentos, a la educación, a un trabajo que permita el desarrollo integral de todas nuestras potencialidades y donde se nos escuche y tome en cuenta, al goce de ambientes sanos, al disfrute de la vida en sociedad y a la tranquilidad espiritual, a vivir con dignidad y en paz con nosotros y con nuestros semejantes, a tener alegría y bienestar, a la ausencia de enfermedades. En fin, a una vida de calidad o al vivir bien de nuestros ancestros.

Todo lo cual supone la existencia de un compromiso colectivo por alcanzar el sistema de gobierno que produzca “mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”, de acuerdo con la siempre vigente aspiración bolivariana, y que nosotros identificamos hoy con un socialismo el “del siglo XXI” que sepa recoger las enseñanzas del pasado para darle respuesta a las necesidades del presente y sienta las bases del futuro anhelado.

Las páginas siguientes recopilan entrevistas periodísticas, discursos, ensayos, ponencias e informes que resumen un esfuerzo por ser consecuente con lo antes dicho. Fueron elaborados al calor de mis vivencias en la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, donde la confianza y gentileza del Alcalde Mayor Juan Barreto me permitió intentar “tomar el cielo por asalto”, encabezando un equipo que se atrevió a soñar con la construcción del Sistema Público Metropolitano de Salud (SPMS), experiencia piloto que aspiraba ser la semilla del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS); en Indepabis, donde gracias a la bonhomía y consecuencia revolucionaria de Eduardo Samán, pude acompañar a cientos de venezolanas y venezolanos estafados por los mercaderes de la salud, y comprender, gracias a ello, la profundidad de la aberración mercantilista del sector privado, así como la ineludible relación dialéctica que condiciona la posibilidad de construir el SPNS que necesita el país, a la regulación de dicho sector privado y a la liberación de los excesivos recursos financieros que se lanzan en él como en un barril sin fondo; y en la Cantv, donde el apoyo solidario de Manuel Fernández, Néstor González, Evelyn Rangel y Albert Reverón me ha hecho acreedora del increíble honor de estar en la primera línea del combate ya indicado.

El material está agrupado siguiendo un doble criterio: temático y cronológico. En la primera parte hemos procurado concentrar los textos que priorizan el análisis de la realidad encontrada al llegar a la Secretaría Metropolitana de Salud; en la segunda agrupamos aquellos que intentan una reflexión sistemática sobre cómo avanzar en la construcción de un SPNS capaz, no sólo de atender las necesidades de la población, sino ade-

más hacerlo sobre la base de unos principios y una práctica consecuentemente revolucionarios, liberadora del ser humano; en la última recogemos ensayos, entrevistas y notas de prensa que dan cuenta de la lucha librada por regular al sector privado de salud.

Una vez diferenciados los materiales por su temática, decidimos presentarlos en orden cronológico, de manera de mostrar lo que ha sido la evolución de nuestro pensamiento. Aprovecho para señalar que los textos aquí reunidos sólo han sido intervenidos para corregir errores gramaticales, de estilo o de sintaxis, allí donde lo hemos considerado necesario para garantizar claridad expositiva.

No tengo la menor duda de que mucha de la información aquí presentada y bastante del análisis crítico reflejado en los textos recopilados, han sido superados gracias al enorme y sostenido esfuerzo del gobierno bolivariano por dotar al pueblo venezolano de un SPNS capaz de dar pronta y efectiva respuesta a sus necesidades; pero creo que aún así vale la pena el esfuerzo de compilar y publicar los mismos, pues dan cuenta del trabajo reflexivo y práctico de un colectivo empeñado en aportar su cuota de sacrificio en la gran aventura revolucionaria que vivimos todas y todos los venezolanos desde que Hugo Chávez Frías fue electo Presidente de la República: el Movimiento Socialista por Calidad de Vida y Salud (Moscavis), el cual ha contado desde sus inicios con las enseñanzas y el aliento del colega y luchador social brasileño Armando De Negri, y con el apoyo y la orientación inestimable de los cs. Ana Elisa Osorio, Oscar Feo y Héctor Navarro. Tampoco podemos dejar por fuera el reconocimiento al Centro Internacional Miranda, el cual nos ha tendido la mano cediéndonos sus instalaciones cada vez que las hemos necesitado y además abrió una línea de investigación sobre salud y calidad de vida, promoviendo eventos de reflexión e intercambio de saberes sobre la materia, con un alto nivel intelectual.

He sido y soy una más de ese colectivo de mujeres y hombres que apostamos al futuro luminoso de nuestro pueblo. En todas las trincheras en que nos ha correspondido aportar un granito de arena para construir la

Venezuela socialista, vale decir, capaz de responder a todas las necesidades populares a partir de la inclusión y la participación social, he procurado honrar las convicciones que desde pequeña me inculcaron mis padres y que la lucha cotidiana desde las aulas y laboratorios, primero, los consultorios, los ambulatorios y los hospitales después, y la calle al lado de trabajadoras y trabajadores desde siempre, me ha ratificado y acerado. A ellos, a mis hijos y a mi compañero, que han sufrido estoica y solidariamente mis ausencias y angustias, y al bravo y sabio pueblo de Venezuela, que construye su futuro marcando un rumbo a nuestras hermanas y hermanos latinoamericanos y a los demás pueblos del mundo, dedico este modesto esfuerzo.

Declarar a Caracas como Ciudad Protectora de la Vida*

(...) la sociedad capitalista... convierte la medicina en un asunto mercantil, para el enriquecimiento de minorías, y jamás atiende las necesidades.

Hugo Chávez

En el marco de la construcción del Nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) previsto en la Constitución Bolivariana, y en consonancia con la crítica al capitalismo y los planteamientos generales de la construcción del socialismo del siglo XXI esbozados por el Presidente de la República, la Alcaldía Metropolitana de Caracas –a través de su Secretaría Metropolitana de Salud– viene realizando un gran esfuerzo por construir un Sistema Público Metropolitano de Salud (SPMS) que sea capaz de responder a las necesidades de toda la población que lo requiera y que sirva de punto de apoyo para la concreción del SPNS.

Es indiscutible el inmenso esfuerzo político, financiero e institucional que se ha venido adelantando para saldar la deuda social con el pueblo de la Gran Caracas en materia de salud y calidad de vida: se ha implementado la Misión Barrio Adentro, se ha hecho una importante inversión en infraestructura, insumos, material médico quirúrgico y equipamiento, y se

*Documento presentado a la Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, 05 de enero de 2008. Elaborado de manera colectiva en la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas.

han realizado también grandes esfuerzos por el mejoramiento integral de la calidad de vida de la población que habita en el eje metropolitano, en la búsqueda de la garantía al derecho a la salud consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

No obstante, se observa que la efectividad de los impactos de las iniciativas adelantadas no se corresponden con la magnitud de las necesidades manifestadas por la ciudadanía que asiste a los servicios, por lo que podemos afirmar que la situación de salud del Distrito Metropolitano de Caracas se encuentra en colapso funcional.

La situación actual no es una crisis coyuntural, como se ha querido mostrar mediáticamente. Para entenderla de esa manera, tendríamos que aceptar que su devenir era satisfactorio y que por diversas razones externas e internas, producto de la inacción de los gobiernos nacional y metropolitano, se vio afectada de forma pasajera.

Por el contrario, la realidad es que tanto la concepción como la estructura existente en el área de salud metropolitana, heredadas en lo fundamental del cuadrangulo puntofijista, limitan seriamente las posibilidades de ser *garante del derecho a la salud*; pues constituyen de hecho una suerte de pozo sin fondo para los recursos y el esfuerzo allí invertidos. La estructura heredada viene, además, debilitada de un proceso histórico de deterioro paulatino, producto del ejercicio efectivo de la política neoliberal que marcó a nuestro país en lo fundamental durante las décadas de los 80 y los 90 del siglo pasado, pero que no se supo o no se quiso desmontar durante los años iniciales del proceso revolucionario bolivariano; particularmente durante los años de ejercicio de la Alcaldía Mayor por parte de Alfredo Peña, quien se montó al principio en el tren revolucionario para luego abandonarlo en pleno ejercicio de un cargo obtenido con los votos bolivarianos.

El neoliberalismo tiene como norte estimular el reforzamiento del sector privado de la salud, trasvasando los recursos disponibles para el sector público a través de mecanismos indirectos, como la contratación de pólizas de seguros para todo el sector público (llegándose al absurdo histórico de que hasta los trabajadores del sector salud exigen sus seguros

de Hospitalización, Cirugía y Maternidad -HCM), o directos, como el financiamiento de operaciones o tratamiento sobrevaluados y el otorgamiento de créditos blandos o estímulos fiscales para el surgimiento y crecimiento del sector privado de la salud; al mismo tiempo que se procede a una marcada desinversión en el sector público de salud, permitiendo el deterioro de la planta física, la obsolescencia tecnológica y el rezago salarial de todo su personal. Todo lo cual iba acompañado de una campaña de descrédito del sector público y de promoción del sector privado como alternativa viable.

El resultado de esta política aún se evidencia en la situación de la salud metropolitana en general, y en particular en las cifras de:

Mortalidad materna, la cual persiste en niveles considerados intolerables, sobre todo al estimar que estamos en la capital de la República, donde hay mayor concentración de servicios. La mortalidad materna (15 muertes de enero a septiembre de 2007 en Caracas), refleja la *mala calidad o baja oportunidad de atención en un sistema de salud*: son muertes injustificadas, que tienen un enorme impacto social y humano. La mortalidad materna refleja una falta de regularidad en las condiciones de atención a las embarazadas y se reproduce más adelante en la alta mortalidad neonatal observada.

La mortalidad infantil evitable. A pesar de la disminución de la tasa de mortalidad infantil general persisten niveles elevados de *mortalidad neonatal*, reflejo directo de insuficiente atención prenatal, escasez de terapias intensivas neonatales y pediátricas, falta de coberturas de urgencias pediátricas, precariedad de las coberturas por inmunización (v.gr. la carencia de la triple viral durante el año 2007) y permanencia de exposiciones a patologías prevenibles, como se observa en las hospitalizaciones y decesos por diarreas y por infecciones respiratorias.

La tasa de mortalidad de los jóvenes está particularmente impactada por *accidentes de todo tipo, encabezados por los de tránsito y los homicidios*. Ambos factores constituyen las principales causas de muerte en nuestro país desde el principio de la vida hasta los cuarenta y cinco años de edad.

La persistencia de la epidemia de dengue muestra la precariedad de la vigilancia sanitaria y ambiental.

El repunte de la Enfermedad de Chagas en el mayor centro urbano de la República demuestra la urbanización de vectores y enfermedades de áreas rurales.

La respuesta insuficiente e inoportuna a las enfermedades crónicas y degenerativas devela problemas cualitativos en la atención tanto estatal como privada. Esta situación afecta la calidad de la sobrevivencia después de fracturas, accidentes vasculares, infartos, emergencia de diabetes, problemas respiratorios obstructivos, afecciones gastroenterológicas, cáncer de todo tipo... Males que conciernen a toda la población, pero particularmente a los adultos/as y adultos/as mayores, y causan muertes precoces y largos períodos de enfermedades inhabilitantes con sus secuelas.

La sobrecarga de los servicios de urgencias y las filas en demanda de atención especializada, cirugías y hospitalizaciones, tanto en el sector estatal como en el privado estatalmente pagado, reflejan *falta de regulación social y rectoría pública* por parte del Estado y de la sociedad para la defensa de los derechos de la ciudadanía. Ello estimula la insuficiencia calificada de la oferta frente a la demanda y la frecuente carencia de recursos que garanticen abastecimiento, mantenimiento de infraestructura, formación y remuneración adecuada de los recursos humanos, por problemas de insuficiencia presupuestaria y por fallas en la gestión del trabajo.

A pesar del enorme esfuerzo político, financiero e institucional que se ha venido adelantando desde la llegada del presidente Chávez al poder, las respuestas aportadas no han rendido todos los frutos esperables; creemos que esto se debe a *la ausencia de una perspectiva transectorial de las políticas públicas* y a *la fragilidad del control de las comunidades sobre las necesidades y respuestas en sus territorios sociales*, a pesar de los avances con los comités de salud y consejos comunales.

La ausencia de una respuesta articulada en pro de la calidad de vida se refleja en los problemas persistentes de recolección de basura; contaminación de suelo, aire y agua; carencia de abastecimiento calificado de

agua y de alcantarillado; falta de acceso a alimentos adecuados, así como a transporte, vivienda, trabajo seguro y empleo, educación y protección social, garantías de seguridad y acceso a la justicia.

La persistencia de cobros indirectos por carencia de insumos y medicamentos en los servicios estatales obliga a los pacientes a elevar sus índices de gastos, agravando los problemas de inequidades en salud.

La falta de recursos regulares basados en metas de contratos públicos conduce a niveles muy bajos de eficiencia y efectividad y afecta directamente la posibilidad de construir políticas públicas universales, integrales y equitativas.

La persistencia de indicadores tan negativos en salud, a pesar de los increíbles esfuerzos realizados en lo económico y lo humano, evidencia la gravedad y complejidad de la situación de emergencia y lo insuficiente de las respuestas dadas hasta ahora a la ciudadanía de la Gran Caracas. Muchas de esas situaciones son evitables, y por lo tanto intolerables e inaceptables. Es necesario adoptar políticas públicas que abarquen integralmente la situación. Por ello hemos venido trabajando la estrategia de promoción de la equidad en calidad de vida como fundamento para la construcción de la política pública en nuestro sector.

Cuando hablamos de la estrategia de promoción de la equidad en calidad de vida, nos referimos a que el combate a las inequidades se constituya en un reto más allá de concebir el combate a la pobreza únicamente desde la perspectiva económica (aumentos salariales regulares, aumento de la oferta de productos asquibles a los sectores populares, preservación del empleo, combate a la inflación), pues se plantea no solo reducir los niveles de exclusión social, sino superar todas las brechas entre quienes tienen y quienes no tienen en la sociedad venezolana. Se refiere a una forma superior de justicia, teniendo como base la universalidad de los derechos sociales prevista en la Constitución Bolivariana: sólo así es posible brindar una atención oportuna y adecuada.

Proponemos tomar acciones, tanto en lo inmediato como a mediano y largo plazos, para revertir la situación de salubridad descrita en el

Distrito Metropolitano. Debemos avanzar a través de la construcción del Sistema Público en ese Distrito como experiencia piloto que cimiente las bases del Sistema Público Nacional de Salud.

Para eso hay que asumir la rectoría pública de los recursos, servicios y objetivos en Caracas, construyendo una esfera pública de gestión que ordene y regule tanto al sector estatal como al privado. Esto incluye las inversiones en la recuperación y fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, en su base tecnológica y en la formación, actualización académica y mejoramiento salarial del personal que labora para el Estado. También supone el control sobre la inversión estatal en el sector privado, hoy dependiente de esas contrataciones, las cuales necesitan una regulación pública capaz de generar equidad.

Se propone que sea decretada Caracas como Ciudad Protectora de la Vida, pionera en el país en la instalación del Sistema Público Nacional de Salud. Estamos proponiendo establecer la batalla por la salud de las mujeres y hombres de Caracas; incluso proponemos decretar el estado de emergencia en la ciudad, para así destrabar las barreras financieras y burocráticas que vienen impidiendo el avance de las políticas públicas sectoriales. Es necesaria una respuesta inmediata, que sienta las bases para acciones de mediano y largo plazos, considerando el exiguo tiempo político en 2008 y, sobre todo, considerando las vidas que perdemos o maltratamos cada día que pasa en esta situación tan desastrosa.

Este impulso como ciudad pionera en la implantación del Sistema Público Nacional de Salud permitiría dar fuerza a las políticas públicas de gobierno, para que de forma coordinada todas las instituciones de salud se unifiquen estructural y operativamente; logrando un verdadero impacto en la calidad de vida de la población, abarcando no solo la atención a la salud sino también a otros ámbitos que son determinantes de ella, tales como seguridad alimentaria y ciudadana, protección social, sanidad y seguridad de los ambientes, salud en el trabajo, acceso a justicia, vivienda, transporte, agua saneamiento y todos los otros factores.

Situación organizativa y funcional de la Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas*

La situación de salud del Distrito Metropolitano de Caracas nos obliga a abordar el análisis de la estructura organizativa y funcional de la Secretaría de Salud para poder entender las dificultades en el accionar y en la implementación de las Políticas Públicas sustentadas en la promoción de la equidad en calidad de vida que hemos venido trabajando en este último año.

Para acercarse a la problemática en salud se deben tratar las siguientes cuestiones: talento humano, recursos financieros y aspectos organizacionales.

I.- Situación del talento humano

En la Secretaría de Salud trabajan 26.000 empleados, de los cuales aproximadamente 30% (7.800) desempeñan funciones médico-asistenciales (médicos/as, enfermeras/os, bioanalistas, etc.), lo cual demuestra el alto nivel de burocratización de los centros de asistencia. Por otra parte, ese 30% de personal médico-asistencial no cubre las necesidades crecientes que en materia de salud y calidad de vida demanda la población de Caracas.

*Informe presentado a la Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, 05 de enero de 2008. Elaborado de manera colectiva en la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas.

Con relación al talento humano el déficit es permanente y en aumento, no solo del cuerpo médico, sino también en disciplinas como enfermería, bioanálisis y personal técnico (radiólogos, citotecnólogos, etc.). Esta crisis va mas allá de las “*noticias criminas*” que se han reportado en los diarios capitalinos en los últimos días, pues no solamente se requiere de anestesiólogos, como lo informa la prensa, sino que, además, hay carencia de pediatras, cirujanos pediátricos, cirujanos generales, neonatólogos, cirujanos neonatales, internistas, ginecoobstetras, traumatólogos, médicos generales y de cuidados intensivos. La carencia de ellos hace imposible prestar atención en forma adecuada.

Las razones que explican la insuficiencia de personal médico de nuestros hospitales las podemos enumerar así:

1.1.- Proceso de formación:

Existe una profunda incoherencia entre los procesos de formación profesional especializada y las necesidades reales de la población; es decir, especialidades como medicina interna, neonatología, anestesiología y pediatría son menos demandadas por los aspirantes a especializarse, en relación con otras que pueden ser económicamente más rentables.

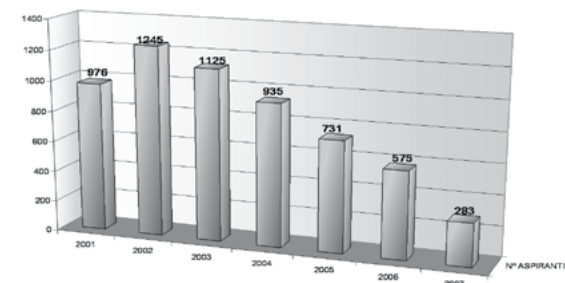
Históricamente hablando, en Venezuela no ha existido una política de formación en salud que permita corregir esta desviación, por ejemplo, abriendo, solo las especialidades necesarias para cubrir las necesidades y cerrando las que están sobredimensionadas.

Es necesario acotar que en el país la formación médica está exclusivamente en manos de las instituciones del Estado, por lo que el ente rector en la materia podría adoptar perfectamente esta política.

En la Secretaría de Salud, la disminución de formación de nuevos especialistas se evidencia en la gráfica 1. En ella se puede observar que los aspirantes a postgrados para especialización disminuyeron de 1245 en el 2002 a 283 en el 2007, a pesar de haberse llamado a concurso en dos oportunidades distintas el mismo año:

Gráfica 1

Número de aspirantes por Concursos de Especialidades Médicas
Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor
2001-2007

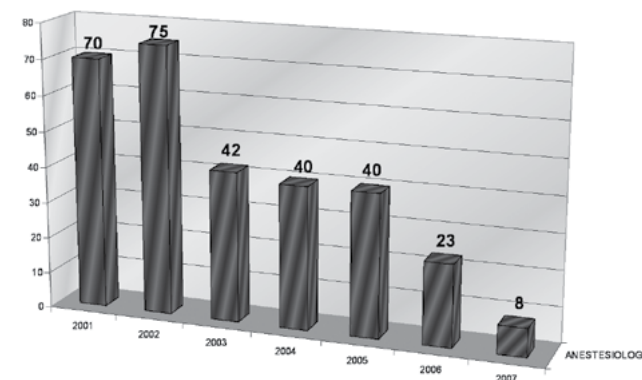


Fuente: Estadísticas Dirección de RRHH de la Secretaría de Salud de la AMC. 2007

En las especialidades básicas el problema se hace evidente, como lo muestran las gráficas 2 y 3:

Gráfica 2

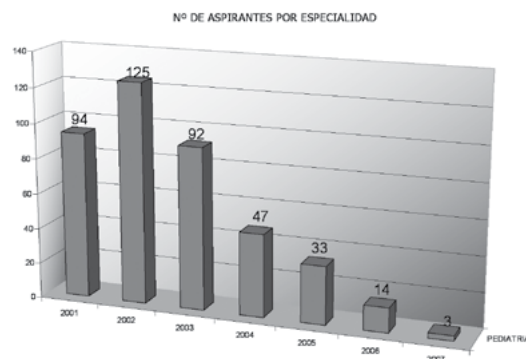
Número de aspirantes a la Especialidad Anestesiología
Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor
2001-2007



Fuente: Estadísticas Dirección de RRHH de la Secretaría de Salud de la AMC. 2007

Gráfica 3

Número de aspirantes a la Especialidad Pediatría
Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor
2001-2007



Fuente: Estadísticas Dirección de RRHH de la Secretaría de Salud de la AMC. 2007

En anestesiología disminuyó el número de aspirantes, de 75 en 2002 a ocho en 2007, y en Pediatría, otro ejemplo impactante, los aspirantes en 2002 fueron de 125 y en 2007 solo de tres médicos.

Sabemos de la gestión del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) dirigida a promover la formación de Médicos Generales Integrales, profesionales necesarios para garantizar la prestación adecuada de los servicios propios de la atención primaria. Aplaudimos esta medida por considerarla altamente necesaria; pero la consideramos insuficiente: las cifras expuestas con anterioridad revelan la magnitud de la problemática de la prestación de atención especializada en áreas críticas.

1.2.- Inequidad salarial:

Producto de la segmentación del sistema, existe en la actualidad una contratación diferenciada para un personal equivalente, que posee formación similar y realiza las mismas funciones, en los distintos entes

prestadores de servicios de salud del Estado: MPPS, IVSS, Sanidad Militar, IPASME, Secretaría de Salud (Alcaldía Metropolitana).

La estructura salarial de la Secretaría de Salud es la que menores salarios reconoce a sus profesionales de salud; lo que propicia una permanente desertión del personal hacia otras instituciones, en lo fundamental hacia el ejercicio privado de la medicina, e incrementa la fuga de profesionales al exterior.

Los galenos adscritos a la Secretaría de Salud perciben un menor ingreso salarial incluso en comparación con el que devengan los otros trabajadores del sector dentro de la misma Secretaría. Por ejemplo, un Analista VI (personal administrativo) devenga un salario de Bs. 2.500.000,00, mientras que un médico especialista gana Bs.1.455.667,20, según datos aportados por la Dirección de RRHH de la Secretaría de Salud del DMC; lo que evidencia la inequidad en los salarios.

En las mesas de trabajo, los médicos solicitan homologación de sus salarios con sus pares especialistas del resto del sistema de salud. Además, alegan que hace más de siete años que no se discute la Contratación Colectiva del referido gremio, debido a falta de legitimación de las autoridades gremiales que los representan y a retardo en la decisión por parte del Ministerio del Poder Popular para el Trabajo; mientras que el resto del sistema goza de una convención colectiva única (normativa laboral) que data del año 2006. Las mejoras salariales decretadas durante los últimos años no han sido suficientes para garantizar a médicos residentes y especialistas un salario justo, que reconozca la trascendencia social de su labor y les permita tener condiciones de vida lo suficientemente dignas, como para desechar la posibilidad de optar por el ejercicio privado para complementar sus ingresos.

Mientras esto no se solucione, las disparidades de ingreso convierten en un atractivo económico evidente para este personal el ejercicio profesional en clínicas privadas. Se ha llegado al extremo de que médicos residentes y rurales renuncian a sus cargos antes de cumplir el tiempo de pasantía indicado en el artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, y están ejer-

ciendo en consultas privadas a pesar de no haber cumplido con el artículo mencionado, condición necesaria para hacer ejercicio privado de salud.

Por todo lo anterior, consideramos que la homologación de los salarios entre los diferentes organismos gubernamentales es una necesidad inmediata, en aras de promover la base necesaria para la construcción de una estructura de cargos idónea para el funcionamiento eficaz y eficiente del Sistema Público Nacional de Salud.

I.3.- Sustitución de personal:

En los últimos años, el personal que ha cumplido con los requisitos de ley para jubilarse lo viene haciendo a través de una cláusula contractual que les permite seguir gozando de todos los beneficios que la ley otorga a los trabajadores activos, mientras no se haga efectiva su jubilación; incluyendo la inamovilidad laboral. Esto hace que ese personal se retire de sus funciones, pero no pueda ser sustituido; dejando las mismas sin la posibilidad de ser realizadas.

Por otro lado, es pública y notoria la deuda acumulada referida a pasivos laborales y a jubilaciones pendientes, lo que se traduce en la imposibilidad de adelantar políticas efectivas en materia de nivelación profesional de nuestros funcionarios.

I.4.- Condiciones Laborales:

Las condiciones laborales en los centros adscritos a la Secretaría de Salud no brindan las condiciones de seguridad y confort establecidas en la norma para que nuestros trabajadores y trabajadoras desarrollen su actividad de forma humanizada. Por el contrario, las precarias condiciones de trabajo conducen a constantes reclamos y a enfermedades laborales, y se convierten en factor negativo para la prestación adecuada del servicio.

II.- Situación financiera:

La Secretaría de Salud diseñó un plan metropolitano para materializar la garantía del derecho a la salud durante el año 2008, con un alcance presupuestario de 1.361.356.344 Bs.F., el cual contempla gastos en recursos

humanos (sueldos y salarios, formación y actualización, tanto para los servidores públicos como para las comunidades), adquisición de productos farmacéuticos y medicamentos, material médico quirúrgico, equipos médicos, reparación de equipos (aires acondicionados de los quirófanos y las ambulancias), servicios de suministro de gases medicinales, reactivos de laboratorios, alimentos, limpieza y mantenimiento, hotelería hospitalaria, infraestructura, dotación de recursos e insumos para la atención. Sin embargo, el presupuesto aprobado fue de 613.293,919 Bs.F., lo que representa 31% de lo solicitado. Esto obliga a eliminar partidas, imposibilitando el adecuado funcionamiento del sistema y con ello la garantía del derecho de la población a la salud.

Dimensiones críticas del problema financiero en la salud metropolitana:

II.1.- Insuficiencia presupuestaria:

Tanto en materia de personal como en gastos de funcionamiento se evidencia de manera dramática una brecha gigantesca entre las necesidades del Sistema de Salud Metropolitano y los recursos disponibles para su satisfacción. Insuficiencia que se hace más crítica cuando se analizan los recursos destinados a cubrir los gastos operacionales, pues además de la insuficiencia salarial, observamos un presupuesto desequilibrado, donde se destina 91% a gastos de personal y sólo 9% para satisfacer necesidades en materia de servicios públicos, medicamentos, material médico quirúrgico, compra de equipos y su mantenimiento correctivo y preventivo (el cual prácticamente no existe), servicios de alimentación a los pacientes, limpieza, gases medicinales, reactivos para los laboratorios, etc.

Como ejemplo de esta insuficiencia de los recursos asignados al Presupuesto de Salud de la ADMC, podemos mencionar el caso de los Medicamentos, de la partida para otros Servicios no Personales (403.99.01) y de los Activos Reales:

II.1.a.- Insuficiencia de Medicamentos en la Red Hospitalaria:

De acuerdo con estudios de necesidad de medicamentos realizado por la Coordinación de Farmacia de la Secretaría de Salud, la demanda promedio mensual de la Red Asistencial es de Bs. F. 10.253.471 (anual Bs. F. 123.041.648); comparando esta demanda con los créditos presupuestados aprobados para el Ejercicio Fiscal 2008, se puede determinar una alarmante insuficiencia:

Tabla 1
Insuficiencia presupuestaria de medicamentos

Demanda promedio Anual	Bs. F. 123.041.648
Presupuesto Aprobado	Bs. F. 10.757.968
Insuficiencia Presupuestaria	Bs. F. 112.283.680

Fuente: Dirección de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud de la AMC

De acuerdo con este análisis, los recursos aprobados en el Presupuesto del 2008 sólo alcanzan para cubrir la demanda de medicamentos para poco más de un mes.

Esta insuficiencia presupuestaria se agrava si consideramos la distribución adicional de medicamentos que se efectúa a instituciones tales como Hospital Militar, CDI y Clínicas Populares.

II.1.b.- Insuficiencia de recursos para Otros Servicios no Personales:

Se pagan a través de Otros Servicios no Personales los gastos por concepto de servicios de mantenimiento y limpieza, elaboración y suministros de comidas, suministros de reactivos, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, suministro de gases medicinales y servicios de lavandería y tintorería, entre otros.

Tomando en consideración la demanda insatisfecha de estos servicios, la Secretaría de Salud solicitó para el Ejercicio Fiscal 2008, sólo para la partida 403.99.01 (Otros Servicios no Perso-

nales), recursos por el orden de Bs. F. 88.433.752; sin embargo sólo fueron aprobados Bs. F. 10.154.600 (11% de lo solicitado), por lo que en el año 2008 no podremos satisfacer las crecientes necesidades en esta área operativa de los Hospitales. Entre otras necesidades será imposible, por ejemplo, firmar contratos de mantenimiento para equipamiento e infraestructura, se verá limitada la oferta de exámenes de laboratorios y estudios radiológicos especializados, etc.

A manera ilustrativa, se presenta a continuación la demanda estimada de Servicios para el 2008 presentada por la Coordinación Metropolitana de Bioanálisis, la Coordinación Metropolitana de Radiología y Sistemas de Imágenes y la Dirección de Administración de la Secretaría de Salud (Estas cifras no incluyen reparaciones a la infraestructura de la Red Hospitalaria):

Tabla 2
Demanda estimada de servicios hospitalarios.
Partida 403.99.01

Servicios	Monto en Bs. F
Contratos de Mantenimiento Equipos de Rayos X.	5.797.901
Servicios de Bioquímica, coagulación, Hematología, gases arteriales, etc.	27.752.883
Suministro de Alimentación a los pacientes	14.915.487
Gases Medicinales	12.906.120
Limpieza, Lavandería y otros contratos de mantenimiento	5.081.583
Total Demanda Estimada Servicios Hospitalarios	66.453.973

Fuente: Dirección de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud de la AMC

Al comparar esta demanda estimada con el presupuesto asignado, puede comprobarse la insuficiencia a la que nos referimos.

Dada esta circunstancia, durante el año 2008 se continuará prestando, como en años anteriores, sólo los servicios mínimos necesarios para el funcionamiento de los Hospitales, servicios para los cuales tampoco se contará, como ya es tradicional, con la totalidad de la disponibilidad presupuestaria que respalde estos compromisos.

En 2007 estos servicios mínimos alcanzaron un monto de Bs. F. 36.939.539, monto que al aplicarse la inflación acumulada del año 2007 (22,5%), no considerada en la asignación del Presupuesto, se estima pudiera alcanzar, para el ejercicio fiscal 2008, la cifra de Bs. F. 45.250.935. (Bs. F. 3.770.911) mensuales.

De materializarse este efecto de inflación, la insuficiencia presupuestaria, sin considerar la demanda no satisfecha en 2007, sería la siguiente:

Tabla 3

Insuficiencia presupuestaria cubriendo solo servicios mínimos hospitalarios

Servicios no Personales Ejercicio 2008	Bs. F. 45.250.935
Presupuesto Aprobado	Bs. F. 10.154.600
Insuficiencia presupuestaria	Bs. F. 35.096.335

Fuente: Dirección de administración y finanzas de la secretaría de Salud de la AMC

Si analizamos estos datos, los recursos aprobados en el Presupuesto de 2008 sólo alcanzan para cubrir los Servicios no Personales, mínimos, para poco más de un trimestre.

La insuficiencia presupuestaria en la Secretaría de Salud del DMC es histórica, lo que explica las milmillonarias deudas con los proveedores de estos servicios, quienes a la postre se

convierten en nuestros principales financistas. Este financiamiento explica, junto con aportes adicionales de instituciones del Estado (no planificados), el que no se haya producido, a la fecha, el cierre técnico de los Servicios de Salud adscritos a la ADMC.

Se teme que en un plazo muy breve se puedan producir, de parte de nuestros proveedores, renunciias a continuar prestando estos servicios, vitales para la operatividad de los hospitales.

II.1.c.- Insuficiencia de recursos para adquisición de Activos Reales:

La asignación de recursos para la adquisición de activos reales (mobiliario, ambulancias, vehículos, equipos médicos, computadoras, aire acondicionado, etc.) representa apenas 0,26% de los recursos asignados en el Presupuesto Ordinario de 2008 (Bs. F. 1.594.364). De estos recursos presupuestarios, 50% está asignado a la Secretaría de Salud y 50% a los Hospitales del Programa Barrio Adentro III.

En muchos de nuestros hospitales no se cuenta con recursos para comprar ni un tensiómetro, es gigantesco el déficit de equipos de computación y plataformas tecnológicas para una adecuada comunicación de la información. Es larga la lista de demanda no satisfecha.

El presupuesto pareciera estar diseñado con el propósito de mantener a los Hospitales en un bajo nivel operativo: Recursos escasos para gastos de personal, casi nula inversión en equipamiento y mantenimiento y niveles mínimos de insumos esenciales como lo son los medicamentos, el material médico quirúrgico y los reactivos de laboratorio. Tanto el Alcalde como las autoridades de la Secretaría de Salud cuentan con poco margen de maniobra. Se requiere del Estado una mayor inversión en este sector de la Salud.

II.2.- Distribución y monto de los créditos presupuestarios 2008 (Hacia cuáles partidas se orienta el gasto):

La distribución del monto presupuestado es de 91% para honrar los salarios del personal y el resto (9%) para gastos de funcionamiento, como se puede apreciar en la tabla 4:

Tabla 4
Distribución y monto de los créditos presupuestarios

Partida	Monto Bs. F.	%
Gastos de Personal	559.725.564	91,3
Materiales y Suministros	26.646.021	4,0
Servicios no Personales	25.323.384	4,0
Activos Reales	1.594.364	0,3
Transferencias y Donaciones	1.586	0,0
TOTAL	613.290.919	99,6

Fuente: Dirección de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud de la AMC

Esta proporción en la distribución del gasto se mantiene desde años anteriores: se evidencia una continua asignación presupuestaria sin un estudio serio de las necesidades de la red hospitalaria.

Para 2008 se observa un incremento en el presupuesto de Bs. F. 81.285.073 (15%), el cual está destinado a cubrir gastos de personal, resultando los gastos de funcionamiento desmejorados con respecto al año 2007.

Tabla 5
Incremento de partida presupuestaria para el año 2008

Partida	2008	2007	INC. 2008	%
Gastos de Personal	559.728.564	478.304.582	81.423.982	17
Gastos de Funcionamiento	53.565.355	53.704.264	(138.909)	(0,3)
TOTAL	613.293.919	532.008.846	81.285.073	15

Fuente: Dirección de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud de la AMC

Para el Ejercicio Fiscal 2008 se espera se produzcan en los Gastos de Funcionamiento insuficiencias superiores a las sufridas en el año 2007, ocasionadas por efectos de la inflación. Los recursos asignados en el presente ejercicio fiscal son los mismos asignados en el ejercicio 2007. No se consideró para la estimación de gastos 2008, el efecto que en el poder adquisitivo tendría la inflación acumulada (22,5%) en el año 2007.

Se estima que para 2008 los Gastos de Funcionamiento pudieran sufrir una merma en su poder adquisitivo aproximada a los Bs. F. 12.052.205. Es decir, la capacidad de compra para el 2008 vs. 2007 se verá disminuida en esa cantidad.

II.3.- Ejecución financiera de los gastos de funcionamiento: (Competencia para comprometer y pagar)

Por ser la Secretaría de Salud y sus Dependencias adscritas unidades dependientes administrativamente de la Alcaldía del Distrito Metropolitano de Caracas (ADMC), sin personalidad jurídica, ejecutan el presupuesto asignado por delegación del Alcalde Mayor (Cuentadancia), recursos que se ejecutan a través de los denominados Fondos en Anticipo, que son fondos de reposición periódica [en teoría, la totalidad de la cuentadancia estaría compuesta por la apertura del fondo en anticipo más once (11) reposiciones].

Esta Cuentadancia, monto límite para comprometer y pagar, a otorgar a la Secretaría de Salud para el Ejercicio Fiscal 2008, se estima repre-

sente, en promedio, apenas 4% del presupuesto total y 43% del total de los recursos presupuestados para sufragar gastos de funcionamiento (Bs. F. 22.942.776). Es decir, la Secretaría de Salud se enfrenta no sólo a un presupuesto en su totalidad deficitario, sino también a limitadas competencias para comprometer y pagar en lo que se refiere a los gastos de funcionamiento, fondos que se verán adicionalmente disminuidos por la dinámica de su reposición. De acuerdo con la experiencia, se estima que se logrará reponer un promedio de sólo ocho (8) de estos fondos, en virtud de la lentitud de su reposición por parte de la Secretaría de Finanzas de la ADMC y por que la constitución del primer fondo se realiza en el mes de marzo, disponiendo sólo de nueve (9) meses para ejecutar los recursos delegados a través de la Cuentadancia.

En conclusión, se estima que la Secretaría de Salud, en 2008, administrará para Gastos de Funcionamiento sólo Bs. F. 14.683.376 anuales (Bs. F. 1.223.615 mensuales), lo que representa 27% del total disponible para este tipo de gastos y 2,39% del total del Presupuesto para el año 2008.

Los Fondos en Anticipo por su monto y por las limitaciones en su manejo, pueden considerarse apropiadamente como Cajas Chicas.

III.- Situación organizacional:

La organización del Sistema de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas es expresión del Sistema Público Nacional de Salud existente. Por tanto, en ella se evidencian tres de los principales problemas que caracterizan, hasta ahora, a este último: la fragmentación, la segmentación y la desarticulación; conjunción de factores que sugiere la no existencia en la realidad de un “Sistema”, si entendemos por éste la articulación de un conjunto de factores o estructuras que interactúan de manera permanente y complementaria para alcanzar uno o varios objetivos comunes, en este caso la prestación de un servicio óptimo, que permita garantizar una atención oportuna y eficiente a las necesidades de la población y una elevación constante de su calidad de vida.

III.1.- Fragmentación:

En el ámbito metropolitano se ubican múltiples regímenes prestadores de salud (Barrio Adentro, MPPS, IVSS, Sanidad Militar, IPASME, Gobernación de Miranda y las 5 alcaldías municipales), cada uno con su propia política, su propia lógica organizacional, su estructura de cargos particular, sus sueldos disímiles, con servicios variados pero no interconectados; todo lo cual se traduce en duplicidad de funciones y carencia de una visión estratégica que permita la complementariedad y la construcción de respuestas universales, integrales y equitativas, que respondan a las necesidades de las ciudadanas y ciudadanos caraqueños.

III.2.- Segmentación:

Se refiere, por un lado, a que cada uno de los regímenes prestacionales tiene su propio financiamiento, distribuido y ejecutado según los planes de cada quien. Por tanto, no hay una visión de conjunto que permita una utilización eficiente del financiamiento asignado a la salud; aun cuando es bastante probable que la suma de todos los presupuestos individualizados podría llegar a cubrir las necesidades financieras del sector. Parcelado, como funciona hasta ahora, el presupuesto asignado siempre resulta insuficiente.

Y, por otro lado, al gran desembolso de circulante por parte del Estado hacia los entes privados (desde las distintas oficinas de atención al ciudadano de la Presidencia, Vicepresidencia, MPPS, PDVSA, etc.), el cual fomenta un proceso inflacionario constante en el sector. Ello ocurre, en primer lugar, porque se inyectan de manera continua y sin control enormes masas de recursos económicos en el mercado de la salud. En segundo lugar, porque al no estar la oferta privada regida por una norma de precios justos, regulada por el Estado, se permite que funcione la tristemente célebre “mano invisible del mercado”: producto del incremento de la demanda y de la imposibilidad de su satisfacción por parte de los entes privados, las tarifas en los servicios que prestan se eleva astronómicamente, en detrimento del erario público.

Dicho de otra manera: las erogaciones del Estado para solucionar en el sector privado las necesidades de salud de la población financian

con creces dicho sector, disminuyendo el alcance que podrían tener los servicios estatales. Si esos recursos fueran invertidos en la recomposición y adecuación de las instalaciones sanitarias del Estado y en el fortalecimiento de la institucionalidad pública en salud, contribuirían de manera importante a ofrecer una respuesta sostenida del Estado a la enorme deuda social en salud.

III.3.- Desarticulación:

La inexistencia de una rectoría única conduce a que la prestación de los servicios por parte de la multiplicidad de regímenes prestadores de salud existentes se realice sin ningún tipo de comunicación entre ellos, sin procesos de coordinación entre unos y otros regímenes, generando el ruleteo y la falta de resolución de muchos problemas por parte de las distintas estructuras, produciendo procesos socialmente costosos –muertes evitables o discapacidades transitorias, prolongadas o definitivas–, que afectan la autonomía de los pacientes y de sus familias y producen secuelas sociales y económicas.

Por otra parte, a pesar de la variedad indicada de entes prestadores de salud, la oferta de servicios que brindan son insuficientes y tienen poco impacto en garantizar la salud y la calidad de vida de las caraqueñas y caraqueños, como lo demuestran los indicadores de morbi-mortalidad de la Gran Caracas. Un ejemplo de insuficiente oferta a pesar de la gran cantidad de prestadores es la cantidad de camas existentes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En el Distrito Metropolitano de Caracas existen 257 camas de UCI (75 camas para adultos en la red de Barrio Adentro y 93 para adultos, 52 pediátricas y 37 neonatales en los Hospitales del Distrito Metropolitano), pero deberían ser aproximadamente 900 las camas de UCI para cubrir los requerimientos de la población de la gran Caracas, tomando en cuenta la base poblacional y el rol de referencia regional de muchos hospitales.

Además, existe una escasa coordinación transectorial con otras autoridades y entes que también son actores en materia de garantizar una excelente calidad de vida para la población. Entre otros: educación, medio

ambiente, trabajo, protección social, vivienda, agua, etc. Una eficaz coordinación interinstitucional permitiría la aplicación de políticas transectoriales, lo cual redundaría en el beneficio de todas y todos las caraqueñas y los caraqueños.

Propuestas

El proceso de transformación política y social que vive actualmente Venezuela, sintetizado en los principios y disposiciones de la Constitución Nacional de 1999 y reafirmado por el pueblo venezolano por medio de referéndum, exige cambios de concepciones políticas e instrumentos para operativizar ese cambio. La situación antes expuesta y la voluntad política del gobierno revolucionario para efectuar los cambios estructurales necesarios para transformar la situación de salud, no solo en Caracas sino en el país en general, nos llevó a diseñar un Plan para el Distrito Metropolitano de Caracas que reivindicara lo señalado en los artículos 83,84 y 85 de la Constitución Bolivariana y contribuyera a transformar las condiciones de calidad de vida y salud de la población, conquistando la universalización de los derechos sociales como obligación, compromiso y propósito de las políticas públicas, dentro de un ordenamiento político, social y económico basado en la equidad. Avanzar en este propósito implica el reto de construir una nueva condición de ciudadanía, de contenido social y participativo; y rescatar el carácter y función ética de las políticas públicas hacia las necesidades sociales de la gente, cerrando los déficit de respuesta a éstas e impactando en las inequidades de calidad de vida y salud existentes entre hombres y mujeres, etnias y razas, territorios y estratos sociales.

El Plan Metropolitano de Salud propone cuatro directrices estratégicas:

I.- Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud, con universalidad y equidad, combatiendo los déficit de atención entre necesidades y ofertas, e impactando en la reducción de las brechas por

inequidad social en cuanto a disparidad de oportunidades entre grupos humanos y territorios.

II.- Adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud, que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, entendida como el ejercicio de potencialidades para satisfacer necesidades y deseos, a través de la transectorialidad y la acción sobre territorios-poblaciones, atacando las causalidades y determinantes sociales de los problemas a enfrentar, y generando capacidades de organización y empoderamiento social.

III.- Reorientar el modo de atención mediante la estructuración de respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, conformadas en redes públicas y sociales de calidad de vida y salud dentro de los ámbitos nacional, estatal y municipal que actúen como espacios de gestión transectorial de políticas y acciones en territorios sociales y como espacios para el ejercicio político y social entre autoridades públicas y comunidades organizadas.

IV.- Construir una nueva institucionalidad pública con capacidad rectora, de conducción y liderazgo dentro de una estructura intergubernamental, descentralizada y participativa, comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida y salud de la sociedad venezolana alrededor de metas concertadas, convertidas en monitoras del progreso estratégico y operacional de la gestión y del desarrollo económico y social de los territorios sociales y del país.

El Plan operativo que se desprende del anterior tiene por objeto responder a las necesidades de carácter coyuntural inmediato, a la vez que se construyen las políticas y mecanismos que dan respuesta al problema estructural, conformando el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con el Distrito Metropolitano de Caracas como experiencia piloto.

Este Plan Operativo comprende 12 componentes, enumerados como sigue:

I.- Desarrollar una nueva institucionalidad metropolitana que garantice la materialización de las políticas de salud y calidad de vida con

capacidad rectora de regulación, y con una amplia base de participación popular:

- I.1.- Conformar el comité para la organización y rectoría del Sistema Público Metropolitano de Salud.
- I.2.- Constituir un Fondo Metropolitano de Salud.
- I.3.- Conformar el Consejo Metropolitano de Salud y Calidad de Vida.

II.- Integración y reorganización de las estructuras y nivelación de beneficios socioeconómicos:

- II.1.- Nivelación del Salario Integral del Personal de Salud y Becarios, tomando como referencia el IVSS.
- II.2.- Redistribución del personal de salud en la Red Metropolitana de acuerdo con las necesidades y prioridades en la situación de salud.
- II.3.- Contratación específica de personal de salud para realizar intervenciones quirúrgicas y saldar deuda de atención médica en las áreas de traumatología, neurocirugía y otorrinolaringología.
- II.4.- Incorporación de los Especialistas de Medicina General Integral en los planes de guardia de las emergencias hospitalarias.
- II.5.- Incorporación como pasantes de las/los 183 alumnas/os de la Escuela de Enfermería de la Fuerza Armada Nacional con la finalidad de fortalecer la atención en la red de servicios de la ciudad de Caracas.

III.- Suministro de insumos y contrataciones de servicios, asegurando la regularización de cadenas logísticas en la red de servicio:

- III.1.- Garantizar de manera gratuita, oportuna y de calidad la dotación de los insumos básicos de atención a pacientes que asisten a la Red de Hospitalizaciones.

III.2.- Ídem a pacientes que asisten a *la red ambulatoria de atención primaria* del Distrito Metropolitano de Caracas.

III.3.- Ídem a pacientes que asisten a *la red ambulatoria especializada* del Distrito Metropolitano de Caracas.

III.4.- Garantizar los servicios de contrataciones no personales (alimentación, limpieza, reactivos, gases medicinales, lavandería, otros) en las Redes de Hospitalización, Atención Primaria y Ambulatoria Especializada.

IV.- *Acondicionamiento de la infraestructura y mantenimiento con las siguientes prioridades: Dignificación inmediata de las áreas de descanso del Personal de salud, adecuación de las áreas médicas y de servicios de los hospitales y red ambulatoria convencional:*

IV.1.- Culminar las obras de rehabilitación iniciadas por el Ministerio del Poder popular para la Salud en 10 hospitales del Distrito Metropolitano de Caracas, dando prioridad al Hospital Vargas y Maternidad Concepción Palacios con turnos de trabajo de 24 Horas.

IV.2.- Diseñar los proyectos de rehabilitación de la infraestructura de 17 Hospitales de la red de hospitalización ubicadas en el Distrito Metropolitano tomando en cuenta las siguientes áreas priorizadas: Quirófano, emergencia, sala de recuperación post anestésica, salas de terapias intensivas y las salas de descanso del personal de salud.

IV.3.- Iniciar los proyectos de rehabilitación diseñados una vez que se culminen los trabajos en los 10 hospitales que se encuentran actualmente en ejecución por parte del Ministerio del poder popular para la Salud.

IV.4.- Acondicionar la infraestructura y el mantenimiento de 60 ambulatorios.

V.- *Adquisición y mantenimiento de equipos médicos asegurando la regularización de cadenas logísticas:*

V.1.- Equipar las áreas rehabilitadas de los 17 hospitales seleccionados para el acondicionamiento de la Infraestructura.

V.2.- Dotar la Red de atención primaria, de equipos médicos y mobiliario medico y no médico.

VI.- *Desarrollar sistemas de regulación de las redes de servicios que permita dar respuesta oportuna, de calidad y con equidad:*

VI.1.- Sistema Integrado de Atención Médica de Urgencias (SIAMU), como propuesta determinante para ordenar y garantizar el acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la atención gratuita y oportuna de las urgencias según sus necesidades.

VI.2.- Diseñar e implementar un Sistema Estructural Funcional y Metrológico para la Red Metropolitana de Servicios de Bioanálisis (Sidimobio).

VI.3.- Implementar Sistema de medicamentos en dosis unitarias y creación de unidades de mezclas endovenosas en 10 hospitales.

VII.- *Formación y actualización del personal de salud, redes transectoriales y comunidades:*

VII.1.- Actualización masiva del personal de salud en torno a un modo de atención que reconozca la Salud como derecho, y que coloque como principio sine qua non la calidad y la calidez en los servicios. En este sentido, se plantea como prioridad la atención materno-infantil.

VII.2.- Actualización masiva del personal de salud en torno a las enfermedades emergentes y reemergentes, y consecuentemente la intolerancia a cualquier muerte evitable o prevenible –infantil, materna, precoz por edad o patología.

VII.3.- Iniciar plan masivo de formación de especialistas en áreas críticas y priorización de cursos de postgrado, y en caso necesario cerrar aquellos postgrados que estén sobresatura-

dos y/o respondan solo a intereses mercantilistas (ejemplo, Cirugía Plástica).

VII.4.- Conformación de mesas técnicas con las universidades del país que forman personal de salud para unificar criterios y prioridades de formación.

VII.5.- Movilizar en gran escala, a través de la Escuela de Líderes de la Secretaría de Salud, a 1.200 servidores públicos y 2.400 actores sociales comunitarios y populares de Caracas, garantizando en el primer semestre un barrido informativo y de organización / participación social protagónica / definición de una arquitectura de participación, para todos los territorios sociales de la región metropolitana.

VII.6.- Implementar proyecto de desarrollo de autonomía en salud mental comunitaria como experiencia referente para la organización de los distintos ámbitos de salud.

VII.7.- Realizar un diagnóstico que permita determinar los déficit de atención en cada área de salud integral Comunitaria (ASIC).

VIII. Implementar un sistema único de vigilancia en salud y control de enfermedades emergentes y reemergentes:

VIII.1.- Creación del sistema de vigilancia epidemiológica por parroquia y sectores.

VIII.2.- Atención inmediata a las situaciones epidemiológicas emergentes y reemergentes priorizadas con la aplicación del plan de prevención y control del dengue, mal de chagas, tuberculosis, VIH-sida y accidentes de todo tipo asegurando la definición de políticas, niveles de responsabilidad, equipos y materiales requeridos.

IX. Desarrollar una reingeniería organizacional en la red de servicios, priorizando la transformación del modo de atención y de gestión, el diseño de protocolos de atención y las normas y procedimientos para dar respuestas

integrales a las necesidades sociales, a través de la metodología de colegiados y mesas técnicas.

IX.1.- Fortalecer las redes de atención hospitalaria y ambulatoria especializada.

IX.2.- Conformar las líneas de atención oncológica, traumatológica, neuroquirúrgica, otorrinolaringológica y de atención perinatal.

X. Análisis financiero de la inversión del Estado en los servicios de salud públicos y privados:

X.1.- Realizar el levantamiento de información de la oferta respecto a los prestadores de salud privados que están ubicados en el Distrito Metropolitano de salud.

X.2.- Registrar los establecimientos de salud privados a los cuales el Estado en sus diversas modalidades contrata la adquisición de insumos, materiales, la prestación de los servicios y describir costos, fuentes de financiamiento.

X.3.- Registrar y realizar seguimiento a las oficinas de atención al ciudadano que realiza procedimientos de ayuda y/o apoyo en el área de salud.

X.4.- Determinar las estructuras de costos de los servicios de salud públicos.

X.5.- Diseñar y formular la estructura financiera del Sistema Público Metropolitano de Salud.

X.6.- Realizar análisis de costo de las pólizas de salud.

X.7.- Organizar los gastos estatales de compras al sector privado, centralizando la autorización de los procedimientos en lo estatal y lo privado vía complejo de regulación pública de la atención mediante contratos públicos que establezcan responsabilidades de programación / producción y resultados en salud.

XI.- Desarrollar una política de seguridad integral de la red de servicios de salud:

XI.1.- Incorporación de los establecimientos de salud al Plan Caracas Segura.

XI.2.- Diseñar e Implementar un plan de seguridad integral interna de los servicios de salud.

XII.- Desarrollar un Plan Comunicacional:

XII.1.- Desarrollar Campaña Informativa y formativa sobre la propuesta y avances en la construcción de un nuevo Sistema Metropolitano de Salud.

Aspiramos a que la implementación / ejecución de este plan permita convertir a la Ciudad de Caracas en el piloto de organización regional del Sistema Público Nacional de Salud, abarcando los cinco municipios que componen la Alcaldía Mayor de Caracas y a la Gobernación de Miranda, con duración de 36 meses para un horizonte de sistema organizado y de 12 meses de vigencia en términos de manejo de la situación de emergencia.

Una información sesgada*

La Secretaria de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas hace del conocimiento de la opinión pública nacional que la información publicada en la edición del diario “Últimas Noticias”, del día 21 de febrero, relativa al encuentro con los comités de salud, consejos comunales y otras organizaciones sociales, celebrado en la sede del Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social el pasado 20 de febrero, no sólo refleja una pequeña parte de las opiniones emitidas en dicho evento, sino también destaca y sobredimensiona aspectos secundarios de los afirmado y discutido en esa oportunidad. En particular, descontextualiza una información emitida por la Dra. Luisana Melo Solórzano, titular de esta institución, generando confusión sobre los objetivos y el contenido real de dicho evento.

Durante su intervención, la Secretaria de Salud expuso a los presentes la situación de la red hospitalaria del Distrito Metropolitano de Caracas con el fin de ilustrar la importancia y la necesidad de articular esfuerzos para solventar las problemáticas que aquejan al sector y la pertinencia del nuevo modelo de organización que se pretende consolidar. De hecho, su intervención se centró en los importantes avances que se han dado en materia de salud desde la llegada del gobierno revolucionario que lidera el

*Comunicado publicado por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas en respuesta a la información publicada por el Diario “Últimas Noticias”, el 21/02/08.

presidente Hugo Rafael Chávez Frías y en los objetivos que se pretende alcanzar. En particular, hizo énfasis en el alcance político, la trascendencia histórica y las características organizacionales del recién creado Sistema Público Metropolitano de Salud.

En efecto, el Gobierno Bolivariano de Venezuela, a través de la facultad legislativa del Presidente de la República y en el marco de la política nacional de Revisión, Rectificación y Reimpulso, emitió el pasado 28 de enero el Decreto N° 5.836 que ordena la creación del Sistema Público Metropolitano de Salud como programa piloto para la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud que garantice atención médica de calidad a todos los ciudadanos y ciudadanas que así lo requieran.

Este instrumento legal es el resultado del trabajo mancomunado de los distintos actores del área de salud a través de la celebración de numerosas mesas técnicas de trabajo y colegiados de hospitales, cuya principal característica es la participación activa de todas las instituciones que prestan servicios de atención médica, así como también de las comunidades organizadas en las distintas expresiones del poder popular: la estrategia revolucionaria de inclusión del poder popular en la toma de decisiones será el pilar fundamental del nuevo Sistema Público Metropolitano de Salud.

Es por ello que, dentro de las líneas estratégicas para el abordaje de la actual situación de la salud, se contempla la conformación de un Consejo Metropolitano de Salud como espacio de participación y discusión de las políticas públicas que en esta materia serán implementadas. El evento efectuado este miércoles, 20 de febrero, constituyó el primer paso hacia la consolidación de esta instancia.

Como resultado de esta primera reunión, se acordó la conformación de mesas de trabajo que tendrán como objetivo desarrollar las discusiones y recoger las propuestas de las comunidades organizadas para elevarlas al próximo encuentro, el cual se realizará durante la primera semana de marzo. Además, se estableció la comunión de esfuerzos entre Minpades y la Secretaría de Salud para materializar la Escuela de Liderazgo Social en Promoción de la Equidad Calidad de Vida y Salud.

Ninguna de estas informaciones fueron recogidas en la referida nota de prensa, a pesar de que resulta evidente la importancia política y la trascendencia social de las mismas; por lo que han podido ser objeto de un tratamiento informativo relevante. Esta circunstancia deja en evidencia que el diario Últimas Noticias publicó una información sesgada del evento. Por tal motivo, la Secretaría Metropolitana de Salud exhorta a dicho medio de comunicación a mantener el equilibrio como instrumento fundamental para garantizar el ejercicio de una comunicación responsable, veraz y oportuna, según lo establecido en los artículos 57 y 58 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Caso Maternidad Concepción Palacios:

“Óbitos fetales no se cuentan como muertes neonatales”*

Los óbitos fetales significan fetos que mueren en el útero de la madre, explicó la Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, Luisana Melo, en respuesta a la información publicada por los medios de comunicación que sostienen que murieron seis recién nacidos.

Entre las siete de la noche del día 26 y las siete de la mañana del 27 de marzo “realmente hubo tres óbitos fetales; y hasta las doce del mediodía del día 27 sólo ocurrieron dos muertes”, en la Maternidad Concepción Palacios, aclaró la Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, Luisana Melo, durante un contacto telefónico con el espacio En Confianza, que transmite VTV.

Explicó que el concepto de óbitos fetales, “significa que son fetos que mueren en el útero de la madre (...) y no se cuentan como muertes neonatales, óbito fetal es un niño que nace muerto por lo tanto no se cuenta dentro de las estadísticas, se debe tener una partida de nacimiento y una partida de defunción”.

En este sentido, indicó que esos acontecimientos no están relacionados con la asistencia médica o no en ese centro de salud.

*Información publicada en la página web de “Venezolana de Televisión”, Caracas, 28 de marzo de 2008.

A su juicio, se deberán investigar las causas por las cuales se produjeron esas muertes dentro del útero de las pacientes. “Habría que investigar el proceso antes de llegar a la Maternidad, pero no como muertes neonatales dentro de la Maternidad”, dijo.

Asimismo señaló que “si extendemos ese período hasta el mediodía del día 27 de marzo, entonces además hubo dos muertes más, tratándose de un niño prematuro con una cardiopatía congénita severa que era incompatible con la vida y tampoco es una muerte que hemos podido haber evitado; y otra muerte que fue un niño prematuro que estaba en terapia intensiva y que murió por una sepsis neonatal”.

Expresó que la visita del vicepresidente de la República, Ramón Carrizalez a la Maternidad Concepción Palacios no tiene relación con estos casos; sino que por el contrario “fue a raíz de que el comité que se creó en enero para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud, sesiona todas las semanas en cada uno de los hospitales de Caracas, con la finalidad de palpar la problemática y los avances que se han hecho a través de este comité”.

Reconoce las razones por las cuales médicos y médicas esgrimen el déficit médico general en el país. “Es el problema de los sueldos y también tenemos un problema de formación porque hay una disminución de la demanda para ciertas especialidades como anestesia, neonatología, terapia intensiva, medicina interna y pediatría”.

Comentó que el Plan Metropolitano de Salud tiene doce componentes, entre los cuales se encuentra Recurso Humano. “En esa mesa se trabaja el buscar las probabilidades de la redistribución del personal, ya se hizo una primera homologación de los sueldos”, dijo.

Finalizó expresando que la Maternidad Concepción Palacios es una institución de referencia nacional, “donde van a parir las mujeres que están complicadas, y está dentro de las estadísticas la posibilidad de una o dos muertes según la gravedad con que las madres asisten a sus partos”.

Afirma Luisana Melo:

Es necesario unificar el sistema sanitario público nacional*

La atención en salud a amplios sectores de la población ha sido uno de los primeros y más importantes caballos de batalla del proceso bolivariano. Las misiones han permitido, en un primer momento, pasar por encima de las estructuras burocráticas del Estado burgués y atender a un sector de la población que había sido completamente descuidado por la IV República.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Barrio Adentro atiende hoy a más de ocho millones de personas. Misión Milagro y otros proyectos emblemáticos como el Hospital Cardiológico Infantil han demostrado la voluntad del gobierno de avanzar hacia una salud para todos. Sin embargo, las incoherencias e insuficiencias del sistema, sobre todo en la populosa ciudad de Caracas, han ido poco a poco saliendo a la luz pública. ¿Por qué, a pesar de una inversión en salud nunca alcanzada antes, siguen existiendo problemas de atención, de acceso, de infraestructuras o de personal?

Para la doctora Luisana Melo, miembro del Movimiento Socialista por la Calidad de Vida y Salud (MOSCAVIS) y Secretaria de Salud

*Entrevista hecha por Sebastián Brulez para el semanario “Temas de Venezuela”, publicado en la semana del 21 al 27 de agosto de 2009. Tomado de la página web “Insurrectas y punto”, del Colectivo de Lesbianas Feministas “Josefa Camejo”.

durante el gobierno de Barreto, es importante contextualizar históricamente el problema. Recuerda que “lo que estamos evidenciando hoy en día sigue siendo la secuela de las políticas del pensamiento hegemónico neoliberal que se implementaron en los años 90 en toda América Latina, con las reformas financiadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional”.

–Con estas políticas neoliberales hubo una gran desinversión en todo el sector salud; hubo desinversión en los insumos, en la infraestructura, en el equipamiento y, además, en el talento humano, que fue la peor de todas las desinversiones”, explica. Y de hecho, Venezuela destina hoy en día alrededor de 9% de su Producto Interno Bruto (PIB) a la salud. La inversión en ese sector en 1998 era de 2,3%.

Contradicción ideológica

Por otro lado, a pesar del aumento del gasto público en salud, el Estado ha contribuido indirectamente a fortalecer el sector privado a través de las pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), de las cuales gozan los trabajadores de los organismos públicos. Como comentaba recientemente al diario Ciudad Ccs el Jefe del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, y exDirector Médico de la Maternidad Concepción Palacios, Iván Paravisini: “El gobierno debería eliminar el seguro de HCM de los organismos públicos e invertir ese dinero en solventar los problemas de los hospitales”.

–Además, el Estado, en su afán de responder a las necesidades de garantizar el derecho a la salud, crea las oficinas de atención al ciudadano donde usted va con su informe y su factura diciendo que le pueden operar una apendicitis por un monto X, sin ningún tipo de control ni racionalidad; lo cual constituye entonces otro desembolso de dinero que de nuevo va a parar en las arcas del sistema privado de salud. Sencillamente, es una enorme contradicción ideológica, resalta por su parte la doctora Melo.

Uno de los motivos identificados como causante de la crisis hospitalaria actual es la inversión descoordinada en sus políticas de salud, por

parte del Estado: “Hemos cambiado de ministro innumerables veces, y ninguno ha logrado que todos los venezolanos tengamos el acceso digno a una salud gratuita”, comenta Iván Paravisini.

Es imprescindible coordinar

Uno de los primeros pasos a dar, además del ya mencionado por el doctor Paravisini, es la unificación de los diferentes subsistemas que existen en el país en un sólo sistema público nacional. Luisana Melo recuerda que en el ámbito de rectoría y regulación no hay un sistema único de salud: “En la realidad lo que tenemos son cantidades de subsistemas, cantidades de regímenes prestacionales de salud. Estos incluyen a Barrio Adentro, es decir que Barrio Adentro vino a constituir un subsistema más, paralelo a todos los subsistemas que teníamos ya”, explica.

De hecho, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) tiene su sistema, así como el Seguro Social, Sanidad Militar, el IPASME, cada una de las gobernaciones tiene un sistema propio, al igual que cada una de las alcaldías: “Entonces entendemos que esto ha sido uno de los principales inconvenientes para la construcción y el adecuado funcionamiento de un sistema público nacional de salud”, agrega la doctora.

La falta de coordinación entre estos sistemas, la ausencia de seguimiento de un paciente que pase de un sistema a otro (por ejemplo de la atención primaria de Barrio Adentro a un hospital del MPPS), lleva a situaciones que pueden poner en peligro la vida misma de los pacientes; como en el caso de las parturientas revelado últimamente en la prensa. Por lo tanto, solventar estos problemas implica que, entre otras cosas, todas las redes se articulen y comiencen a trabajar en constante colaboración y comunicación.

Finalmente, la doctora Melo destaca dos actores claves en este proceso de mejora de la atención en salud y en la construcción de un sistema público nacional. El primero es el Estado, el cual “debe profundizar los logros sanitarios alcanzados hasta hoy para cumplir a plenitud con lo establecido en la Constitución, incluyendo la promulgación de una Ley de Salud sustentada en los principios constitucionales”.

Pero esta tarea sólo se puede llevar a cabo de la mano del poder popular ejercido por este otro actor que es el pueblo soberano, el cual está llamado a luchar para “construir día a día nuevos espacios de participación, fortaleciendo la exigibilidad del derecho a la salud para todas y todos los venezolanos”.

Sobre la Empresa Bolivariana de Seguros*

Las reflexiones que aquí se expresan surgen a propósito de la creación de la Empresa Bolivariana de Seguros, según decreto publicado en la Gaceta Oficial n° 38.738 de 2 de agosto 2007, reseñado en artículo de prensa del martes 14 de abril de 2009. Este hecho hace imprescindible la tarea de analizar, evaluar y establecer un debate público sobre nuestra postura ideológica y conceptual relativa al tema salud: ¿es la salud un derecho social fundamental, como lo enuncia nuestra Constitución? ¿o es una mercancía, como lo manifiesta el liberalismo mercantil?

La creación de fondos autoadministrados, administrados por terceros y/o la utilización de empresas aseguradoras por las diferentes instituciones estatales para atender las necesidades de salud de los trabajadores/as, fue parte de las soluciones emanadas de las políticas neoliberales implementadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) en las décadas de los años 80 y 90. Sin embargo, la realidad muestra que estas “soluciones” ofrecen a los trabajadores/as y jubilados/as de la administración pública servicios de salud en la red privada que están lejos de resolver las contingencias de salud/enfermedad de manera colectiva, no garantizan la atención integral, oportuna y de calidad y fortalecen al sub-

*Informe realizado para la discusión en el colectivo Movimiento Socialista por la Calidad de Vida y Salud-MOSCAVIS, Mayo de 2009. Posteriormente, expuesto en un conversatorio sobre el tema, realizado en julio 2009, en el “Ateneo Popular”, ubicado en la calle Vargas de Los Chaguaramos, Caracas.

sector privado en desmedro del subsector público, al no direccionarse este financiamiento a sus establecimientos para mejorar su cobertura y calidad.

Es conveniente preguntar a los entes que están trabajando en esta propuesta si la creación de esta estructura está enmarcada dentro de una concepción socialista del Estado, más allá de su denominación de Bolivariana, y si no se convierte en otro instrumento que retarda la consolidación de un Sistema Público Nacional de Salud único, que cumpla con la filosofía política socialista sustentada en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, de aportar soluciones transectoriales, vale decir, multidimensionales e integradas, que puedan responder sin barreras con los derechos de toda la población en Venezuela y, por tanto, asegurar una transición ordenada hacia el sector público de todas y todos las servidoras y servidores que laboran en la institucionalidad estatal, reduciendo así progresivamente la dependencia al sector privado y los posibles impactos sanitarios, laborales y/o económicos de esta medida.

La construcción de una empresa aseguradora como ésta sin duda legitima una situación que debería ser progresivamente eliminada en este país: el uso de recursos del Estado para financiar y fortalecer el sector privado de salud. Se debería pensar en el establecimiento de condiciones en el sector público y mecanismos jurídicos que, sin contravenir la disposición legal que prohíbe la desmejora de las condiciones laborales, permita sustituir (para eventualmente eliminarlo) el HCM como reivindicación laboral, en bastantes casos establecida desde hace mucho tiempo y sin opción alterna en la mayoría de sus convenciones colectivas.

Suponemos que la concreción de esta idea debe convertirse en un *paso transitorio* mientras de forma paralela se construye un SPNS. De ser así podríamos considerar los “beneficios” que sus defensores le acreditan a esta propuesta:

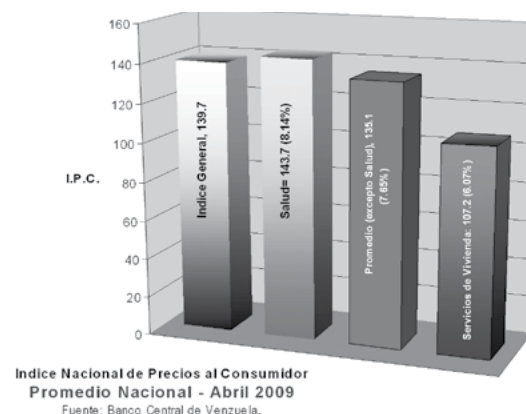
I.- Mayor facilidad para controlar las condiciones y precios de los servicios.

II.- Impacto inmediato sobre la cuota de inflación que el sector privado en salud imprime a los índices inflacionarios nacionales.

III.- Restablece la rectoría y gobernabilidad del Estado en el sector privado de salud, perdida como parte de las medidas neoliberales aplicadas en la década de los 80.

El control de precios y condiciones de los servicios sólo sería posible si éstos son negociados por el Estado desde la perspectiva del interés público, tomando como referencia los estudios de costos que deben realizarse, lo cual implicaría disminuir los gastos en las primas de seguro, los precios que médicos y médicas asignan a sus servicios y los que facturan las clínicas privadas.

El siguiente cuadro muestra la influencia que tiene el sector salud sobre el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), lo que nos demuestra sin lugar a duda la importancia de establecer estrategias de regulación sobre el sector privado de salud y sus precios, cada día más exorbitantes y especulativos; pero dudamos en cuanto a que el mecanismo de regulación pueda ser el establecimiento de una empresa de seguros:



El siguiente cuadro muestra el incremento de los aportes del Estado en la compra de servicios al sector privado, experimentado en ocho años, beneficio demandado por los empleados públicos en sus convenciones colectivas debido a las respuestas insuficientes para dar atención médica del

sector público de salud. Según cifras de los presupuestos publicados por Onapre:

Cuenta	Denominación	Año 2000 (BsF.)	Año 2000 (BsF.)
401 07 06 00	Ayudas para medicinas, gastos médicos, odontológicos y de hospitalización a empleados	4.035.391	24.235.401
401 07 08 00	Aporte patronal al Seguro de Vida, Accidentes personales, Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) y gastos funerarios por empleados	34.161.825	1.970.891.919
401 37 16 00	Ayudas para medicinas, gastos médicos, odontológicos y de hospitalización a obreros	5.160.707	21.206.546
401 37 18 00	Aporte patronal al Seguro de vida, accidentes personales, hospitalización, cirugía y Maternidad (HCM) y gastos funerarios por obreros	2.667.533	593.133.367
	TOTAL	46.025.456	2.609.467.233

La utilización de esta empresa para administrar los recursos del Estado destinados a la atención de la contingencias salud/enfermedad podría hacer pensar que se ha resuelto un problema social importante, como es la atención de la salud de trabajadoras y trabajadores públicos, sin embargo, la realidad es otra: la tradicional insuficiencia de los montos de las cober-

turas en los seguros, para atender los permanentemente crecientes costos especulativos de la atención de salud privada, obligan a los ciudadanos y ciudadanas a desprenderse de bienes, contraer deudas, o bien, una vez agotado el límite de su cobertura, cuando sus problemas de salud no han sido resueltos en los establecimientos privados, a terminar en los establecimientos de salud del sector público. Vemos con preocupación que la escala de magnitud de los recursos financieros que se pueden ir por esta vía sería del mismo orden de la que debería, desde una óptica socialista, estar siendo considerados para la construcción de un SPNS equitativo, integral y universal donde el derecho a la atención de salud con financiación pública se genera para todos los ciudadanos y ciudadanas.

Los SPNS se caracterizan porque la política de salud y el financiamiento se encuentran en un solo ente y dependen fundamentalmente de los ingresos fiscales, la prestación del servicio es pública. En este modelo, el derecho se asocia a la condición de ciudadano o ciudadana, es decir se establece el concepto de ciudadanía social como núcleo central del Estado, de forma que el mero hecho de ser ciudadano o ciudadana genera los derechos derivados de los componentes definidos como propios de cada Estado. Por el contrario los sistemas financiados a través de pagos de primas de seguro no generan derecho a la atención sanitaria, excepto el limitado por el compromiso del pago efectuado, habitualmente en períodos temporales concretos fijados en la póliza. La aportación económica se fija por el proveedor en este caso por la entidad aseguradora, y se relaciona con los servicios prestados o cubiertos y las condiciones en que se prestan. La adquisición de la cobertura depende de la capacidad económica y el coste de la prima se asocia directamente con el riesgo sanitario.

Por otra parte, en un país socialista, ¿cómo se explica la existencia de diferentes modalidades de protección de la salud de los trabajadores al servicio del Estado, vale decir, aseguramiento mediante pólizas de HCM, fondos de salud administrados por terceros y otros autoadministrados, además con diferentes sumas aseguradas que desconocen el principio de equidad? ¿Cómo se justifica el doble aseguramiento de estos trabajadores ante la con-

tingencia de enfermedad, como lo es el seguro obligatorio de asistencia médica cubierto por el IVSS y el seguro de HCM cubierto por empresas aseguradoras del sector privado? Doble erogación desde el presupuesto público.

Estas interrogantes llevan a pensar en la construcción de un Sistema Único Público de Salud que permita la disponibilidad de una oferta de servicios de alta calidad y sea atendido con calidez, que compita ventajosamente con los servicios privados, al punto que la decisión de abandonar la cobertura privada pueda, por un efecto de cascada, ser vista como una ventaja sustancial por el trabajador/a y provoque la tendencia a renunciar a la afiliación al HCM, lo que debería traer como consecuencia la disminución de la escala del negocio para las aseguradoras, comprometiendo progresivamente la ganancia del sector privado y generando en consecuencia una tendencia a la eliminación de las pólizas de HCM como opción para el sector público.

Adicionalmente, pensamos que el Estado debe comenzar a desarrollar beneficios reivindicativos relacionados con la calidad de vida (guarderías, seguridad, recreación, capacitación entre otras), que no incluyan lo asistencial, financiados potencialmente con el ahorro que se derivaría de la eliminación o sustitución progresiva de los HCM; de forma que pueda constituirse un bloque atractivo y representativo de beneficios reales como oferta para la negociación de las convenciones colectivas, con la mira al desmontaje de la inclusión de tales pólizas en las convenciones de trabajo, que terminen en reivindicaciones ya incorporadas a la cultura del trabajador.

La Salud en Venezuela*

I

En materia de Salud Pública nadie puede negar que desde la llegada de Hugo Chávez al poder, en Venezuela se han conseguido indudables avances:

I.a.- Las bases del texto constitucional:

En nuestra Constitución existen tres artículos, 83, 84 y 85, que definen la salud como un derecho, con la obligatoriedad del Estado de garantizarlo; que el Estado debe hacerlo mediante el financiamiento por los recursos fiscales; y que para materializarlo debe construir el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). Además, en esos artículos se establece de manera explícita que las comunidades no solo reciben los beneficios del derecho, sino también deben participar en construir, discutir, evaluar y monitorizar las políticas públicas que desde este SPNS van a responder a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas en materia de salud.

I.b.- El ordenamiento del Complejo de Atención Primaria, vía Barrio Adentro:

El desarrollo de la atención primaria de salud dio su paso más significativo cuando se implementa la Misión Barrio Adentro, dirigida a garan-

*Ensayo producto de la discusión en el colectivo Movimiento Socialista por la Calidad de Vida y Salud-MOSCAVIS. Agosto de 2010.

tizar inclusión y cobertura de millones de personas excluidas que habitan en sectores urbanos marginalizados y que carecían de acceso mínimo a los servicios de salud. La expresión de esta misión la constituyen: los Consultorios Populares (CP) que se desempeñan como la puerta de entrada al sistema de salud y que fueron concebidos a razón de uno por cada 250 a 300 familias; los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), cuyo objetivo principal es garantizar al paciente los servicios médicos y quirúrgicos de urgencia durante las primeras 24 horas, además de complementar los servicios del CP en busca de lograr un diagnóstico integral. Esto incluye apoyo vital, urgencia médicas, consultas de oftalmología clínica, laboratorio, ultrasonido, endoscopia, rayos X, análisis por Sistema Ultramicroanalítico (Suma), electrocardiograma y servicios de observación. Uno de cada cuatro CDI cuenta con quirófanos para servicios de cirugía (CDI Qx) y con las Salas de Rehabilitación Integral (SRI), destinadas a prestar servicios de fisioterapia y rehabilitación que estuvieron privatizados durante la era cuartarrepblicana.

I.c.- El acercamiento de la tecnología médica a las comunidades:

La construcción de *Centros de Alta Tecnología (CAT)*, constituidos por instituciones de salud de elevado nivel tecnológico, que prestan servicio de apoyo diagnóstico al complejo de atención primaria y que ponen al alcance de los más desfavorecidos todos los beneficios de la tecnología médica.

I.d.- El suministro gratuito de medicamentos para enfermedades de alto costo:

Durante el proceso revolucionario se han creado programas que garantizan el acceso de medicamentos de alto costos a toda la población, lo que constituye sin duda un avance en la garantía del derecho a la salud. Es ejemplo de esto la dotación gratuita de retrovirales para los ciudadanos y ciudadanas con VIH/Sida, de tratamientos para pacientes con cáncer, y para enfermedades del colágeno, etc.

I.e.- En cuanto a la infraestructura física:

La construcción de 6.711 Consultorios Populares, 507 Centros de Diagnóstico Integral, 30 Centros de Alta Tecnología, 556 Salas de Reha-

litación, 14 clínicas populares, el hospital cardiológico infantil, la planta de vacunas, son logros incuestionables.

I.f.- En materia de talento humano:

Se han establecido en el país programas de formación masiva para el área, tales como: defensoras de la salud, personal de enfermería provenientes de las comunidades, que se han estado formando para atender desde los consultorios populares; odontólogos y odontólogas generales integrales; médicos y médicas integrales comunitarios; médicos y médicas generales integrales. Son políticas tendentes a resolver la provisión de talento humano para la atención primaria.

I.g.- La constitución de Comités de Salud:

A raíz del surgimiento e implementación de Barrio Adentro se desarrolla rápidamente una forma de organización popular vinculada a los Consultorios Populares: los comités de salud. Esta experiencia tiene antecedentes en nuestro país desde los años sesenta, pero nunca tuvo la posibilidad de constituirse en una estrategia nacional de transformación del sistema de salud. A la luz del proceso revolucionario, los comités de salud surgidos constituyeron una fortaleza insustituible a la hora de construir los consultorios populares.

II

Ahora bien, a pesar de lo antes descrito, resulta necesario el reconocimiento de la persistencia de factores que aún afectan la universalidad, la integralidad, la equidad, la organización, el financiamiento y por tanto, la eficiencia de la atención en el área de salud. Podemos analizarlos por segmentos:

II.a.- Inexistencia de un Sistema Único de Salud:

En el ámbito de rectoría y regulación no hay un sistema único de salud, en la realidad no existe un sistema de salud: tenemos un grupo de regímenes prestacionales, que incluyen a Barrio Adentro, es decir, Barrio Adentro vino a constituir un subsistema más, paralelo a todos los que te-

níamos ya. Ello significa que continuamos con un alto grado de *fragmentación*, lo cual limita la posibilidad de que podamos construir un verdadero sistema de salud único, universal, integral y equitativo, tal como lo prescribe nuestra Constitución. No se ha superado la *segmentación*, es decir, cada uno de esos subsistemas tienen un financiamiento que es utilizado según las necesidades de cada institución, sin planificar de forma integrada y de acuerdo con las necesidades de la población.

El problema de segmentación en el financiamiento, aparte de contribuir con el cáncer de la corrupción, también ocasiona que no podamos garantizar el acceso a la salud, que exista una porción poblacional amparada y hasta doblemente amparada y otra absolutamente desamparada, y que el gasto sea muchísimo mayor.

Respecto a la organización del sistema se evidencia la *desarticulación*, que no es más que el funcionamiento en paralelo, y sin ningún tipo de comunicación ni colaboración, de todos los regímenes prestacionales de salud que mencionamos anteriormente. Cuando un ciudadano o ciudadana ingresa hoy día en un Consultorio Popular (“puerta de entrada al sistema”) o en un CDI, y tiene un problema cuya resolución escapa de las posibilidades y capacidades de dichos centros, se ve en la obligación de empezar a buscar de forma individual y anárquica, sin ningún tipo de regulación, un establecimiento de salud que pueda resolver su contingencia, padeciendo de esa manera un significativo retraso en la atención, lo cual pudiera resultar en graves secuelas o en la muerte. Existen además consecuencias de orden económico, social y emocional para el paciente y sus familiares. Esta situación constituye una violación flagrante del derecho a la salud.

II.b.- Fortalecimiento del sector privado de salud:

En los últimos años, el sector privado de salud, se ha visto fortalecido porque las instituciones estatales han venido amparando a sus trabajadores y trabajadoras mediante pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) y los planes de salud con fondos autoadministrados, los cual drena cuantiosas cantidades de recursos del Estado hacia los prestadores de servicios de salud privados. Se trata de un recurso limitado que sólo

cubre a los poseedores del mismo hasta el monto contratado, dejándolos en el abandono si el tratamiento de la enfermedad excede la cobertura; y que, además, atenta contra el derecho de los demás ciudadanos y ciudadanas que no integran la maquinaria laboral del Estado.

La raíz histórica de este proceso de retroalimentación financiera del sector privado por el Estado venezolano se evidencia en la situación calamitosa en que se encontraban los diversos subsistemas públicos de salud al momento de triunfar electoralmente el presidente Chávez, así como en el hecho de que la política de estimular su deterioro continuo, seguida por los gobiernos neoliberales, había facilitado la instauración de los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) y los fondos autoadministrados de salud como norma reivindicativa en todos los contratos colectivos del país. Este proceso de desprestigio y destrucción paulatina pero inexorable del sector público de salud, creó las condiciones para que desde el propio Gobierno revolucionario se haya dirigido un monto presupuestario igual o superior al destinado al sector público, hacia los mismos responsables de que exista una deuda histórica en la operación y mantenimiento de servicios y hospitales públicos: los mercaderes de la salud.

Además, el Estado, en su afán de responder a las necesidades y de garantizar el derecho a la salud, crea las oficinas de atención al ciudadano, donde una persona acude con un presupuesto y se le cancela la intervención médica o quirúrgica sin ningún tipo de control ni racionalidad, lo cual constituye otro desembolso de dinero que de nuevo va a parar en las arcas del sector privado. Paradójicamente, este enorme traspaso de recursos financieros, materiales y humanos no se ha traducido en la conformación de un subsistema privado eficiente en lo gerencial, amigable en el trato con su clientela y efectivo en la prestación profesional del servicio. Por el contrario, el subsistema de salud privado se caracteriza en Venezuela por poseer, en general, una calidad profesional inferior a los estándares y un trato carente de humanidad, que tan sólo se distingue del público por el aparataje hotelero y la aidez con que se traga los recursos financieros del Estado y recicla a los pacientes a un sector público de

salud disminuido, porque la mayor parte del presupuesto se destina a su némesis privado.

Esto es así debido, primero, a la inexistencia de un verdadero sistema público de salud, segundo, a que no existe una normativa ni un mecanismo claro y eficiente de control estatal o del poder popular, y por último, a que no se ha establecido una estrategia gubernamental de largo aliento, destinada a disipar en el imaginario colectivo de la sociedad venezolana la idea sembrada relativa a lo inexorable e irreversible de la baja calidad del sector público en salud.

Triunfar en estos dos últimos puntos se traduciría en la posibilidad de iniciar un proceso de reversión paulatina del desmesurado financiamiento del sector privado y de eliminación de los “HCM”; lo que, a su vez, significaría la posibilidad real de construir un sistema público nacional de salud *único*, articulado, dotado de los recursos financieros, materiales y humanos que requiere, gerenciado por sus trabajadores y trabajadoras, aliados a la comunidad organizada y volcado a prestar el servicio que el pueblo venezolano todo se merece.

Dicho de otro modo: el proceso que en Venezuela ha destacado la necesidad de marchar al socialismo manifiesta en la realidad concreta del área de salud una profunda contradicción con esa perspectiva, pues ha tendido hasta ahora a fortalecer a la empresa privada y guiarse por una dinámica de mercado, lo cual es expresión inequívoca de la concepción neoliberal, negadora del derecho a la salud; ello se ve en la insuficiencia de terapias intensivas públicas y en la demanda a los pacientes de compra de elementos para su cuidado (p.e., material de osteosíntesis), disfrazando de esta manera el cobro por la prestación del servicio, en discrepancia con el principio constitucional de gratuidad, y generando inequidad en la inversión que las familias de distintos estratos sociales realizan para poder garantizar la salud de sus miembros, en detrimento paradójico de los más humildes.

II.c.- Insuficiencias y deficiencias en las redes de atención:

Otra característica del Sector Salud en Venezuela consiste en que, a pesar del esfuerzo realizado con Barrio Adentro, la atención primaria,

la cual debe estar lo suficientemente fortalecida y acondicionada para resolver 80% de los problemas que surjan, es todavía insuficiente, ya que un importante porcentaje de CP están hoy sin médicos o médicas y la cobertura poblacional inicial ha disminuido por esa razón. El restante 20% de los problemas que deberían atenderse en las otras redes de salud, encuentra que: la red ambulatoria especializada también presenta déficit de talento humano; la red de hospitalización se encuentra en una situación de colapso funcional debido a insuficiencia de presupuestos, déficit de recurso humano y daños de su infraestructura, y la red de urgencia no está constituida y por tanto la atención de urgencias es inoportuna y de baja resolución en un gran porcentaje.

Es imperativo señalar que actualmente las redes de atención son un laberinto que presenta insuficiencias y deficiencias de todo orden, como enorme carencia de camas de terapia intensiva de adultos y niños; falta de mantenimiento de gran cantidad de resonadores, tomógrafos y ecógrafos de última tecnología; insuficiencia de insumos y material médico quirúrgico, y largas listas de espera para cirugías, tratamientos oncológicos y evaluaciones especializadas, entre muchas otras dificultades.

II.d.- Sistema de información fragmentado:

En la actualidad, no existe un sistema único de información en salud y cada uno de los regímenes prestacionales de salud tiene el propio, siendo incompatibles entre ellos, lo que constituye una enorme dificultad a la hora de la toma de decisiones oportunas, equitativas e integrales.

II.e.- Gestión y formación de la fuerza de trabajo o talento humano:

En el ámbito de la gestión y la formación de la fuerza de trabajo o talento humano el asunto es de particular relevancia. Evidenciándose dos grandes problemas: el primero, el éxodo masivo de profesionales, especialistas en diversas ramas de la medicina, del sector público al privado radicado en Venezuela o en el Exterior, buscando, entre otras cosas, una mejora de sus condiciones laborales, ya que existe una escandalosa brecha salarial y de condiciones laborales entre el sector público y el privado; el segundo problema es el de la formación de especialistas: en los últimos

años la formación de éstos ha ido en franca disminución, lo cual ocasiona la imposibilidad de dar respuestas en las redes ambulatoria especializada, hospitalización y emergencia, por ausencia de talento humano.

La distribución asimétrica de los especialistas es otro tema digno de evaluar, pues constituye un indicador de inequidad importante.

El tema del talento humano amerita el diseño e implementación de una política en el área, que se construya con el concurso de los actores involucrados en el problema y que tenga como objetivos la institución de un sistema de educación permanente y de formación profesional para la atención y gestión del Sistema Público Nacional de Salud, y la delineación de una estructura de talento humano para el mismo, que reorganice la gestión de trabajo, profesionalice la de los servicios de salud a través de un proceso de formación/certificación y establezca la suficiencia salarial con dedicación exclusiva y mayor horizontalización en la organización de la atención. Sólo así es posible ir avanzando hacia una nueva institucionalidad en salud cuyo mandato ético sea responder a las necesidades del pueblo venezolano.

II.f.- Costo de los medicamentos:

El tema de los medicamentos es complejo y constituye una enorme barrera para la construcción del SPNS, pues la industria farmacéutica es la cuarta más poderosa del mundo y tiene intereses económicos claramente definidos. Por ello, garantizar el acceso universal a medicamentos seguros, eficaces, de calidad, al menor costo y que sean utilizados racionalmente por toda la población, es un objetivo primordial de nuestro proceso revolucionario y por tanto un tópico que debe ser enfrentado. Hoy día, sin duda, el suministro estatal de medicamentos de alto costo es un avance incuestionable, pero persisten aún fallas enormes en el acceso al resto de los medicamentos, lo que obliga a gran cantidad de ciudadanos y ciudadanas a comprarlos a un costo especulativo, impuesto por la industria farmacéutica sin ningún tipo de control, porque el sistema actual no protege contra eso.

III

En conclusión, en Venezuela, el sector público de salud enfrenta dificultades, conflictos y obstáculos que mantienen una situación realmente crítica en relación con la garantía plena del derecho a la salud. Nos enfrentamos a enormes intereses económicos, representados por la industria farmacéutica, las trasnacionales de tecnología médica, el sistema privado de salud, la industria de la construcción y algunos burócratas cómplices de que esta situación tan difícil e inexcusable permanezca instalada en el sector. Intereses y condiciones que han secuestrado la posibilidad de construir un sistema público de salud único, cuyas premisas y valores están plasmados en la Constitución Bolivariana.

La construcción del Sistema Público Nacional de Salud no puede llevarse a cabo sin una sincera voluntad política y una sólida conciencia ciudadana, la cual debe estar fundamentada en la asunción de la salud como derecho inalienable que estamos en posición de exigir. El pueblo debe asumir un papel protagónico en la construcción, fortalecimiento y defensa del Sistema Público Nacional de Salud, porque nos encontramos ante una lucha de carácter ideológico entre una visión humana-socialista y la mercantilización deshumanizada de la salud.

¿Qué hacer?

Comunidades participarán en dirección de hospitales*

*La nueva Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana, Luisana Melo, informó que Pdvsa está ayudando a realizar las auditorías a los centros asistenciales. El Distrito Metropolitano se dividirá en territorios sociales.

Si hay algo que Luisana Melo, nueva Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana, tiene claro es que en el año 2007 le tocará lidiar con dos agendas simultáneas: la de la coyuntura, que consiste en mantener en marcha el sistema asistencial tal y como fue estructurado hace décadas; y la de la transformación (con base en lo que ha llamado el plan maestro a ejecutar desde 2008), que debe concluir en el sistema metropolitano público de salud.

La médica pediatra, quien sustituye en el cargo a Asia Villegas, destaca una idea que se ha convertido en una suerte de leitmotiv de funcionarias y funcionarios del gobierno: la articulación en redes. Así, el hospital “deja de ser el centro del universo”.

Melo destaca que los tres motores impulsados por el jefe del Estado también se ejecutarán en el Distrito Metropolitano. El motor Moral y Luces trabajará con la formación popular, para que las comunidades puedan hacer el diagnóstico de sus problemas. La recientemente creada Dirección de Participación y Poder Popular se encargará de articular los comités de salud y las contralorías sociales.

*Entrevista realizada por Vanesa Davies. Diario “El Nacional”, Sábado 10 de Febrero de 2007.

En la actualidad, cualquier elección reposa sobre los hombros de un solo individuo: “Estamos proponiendo las direcciones colegiadas, para que en cada decisión participe una persona de la comunidad externa al hospital, pero también, de la comunidad interna. La dirección de los servicios, de los departamentos, de los hospitales y de los ambulatorios debe ser colegiada. Esto plantea la reestructuración de la Secretaría de Salud”.

Territorios sociales

En su opinión, la gente no siente un cambio “porque no hay un sistema único de salud. Hay fragmentación en todo el país, no sólo en el Distrito Metropolitano”. La meta de Melo, en el año 2007, es articular todas las instituciones con el fin de solucionar la falta de camas de terapia intensiva (hay 100, y se requieren 900).

Para planificar de acuerdo con las necesidades de la gente, anunció Melo, se van a organizar los territorios sociales (que no coinciden con las parroquias ni con los municipios). “Es una nueva territorialidad para dar respuesta. Todavía no están definidos. Los estamos construyendo”. Otro proyecto que desarrollará es el Sistema Integral de Atención Médica de Urgencias, con el cual se pretende romper el ciclo presente de solicitudes, “ruleteo” y referencias. El Siamu tendrá un centro regulador, al cual los usuarios llamarán a través de un número único. Un médico o médica dará la orientación e informará dónde acudir:

-Este sistema va a ser el mejor del mundo, porque estamos tomando lo mejor de las experiencias francesa, española y brasileña. Ya tenemos las computadoras, los radios y las antenas repetidoras para iniciar, adelantó.

Juntas y juntos buscamos soluciones*

Compañeras y compañeros
del Servicio Odontológico de la Secretaría de Salud,
Apreciadas médicas y estimados médicos,
Combatientes trabajadores del Distrito 3,
Amigas y Amigos del Comité de Salud,
Camaradas, compatriotas:

Reciban, en primer lugar, un saludo afectuoso y solidario de parte de todas y todos sus compañeros de labores de la Secretaría de Salud de la Alcaldía del Municipio Metropolitano de Caracas. Un saludo lleno de respeto por el esfuerzo que día tras día lleva a cabo cada uno de ustedes para garantizar la salud de nuestros ciudadanos y nuestras ciudadanas. Un saludo que es también un compromiso de lucha, una emoción compartida, un llamado a la acción para que juntos y juntas, todos y todas, logremos hacer realidad el sueño mayor de nuestros libertadores: el surgimiento y fortalecimiento de la gran Patria Latinoamericana, capaz de brindarle la mayor suma de felicidad posible a todos sus habitantes.

Pero la forja de este sueño implica ir desgranando las semillas de los múltiples sueños que lo componen, sembrarlas y cultivarlas, todos

*Palabras en el acto de conmemoración del Día Nacional del Odontólogo, Caracas, octubre de 2007.

hermanados en aras de tener éxito en la búsqueda de nuestro objetivo común.

Sabemos que sin un real espíritu de solidaridad y la suma de todos nuestros esfuerzos resultará imposible adelantar una verdadera transformación del sistema de salud pública y de nuestra sociedad. Cada problema que nos toque enfrentar deberá ser visto de modo integral para así resolverlo con efectividad y de manera trascendente. Por eso agradecemos de manera particular el esfuerzo hermoso y gratificante que hacen nuestros trabajadores y trabajadoras odontológicos cuando, a pesar de no contar con recursos suficientes, a pesar del llamado de la desesperanza ante las dificultades por ayudar al prójimo, se han mantenido firmes en su militancia por la salud y la calidad de vida, desde la orientación a las embarazadas, pasando por la lactancia materna y el importantísimo aporte en las escuelas, donde la higiene bucal y las técnicas de cepillado son materias impartidas a nuestras niñas y niños con entusiasmo y cariño verdaderos. Todas y todos ustedes, así como el equipo de trabajadores y trabajadoras de nuestra Secretaría, debemos reconocernos como militantes por la vida, la salud y la dignidad.

Los aquí presentes estamos conscientes de que, entre otros males, la falta de inversión y de inyección de recursos en el sector salud fue durante décadas parte de un plan de inspiración ideológica neoliberal: dismantlar la medicina pública para favorecer descaradamente el comercio con la salud del pueblo. Quienes adelantaron esta política tenían la perversa intención de lograr que el mismo pueblo “comprendiera” y avalara la necesidad de privatizar el servicio de salud. No les importaba que ello significara en la práctica la exclusión de millones de venezolanos de la posibilidad cierta de acceder al más elemental de los derechos humanos: el derecho a la vida saludable y feliz.

La magnitud del daño dejado al país fue tan grande que los hospitales y ambulatorios, así como el Banco de Sangre, existentes en el Distrito Metropolitano de Caracas, son una muestra irrefutable: nos hallamos sin insumos ni equipos suficientes, con déficit de recursos humanos, bajas re-

muneraciones e innumerables problemas a causa del abandono moral y económico, la falta de mantenimiento y la desidia que sufrió por muchos años el sector. Sólo podremos revertir esta situación con la anuencia y la colaboración de todos los involucrados, Gobierno Nacional y Metropolitano, trabajadores, trabajadoras y comunidad al unísono.

Salud y calidad de vida dependen no sólo del tratamiento de las enfermedades, también de la educación, de la vivienda, del servicio de aguas blancas y servidas, de si se cuenta o no con electricidad, vialidades adecuadas y otros muchos factores que fueron desatendidos durante décadas. Nuestros servicios odontológicos no escaparon de esta realidad, por eso es un honor para mí acompañar el día de hoy a quienes, con humildad y responsabilidad, han aportado sus conocimientos y su talento a las tareas relativas a la odontología en Caracas, sobre todo este grupo de 27 personas que hoy reciben un merecido reconocimiento por sus labores durante veinte, veinticinco y hasta treinta años de servicio. Todos ustedes merecen nuestro más sincero aprecio porque diariamente, con su paciencia, con su buena disposición, con su permanente colaboración a pesar de los inconvenientes, dan un paso al frente para demostrarnos que los cambios positivos son posibles mientras estemos dispuestos, de corazón, a realizarlos.

Tenemos la tarea histórica de ofrecer a las generaciones futuras una vida saludable, crear conciencia en nuestros trabajadores y usuarios. Darle herramientas al pueblo organizado para que pueda participar con nosotros en la construcción de un nuevo Sistema Metropolitano de Salud, que pueda insertarse en el Sistema Nacional de Salud ordenado en nuestra Constitución Nacional y ratificado por el Presidente de la República en los últimos días.

Para alcanzar nuestros objetivos nos hemos fijado una estrategia de trabajo mancomunado con diversas instituciones, como PDVSA, el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Vicepresidencia de la República, entre otros, que no será realidad sino a mediano y largo plazo. Esto sin descuidar la atención que de manera paralela e inmediata debemos dar a los asuntos imposibles de postergar que todos los días ocupan nuestras emergencias y

consultorios. Allí, en ese día a día de nuestros hospitales y ambulatorios, trabajar en pro de la cura y prevención de enfermedades, y del mejoramiento de la calidad de vida de todos los venezolanos, es un deber ciudadano que enaltece a todas y todos quienes laboran en nuestra Secretaría y merecen el agradecimiento de su pueblo. Un pueblo hermoso por el cual nos preparamos y luchamos con gusto, pues nuestra lucha es por el porvenir de hombres, mujeres, niñas y niños pertenecientes a un colectivo glorioso y libertador, por el que ningún sacrificio dejará nunca de valer la pena.

Por eso mi saludo y mis sinceras felicitaciones van más allá de la celebración del día del Higienista Dental, de los y las Asistentes y de las y los Odontólogos. Quisiera rendir honores a los servidores públicos que nos acompañan desde sus distintas áreas de trabajo, porque juntos estamos avanzando hacia una nueva forma de ver los problemas que durante muchos años han afectado a nuestro país. Juntos buscamos soluciones en donde las comunidades, los pacientes y quienes trabajamos por la salud, trazaremos un rumbo nuevo para las futuras generaciones.

Las ideas bolivarianas que en lo personal me motivan y que hoy más que nunca vuelan impetuosas entre nosotros, como deben volar los más elevados sueños del ser humano, despiertan la conciencia del respeto a la vida y a la condición humana, reivindican la dignidad como valor fundamental, el amor como el más revolucionario motor de transformación social y los sueños del pueblo como impulsores de esa transformación.

Quedan todas y todos invitados a participar de estas ideas, a debatir juntos en la búsqueda de soluciones y a continuar esforzándose con miras a un renovado sistema de salud, que nuevamente sirva para que en otros lugares “se siga el ejemplo que Caracas dio”. No habrá mejor recompensa para nuestro compromiso con la patria y con la vida, que la vida misma, vista en los ojos sanos y felices de las generaciones que nos sucedan.

¡Viva el Bravo Pueblo de Venezuela!

¡Viva el presidente Chávez!

¡Viva la Revolución Bolivariana!

¡Patria Socialista o Muerte!

Presentan proyecto de salud para el área metropolitana*

*La Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor considera que la asistencia médica en los centros de salud públicos, no da respuesta a la población en la prestación del servicio

La Subcomisión de Salud de la Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral recibió a la secretaria de Salud de la Alcaldía Mayor de Caracas, Luisana Melo Solórzano, quien explicó el Proyecto de Sistema Público Metropolitano de Salud, elaborado por esa institución.

La funcionaria destacó, al inicio de su exposición, la función de la Secretaría de Salud, de ejecutar y velar por el cumplimiento de las acciones tendentes a garantizar el derecho a la salud integral de los ciudadanos y ciudadanas en el Distrito Metropolitano de Caracas, como parte del proceso de construcción del Sistema Público Nacional de Salud.

Señaló que la garantía y el derecho a la salud de forma integral, equitativa, universal y gratuita están contemplados en la Constitución Nacional como responsabilidad del Estado.

Dijo que en materia de salud, la población no encuentra aún respuestas suficientes y equitativas en lo público y terminan derivando a lo privado, beneficiando directa o indirectamente a empresas y/o profesionales de la salud.

*Tomado de la página web de la “Asamblea Nacional”. La reunión se realizó el 15 de febrero de 2008.

En tal sentido, precisó que existe un contraste entre la ociosidad de la estructura asistencial pública de salud y la saturación de la privada, con la mitad de las camas públicas de Caracas inoperantes o subutilizadas y las clínicas privadas sobreocupadas, con alto rendimiento económico y alto índice de sustitución, financiadas por la compra de servicios a precios no regulados del mercado.

Melo subrayó que no existe un sistema tecnológico centralizado que integre la información de las verdaderas capacidades y deficiencias hospitalarias para contrastarlas con las necesidades del pueblo, sistema que se debe conformar.

Asimismo, recalcó que se requiere dar respuesta inmediata y efectiva a los problemas de atención en materia de salud mediante el ordenamiento y regulación de los sistemas públicos y privados relacionados con este sector.

Argumentó que se realizan cuantiosas inversiones en infraestructura en los servicios estatales, pero resultan en general insuficientes frente a las graves condiciones de deterioro infraestructural, debido al largo período de no inversión tendente a la privatización, y a que esas inversiones no son acompañadas por un presupuesto adecuado para funcionamiento y mantenimiento, ni por el desarrollo de capacidades gerenciales públicas.

Por su parte, la comisión permanente destacó la importancia de la comparecencia, por cuanto permite conocer los alcances y adelantos que en materia de salud está desarrollando esa institución en la región capital.

Los parlamentarios miembros de la instancia legislativa decidieron invitar nuevamente a la funcionaria en los próximos días, con el propósito de conocer los efectos de la aplicación de las políticas que serán aplicadas en los centros asistenciales de salud, por parte de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor.

Una respuesta necesaria*

Hemos llegado a este espacio a hacer la Revolución. Una revolución democrática, pacífica, profundamente humana, definitivamente socialista, que tiene como sur (nuestro norte) el desarrollo sostenido de una sociedad plena de bienestar, felicidad, calidad de vida y oportunidades realizadas, en suma, una sociedad saludable.

Partimos de dos de las premisas que se han definido para avanzar en el fortalecimiento de la revolución: por una parte, la visión dialéctica de la extinción del viejo Estado burgués y sus instituciones con el simultáneo parto y crecimiento sano de la nueva institucionalidad socialista; y por la otra, la necesidad de nuevos métodos e instrumentos que superen las herramientas melladas del capitalismo, inútiles para la edificación del socialismo.

Por ello en este proceso de participación, de integración, de inclusión, de construcciones colectivas, los aportes teóricos y procedimentales, que faciliten y organicen las discusiones para direccionarlas en la generación de productos útiles, tienen un valor infinito.

En esta circunstancia concreta se inscribe esta Guía de Colegiados Metropolitanos. Un instrumento que ha nacido y se ha desarrollado como respuesta a la necesidad específica de ordenar el proceso de cons-

*Prólogo a la guía: Aspectos generales para el trabajo efectivo en Colegiados. Comité para la Organización y Rectoría del Sistema Público Metropolitano de Salud, Secretaría Metropolitana de Salud, Caracas, febrero de 2008.

trucción colectiva de la nueva institucionalidad, y que al mismo tiempo es producto de este mismo proceso, pues han sido experiencias vividas por sus protagonistas las que han dado el aporte fundamental en su elaboración.

Confiados como estamos en que no es un producto definitivo, vaya este material a enriquecerse al calor de los debates de cada uno de los colegas que hoy transforman desde abajo las estructuras organizacionales, administrativas y operacionales del sector, para contribuir a la construcción del Sistema Público Nacional de Salud.

Un sistema para evitar el ruleteo*

El Sistema Integral de Atención Médica de Urgencia (SIAMU) representa un instrumento fundamental para el nuevo Sistema Público Metropolitano de Salud (SPMS), lanzado en enero del presente año dentro del Plan Piloto del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS); herramienta con la cual se piensa eliminar el “ruleteo” de pacientes y que tiene como objetivo fundamental agilizar y garantizar la atención médica-hospitalaria a las ciudadanas y ciudadanos, habitantes o usuarios de los servicios del Área Metropolitana de Caracas.

La información fue suministrada por la doctora Luisana Melo, Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, en el marco de una reunión realizada en las instalaciones del Ministerio del Poder Popular para la Salud para dar a conocer el Sistema. En dicha reunión se congregaron las máximas autoridades venezolanas relacionadas de una u otra forma con el tema de la salud, tales como la Oficina Nacional del Sistema Público de Salud (Onsps), el Convenio Cuba- Venezuela, el Ministerio del Poder Popular para las Telecomunicaciones, el Centro Nacional de Tecnologías de Información (CNTI), la Oficina de Tecnologías de Información y

*El texto que sigue es, en realidad, una síntesis de una diversidad de textos periodísticos publicados en la página web Complejo Regulador SIAMU, los días 23 y el 28 de marzo, 21 y 23 de junio y 7 de agosto de 2008. La mayoría de ellos fueron redactados originalmente por las oficinas de prensa de la Alcaldía Mayor y de la Secretaría de Salud, con la excepción de un texto redactado y publicado originalmente por el diario El Universal, de Caracas.

Comunicación (OTIC) y la Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas, respectivamente.

La doctora Melo agregó que el SIAMU es una central reguladora de urgencias: “El SIAMU es un complejo regulador, un espacio que permite la articulación de cada uno de los centros de atención de salud desde la atención primaria, es decir, desde que la persona se dirige a Barrio Adentro hasta los hospitales; para, de esa manera, lograr que la ciudadana y el ciudadano tengan respuestas acordes con sus prioridades de manera oportuna, equitativa, con calidad y sobre todo con calidez, guiándose de manera exclusiva por un criterio de equidad”. Por ejemplo, si necesitan una ambulancia, un medicamento o un especialista en un lugar específico, las personas afectadas podrían solicitarlo al SIAMU, pues “éste conoce dónde se encuentra cada recurso”.

El SIAMU está integrado por los CDI, Clínicas Populares, Centros Pediátricos, los 14 hospitales adscritos a la Secretaría y demás centros de salud. De manera progresiva, los hospitales pertenecientes a otras instituciones, tales como IVSS y MPPS, se incorporarán a fin de reforzar dicho sistema. En la actualidad cuenta con 14 ambulancias. Hasta los momentos están operativas tres bases de ambulancias, ubicadas en el Banco Municipal de Sangre, en el Distrito Sanitario número 4 y en la Sede de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor, y se están construyendo diez más en toda la ciudad. De igual manera, se espera acondicionar y mantener los 60 ambulatorios del Distrito Metropolitano, iniciativa que se prevé ejecutar a partir del mes de marzo.

El contacto con el SIAMU se puede hacer por línea telefónica, por internet o por medio de la conectividad con radio, permitiendo que el profesional de la medicina presente en el centro de regulación tome la decisión más idónea con respecto a la emergencia a enfrentar en un momento determinado, regulando de esta manera todas las ofertas que hay en el Distrito Metropolitano de Salud.

—El centro regulador, agregó la Secretaria de Salud, permite distribuir de manera equitativa las ofertas existentes en el sistema, ya que los

médicos ubicados en las diferentes emergencias se comunican de manera permanente con los médicos reguladores; y éstos, a su vez, brindan a quien lo requiera la información de los cupos disponibles en los diversos centros asistenciales.

Esto permite evitar lo que se conoce popularmente como “ruleteo”; es decir, el traslado de pacientes de hospital en hospital sin encontrar cupo: “Nuestro objetivo es que desaparezca el ruleteo, permitiendo al paciente llegar al hospital de manera inmediata. Por esta vía, procuramos que el SPMS logre romper con la atención fragmentada de los pacientes y permita la gratuidad en todos los Centros de Salud”.

Destacó la doctora Melo que la central de regulación no es una simple unidad de despacho de ambulancias. El SIAMU tiene un técnico que recibe y transmite la llamada, de acuerdo con las características de la misma, al médico regulador, el cual discernirá sobre la jerarquía del problema que se está tratando y decidirá a donde se va a dirigir el paciente y si hace falta una ambulancia o no: “Es muy importante aclarar eso, sostiene la doctora Melo, porque no es simplemente ir a buscar al paciente y traerlo aquí o llevarlo allá. La cuestión es lograr que su necesidad sea jerarquizada de acuerdo con criterios de equidad, y tenga la oportunidad de recibir la respuesta adecuada”.

La doctora destacó que el complejo regulador tiene cuatro centrales: coordinación, comunicación y operación de los recursos, flujos de las redes de salud y líneas de atención. Estas centrales se dividen asimismo en áreas de regulación médica, que a su vez regulan las urgencias, consultas y exámenes especializados, y áreas de hospitalización. El componente regula además las centrales no médicas, como la de transporte social y sanitario y la de articulación social, donde los diferentes entes se encargan de dar respuestas integrales a los ciudadanos y ciudadanas con competencia en protección y seguridad social, a fin de garantizar su calidad de vida y salud.

Melo expresó que “la central reguladora tiene relación con todos los hospitales del área metropolitana. Se está trabajando con los 33 hospitales,

independientemente de quien los administre, estamos trabajando con todos, bien sea con los del Instituto de los Seguros Sociales o los de Sanidad Militar, ya sea con los autónomos o los de la Alcaldía Mayor, y también se está trabajando con la misión medica cubana, los Centros de Diagnostico Integral (CDI) y las salas de rehabilitación”.

Unificar los niveles de atención médica

Por su parte, la doctora Martha Berbesí, Directora del SIAMU, indicó que lo que se busca es unificar los niveles de atención médica y garantizar la atención preventiva, médica y hasta hospitalaria de los pacientes. El servicio está asegurado las 24 horas del día y los 365 días del año: “Necesitamos romper con las estructuras privatizadoras de la salud. Nuestra atención médica debe ser integral, gratuita, de calidad y calidez, como derecho universal de todas y todos”.

Señaló además, que el SIAMU está integrado por tres componentes principales: Complejo Regulador, Red Pre-Hospitalaria y Red de Hospitalización.

Para el SIAMU los procesos claves son: regular la asignación de recursos para la salud y mantener el apoyo, proveer bienes y servicios, reforzar la administración de recursos humanos y tecnología. Por ello, es preciso “evaluar la oferta y la demanda real con la que contamos actualmente en el país e integrar el SPMS a través de una coordinación interinstitucional y transeccional” aseveró, Berbesí.

La doctora Martha Berbesí, agregó que “actualmente la nómina está conformada por 150 personas que están trabajando para la integración del Sistema Público Metropolitano de Salud, con miras a la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Esperamos que en 3 años el SIAMU esté funcionando de una manera óptima”.

Según Berbesí, el SIAMU, en su primera fase o fase de implementación, ha logrado la conexión con los diversos centros de salud a través de dos repetidoras, ubicadas en los Altos de Irapa y en el Picacho de Galipán, respectivamente, en las cuales se hacen las transmisiones que permiten

mantener el contacto informativo con todos los centros hospitalarios, los cuales tienen instalados radios bases; lo que significa que esto permite cubrir las necesidades de atención de salud” informó Berbesí.

–Con este sistema regulador se quiere satisfacer las necesidades de las personas de forma rápida y efectiva para la población, lo que implica mejorar los tiempos de respuesta, que van a ser más favorables para el ciudadano o ciudadana, agregó finalmente la Directora del Siamu.

Integración total

Al ser requerida sobre los otros planes que se desean implementar para dar vida al Sistema Público Metropolitano de Salud (SPMS), la doctora Luisana Melo, Secretaria de Salud de la Alcaldía Mayor, indicó que el mismo va más allá de solucionar un problema puntual como el de la falta de ambulancias o de enfermeras: “Lo que se quiere es dar atención de calidad, ayudar a todo aquel que no tiene medios económicos ni transporte, al ciudadano con discapacidad, tratarlos como verdaderos pacientes. La idea es reunir todos los esfuerzos con una visión integradora”.

Una red informática permitirá fortalecer el trabajo entre los centros asistenciales. Realizar operativos de intervenciones quirúrgicas los fines de semana es la solución establecida en el Sistema Metropolitano de Salud a fin de eliminar las largas listas de espera en los hospitales para operaciones en las áreas de traumatología, neurocirugía y otorrinolaringología.

El plan piloto, que busca unificar las políticas sanitarias, plantea además la incorporación de médicos generales en la atención de hospitales, incluyendo la realización de guardias en las emergencias. Los alumnos de la Escuela de Enfermería de la Fuerza Armada Nacional también se integrarían como pasantes en los centros asistenciales.

De la misma manera, realizarán mesas de trabajo para consultar a los trabajadores del sector sus opiniones sobre los cambios que se proponen. El proyecto sugiere que los centros asistenciales se incorporen al plan Caracas Segura del Ministerio de Interior y Justicia, debido a que se han vuelto frecuentes los incidentes violentos en estos lugares.

El proyecto del SPMS se encuentra recogido en un documento que emana de la Vicepresidencia de la República, ente rector del mismo, y propone el diseño de proyectos de rehabilitación y equipamiento de infraestructuras en 17 hospitales de la región capital; sobre todo en áreas como quirófanos, emergencias, salas de recuperación postanestésica, terapias intensivas y salones de descanso para el personal de salud.

Por último, la doctora Melo destacó que entre los planes se encuentra el fortalecimiento de la red ambulatoria para conformar una línea de atención oncológica, traumatológica, ortopédica y perinatal, entre otras. Si se cumple el plan del Gobierno, en la ejecución del SIAMU participarán los ministerios de Infraestructura, Defensa, Salud, Telecomunicaciones, Ciencia y Tecnología, red Barrio Adentro, Protección Civil, Petróleos de Venezuela y Bomberos Metropolitanos.

El Sistema Público Nacional de Salud: un imperativo ético, un camino necesario*

Estimadas y estimados trabajadoras y trabajadores de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor; camaradas, combatientes y compatriotas que conforman los Comités de Salud que nos han hecho el honor de acompañar nuestra gestión desde sus respectivas trincheras de lucha; mis queridas y queridos colaboradoras y colaboradores de una gestión preñada de sueños, alumbradora de esperanzas, cargada de optimismo para sortear los obstáculos propios de la compleja tarea asumida y llena de confianza en que ha sabido sembrar una semilla que seguirá inexorable su curso de germinación y madurez.

Me toca hoy decir hasta luego, agradecer la infinita paciencia, la gentil cordialidad y la voluntad permanente de colaborar por el éxito colectivo que ha caracterizado la labor de todas y todos ustedes, hacedores verdaderos de su propio destino, luchadoras y luchadores, constructoras y constructores responsables de hacer realidad el anhelo de toda una nación. Me corresponde, también, agradecer la confianza depositada en mí por el ciudadano Alcalde Mayor, Dr. Juan Barreto Cipriani, quien me permitió la oportunidad de trabajar junto a Uds. en la concreción del sueño común de organizar y poner en funcionamiento un sistema de salud dig-

*Palabras de la Dra. Luisana Melo, Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, en la rendición pública de cuentas de su gestión, período enero 2007-agosto 2008. Versión ligeramente corregida y aumentada.

no de nuestro pueblo, de su historia, de sus luchas y de su riqueza material y espiritual.

He venido a rendir cuentas a ustedes, a la ciudadanía del Área Metropolitana de Caracas y a Venezuela toda, pues creo con firmeza que el/la funcionario/a público/a se debe a la voluntad soberana de su pueblo y ante él me siento obligada a exponer mis razones y evaluar mi gestión.

Venimos hoy, en consecuencia, a conmemorar una gestión satisfactoria al frente de la Secretaría Metropolitana de Salud, a informar acerca de nuestra experiencia, y a precisar los objetivos fundamentales que permitirán traducir en éxitos sucesivos las iniciativas que deja en curso nuestro equipo saliente.

La transparencia ya es un valor, una nota esencial, irrenunciable de nuestra democracia bolivariana, como derecho fundamental de los ciudadanos a acceder a la información pública y a la rendición de cuentas de quienes, en un momento determinado, han ocupado u ocupan una posición de liderazgo dentro del entramado institucional del Estado venezolano.

Estos conceptos se han venido materializando de forma progresiva. Felizmente, ya se encuentran asentados en la cotidianidad institucional de nuestro proceso revolucionario. Son hoy realidades auténticas; conquistas progresivas de nuestras comunidades, de todas y todos, de nuestras instituciones estatales y demás organizaciones sociales y políticas.

Sin embargo, el riesgo de retornar hacia la oscuridad puede gestarse en la percepción de ineficacia de los sistemas de rendición de cuentas y, en particular, de algunos instrumentos de transparencia y acceso ciudadano a la información pública que tantas luchas y sacrificios han costado a nuestro pueblo.

Por eso, esta ceremonia marca un momento especial: aquel en el que demarcamos nuestra contribución para la construcción del socialismo, definido como democracia participativa con justicia social. Por eso, hoy podemos afirmar que estamos orgullosas y orgullosos de lo que logramos construir, pues ha sido ésta una ardua tarea labrada entre muchos; y, por

eso, tenemos el convencimiento de que, con el apoyo de todas y todos, se consolidará como patrimonio público y ejemplo victorioso de las luchas y conquistas de nuestro pueblo. Todo lo cual nos obliga a seguir con atención y compromiso sus desarrollos.

I

Nos propusimos como meta iniciar el camino para hacer realidad la existencia del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS); es decir, cumplir con los preceptos que enuncia nuestra Constitución y con una filosofía política socialista sustentada en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, de aportar soluciones transectoriales, vale decir, multidimensionales e integradas, que puedan responder a cabalidad a las exigencias y cumplir sin cortapisas con los derechos de toda la población de Venezuela, contribuyendo a producir una mejora en la calidad de vida de las mayorías y a generar seres humanos verdaderamente realizados, que disfruten de una auténtica libertad individual. Libertad que para nosotros significa: ingresos económicos acordes a la labor y al esfuerzo realizado; garantía de acceso a la provisión de medios de vida básicos, tales como vivienda, salud, educación y bienes culturales; superación de la división social del trabajo y con ella de la enajenación de los trabajadores, y la creación de la posibilidad real de participación en la toma de decisiones de políticas que orienten su centro de trabajo, comunidad, municipio, estado región y país.

Para alcanzar este objetivo en el área de salud se requiere una estrategia que parta de reconocer y cuidar la necesaria equidad de condiciones y resultados entre colectividades; que se oriente a la producción de espacios públicos idóneos para el ejercicio de la libertad política por parte de una ciudadanía emancipada, garantizando su sostenibilidad en lo ambiental, social y tecnológico; una estrategia promotora de la construcción de valores solidarios con los cuales se establezca una nueva subjetividad y una nueva intersubjetividad, en aras de la construcción de imaginarios sociales de futuro donde todas y todos podamos disfrutar

de la plenitud de los derechos y compartir la construcción de una nueva sociedad.

Hablamos de crear un sistema de salud universal e integral, lo cual supone el objetivo superior de la igualdad social. Pero en sociedades sumamente desiguales, como la que hemos heredado de la Venezuela cuartarpublicana, es necesario adoptar políticas pro equidad, a modo de superar las desigualdades sociales, injustas, innecesarias y evitables, y así crear las condiciones para un sistema igualitario. De tal manera que la equidad entre clases sociales (y su configuración en territorios sociales), entre géneros, etnias y generaciones, se constituya en elemento orientador, tanto en la formulación de las políticas, como en la distribución de los recursos y en la evaluación de sus resultados. O sea, no es suficiente mejorar el perfil general de la condición social, sino que es necesario que los avances disminuyan la distancia entre los que mejor están y los peor ubicados en la estructura social, en aras de construir una sociedad igualitaria.

Así se forma una tríada indisociable entre universalidad de los derechos, integralidad en la garantía de los mismos y justicia en la creación de las condiciones para que estos derechos sean plenamente ejercidos por todas y todos. Aplicada al Sistema Nacional de Salud, esta tríada implica una organización capaz de generar respuestas en escala y calidad para todo el territorio nacional y toda la población, con énfasis en la equidad para los grupos sociales más rezagados en cuanto a la posibilidad de cumplimiento de sus derechos.

Estamos hablando de derechos inscritos en una visión que ubica la salud como un producto social, y por lo tanto identifica los determinantes sociales de la salud, la exposición de toda la sociedad a la consecuencia de estos determinantes, la caracterización y cuantificación del daño causado y las consecuencias sociales de ese daño; lo cual implica, a su vez, reconocer que para alcanzar salud como derecho pleno tenemos que configurar políticas que afecten esos determinantes, sus exposiciones, daños y consecuencias. Para tener éxito es preciso coordinar transectorialmente las políticas que puedan producir salud y expresar esta coordinación en los

territorios sociales donde vive y trabaja la gente. Dicho de otro modo: no es suficiente proveer servicios de salud, sino que es necesario coordinar la implementación de éstos con la de otros servicios sociales, desde la formulación de políticas hasta su manifestación concreta en los territorios sociales y la evaluación de su impacto combinado. Esta necesidad resulta evidente cuando se examinan temas como los traumatismos o las diarreas, en los cuales la mejoría de las condiciones sociales y ambientales y de acceso a las políticas y servicios públicos tiene mucho mayor impacto que el simple tratamiento de los episodios médicos, aunque la disponibilidad calificada de estos últimos sea necesaria y obligatoria.

La política de salud debe constituirse, por consiguiente, en un pilar fundamental de la seguridad social de individuos y familias, garantizando la realización o concreción de sus derechos. Entre éstos se encuentra *la excepción de los gastos obligatorios*; es decir, la gratuidad de todos los servicios y recursos necesarios para atender las necesidades de salud de toda la población, sean éstos médicos, medicinas o procedimientos de diagnósticos y/o terapéuticos. Alcanzar este derecho se traduce, a su vez, en seguridad económica, pues protege a las familias de menores ingresos, e implica un ataque certero a algunas de las fuentes de la fragilidad económica de las mayorías y, consecuentemente, de la perpetuación de la desigualdad social.

De tal manera que la política de salud incide directa e inmediatamente en favor de una redistribución más justa de la riqueza nacional y, por consiguiente, contribuye de manera importante en el camino de la superación de la pobreza.

Además, es importante que entendamos que, en tanto se trata de *un sistema universalista*, se propone identificar qué cantidad de recursos es necesario para cumplir su imperativo ético; y a partir de ahí definir las estrategias para conseguir los recursos que hacen falta, en lugar de simplemente ajustar sus actividades a los recursos disponibles, lo que genera respuestas regresivas que no logran nunca garantizar la totalidad de lo requerido.

En este punto resulta necesario recalcar que el *protagonismo ciudadano* es fundamental para la construcción del SPNS; pero entendiendo que

esto implica un sistema de participación ciudadana territorializado y de control de la comunidad sobre el Estado, donde el poder de la comunidad sea propio y no concedido de manera graciosa y discrecional por el ente estatal: la construcción del poder autónomo de las y los ciudadanos y comunidades es esencial para lograr que el Sistema se constituya y desarrolle orientado por el imperativo de responder a las necesidades sociales de los individuos y sus colectividades. Esto implica entender la participación ciudadana desde una perspectiva emancipatoria, constructora de hombres y mujeres nuevos, desligados de la dependencia de la estructura del Estado, devenidos sujetos de derecho, libres y críticos, capaces de defender sus derechos y los de los demás. Para constituirse como espacios de poder los ciudadanos/as organizados deben tener la facultad de decidir los planes y presupuestos y recibir las rendiciones de cuentas en un marco de máxima transparencia de las acciones estatales y de la ejecución de los recursos públicos.

Es en un contexto como el dibujado, de máxima potencia de la participación ciudadana, donde se puede entender la necesidad de *una relación dialéctica entre la centralización* o, más bien, la unicidad de las respuestas garantes de la salud en todo el territorio nacional (lo que tipifica el sistema público único nacional de salud en términos de políticas, integración de respuestas, criterios de su modo de atención y de su modo de gestión), *y al mismo tiempo su descentralización operativa*. Sólo de esta manera se permite un verdadero control ciudadano en cada microterritorio social, aquí representado por los territorios de atención primaria en salud –donde cabe un consultorio popular–, pues ellos son la base de la participación y control social como espacios de desarrollo humano transectorial, y al mismo tiempo son las unidades mínimas de planificación, acción y control de la ejecución por parte del Estado. Así, la unicidad de la política y del sistema nacional de salud se basa en la descentralización máxima para poder hacerse efectiva.

Por cierto, esta descentralización, en aras de mayor control ciudadano, tiene que componerse de forma ascendente hasta llegar al nivel na-

cional, o de otra forma la descentralización y la participación estarían simplemente jugando a la fragmentación típica de las propuestas neoliberales de descentralización con ruptura del contrato universal de ciudadanía. La visión que proponemos de la descentralización operativa apuesta a la construcción del poder autónomo de la ciudadanía en la forma de una democracia directa, protagónica, y ello implica un rediseño de la gestión del Estado; el cual tiene que democratizar sus procesos de toma de decisión y estar permanentemente de cara al pueblo en la construcción de la política pública y su ejecución y evaluación.

En esta perspectiva el Estado no está entregando o cediendo ninguna de las funciones esenciales que le permitan ejercer la rectoría en un sistema de salud: financiar las políticas, ejercer la gestión y la regulación del sistema según el interés público y prestar/ejecutar los servicios correspondientes a la política adoptada. Esta unidad de funciones es fundamental y nos garantiza una contraposición principista a la radical separación de funciones propuesta desde el neoliberalismo. Al mismo tiempo, la implementación de la propuesta que hemos esbozado nos permitiría estar alertas de manera permanente contra las tercerizaciones y subcontrataciones, así como contra la privatización de la gerencia y la fragmentación de recursos financieros y de la prestación de servicios. Implica un modo de atención centrado en una respuesta universal, integral y equitativa, comprehensiva en su organización, pues no puede dejar vacíos de cobertura en ninguna dimensión de la atención, imponiendo una organización donde la integración horizontal y la vertical se juntan, para hacer frente a la fragmentación caótica de los establecimientos organizados en niveles sin obligaciones sistémicas.

Esta filosofía política aplicada a la realidad necesita un reordenamiento programático en forma y contenido, una nueva praxis en salud y en sus determinantes sociales.

La propuesta de un Sistema Público Nacional de Salud se concibe como la construcción de un *Sistema Único de Salud*. Se trata de una reconstrucción o nueva construcción institucional que integra, no solo las

distintas instituciones y organizaciones del sector gubernamental, sino además la atención privada –hoy pagada por fondos públicos– y las respuestas solidarias de la sociedad. El propósito de esta unicidad es lograr que el ciudadano o ciudadana que toque las puertas de cualquiera de los servicios de atención en salud, ingrese a un sistema en cuyo interior se organizan de manera racional todos los recursos necesarios para responder a las necesidades de las personas, contando con todos los servicios que componen el sector salud venezolano.

II

Fue éste el camino transitado por la Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas, que desde el año 2004^{*} ha tratado de establecer la gobernabilidad frente al caos producido por la gestión Peña, planteando la lucha contra la corrupción, instituyendo una forma transparente de lidiar con los temas financieros, luchando persistentemente por la gratuidad de la salud y la atención con perspectiva de derecho en cada uno de los servicios y dando los primeros pasos para una nueva institucionalidad.

Desde el inicio de 2006 hasta el final de 2007 fue un período de elaboración del proyecto Siamu como un eje de articulación del sistema de salud; de los planes maestros para los hospitales, con el apoyo técnico de Pdvsa, y la estructuración de los planes para las redes de atención; de la introducción del concepto de gestión por medio de los colegiados y la creación del colegiado metropolitano de hospitales en enero 2007, primer paso en el país para pensar el sistema público nacional de salud, a través de la gestión articulada de las instituciones que forman parte del Alcaldía Mayor con aquellas provenientes del MPPS, IVSS, Sanidad Militar, Alcaldía de Sucre, Estado Miranda y el Hospital Clínico Universitario; proceso que se potencia con el Decreto Presidencial del 28/01/08, que establece el Sistema Público Metropolitano de Salud como piloto del Sistema Público

^{*}La Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana estuvo presidida desde el 2004 por Asia Villegas quien entregó a Luisana Melo en enero 2007. Se hace referencia aquí a este hecho por considerar que todo el período administrativo fue continuo en el pensamiento, los valores y la práctica.

Nacional, entendiéndolo, no como un sistema regionalizado, sino como una fase en la construcción del nacional, tal y como lo establece la legislación venezolana. En dicho Decreto se plantea la necesidad de construcción de una nueva institucionalidad en el área, y aunque no están definidos los detalles de la misma (tema que será el objeto de la Ley de Salud), los contenidos y desafíos operacionales de esa construcción están previstos en los considerandos del Decreto, y de forma más explícita, en los doce componentes del Plan Metropolitano de Salud que fue adoptado por el Comité Gestor Interministerial y lanzado públicamente por el Presidente de la República.

Esos componentes, que la mayoría de ustedes conocen, abarcan aspectos como: desarrollo de una nueva institucionalidad metropolitana; integración y nivelación de beneficios socioeconómicos del talento humano; suministro de insumos y regularización de cadenas logísticas en la red de servicios; acondicionamiento de la infraestructura; adquisición y mantenimiento de equipamiento; desarrollo de sistemas de regulación de las redes de servicios que permitan dar respuesta oportuna, de calidad y con equidad; participación, formación y actualización de personal de salud, redes transectoriales y comunidades; implementación de un sistema único de vigilancia en salud y control de enfermedades emergentes; desarrollo de una reingeniería organizacional en la red de servicios; análisis y organización de la inversión del Estado en salud; desarrollo de un política de seguridad integral de la red de servicios, y desarrollo de un plan comunicacional de las políticas de salud.

En el Plan se expresa la intención de constituir e instalar en el Distrito Capital una nueva institucionalidad en el lapso de tres años (2008-2010), lo que explica por qué los elementos componentes del Plan Metropolitano no sólo apuntan al manejo de las situaciones urgentes que afectan a Caracas, sino también a un proceso instituyente en temas estratégicos para el futuro SPNS, tales como:

I.- La arquitectura de la participación ciudadana en el nuevo Sistema, a través de la creación y puesta en marcha de un Consejo Metropolitano de

Salud, que dialogue con todos los territorios sociales de la ciudad y considere en su base todas las formas organizativas relativas a calidad de vida y salud, con especial énfasis en los comités de salud, los consejos comunales y las mesas temáticas territoriales que los relacionan de forma ascendente hasta el consejo metropolitano.

Estos consejos, integrados por los ciudadanos y ciudadanas de las comunidades y los trabajadores y trabajadoras de la salud, tendrán poder de decisión sobre las políticas de calidad de vida y salud y encontrarán el espacio de interlocución en el comité ejecutivo del sistema metropolitano, el cual hoy es coordinado por la Vicepresidencia de la República.

El proceso de construcción de este Consejo Metropolitano de Salud se viene trabajando en el espacio facilitado para tal fin en la Escuela de Liderazgos Sociales en Calidad de Vida y Salud, creada por nuestra gestión como un espacio que convoca en su primer proceso de formación a aproximadamente 250 líderes y lideresas comunitarias, acción que hoy tiene entre sus frutos el mapeo de 200 comunidades georreferenciadas y sistematizadas en sus problemas y necesidades, así como en las ofertas de las políticas sociales y económicas.

II.- La nueva coordinación del SPNS deberá lograr que éste pase de integrado a único. El Comité Ejecutivo del Sistema ha señalado este nuevo camino. Para alcanzarlo, no sólo se ha tratado de llevar información sobre el estado actual del tema salud a conocimiento de todos los ministros involucrados en la construcción del SPNS, sino, además, transmitir la visión de que la salud es un producto derivado de la calidad de vida de la población y alcanzar ésta es un objetivo común de todos los ministerios, reconociendo así la relevancia y responsabilidad de todos para su construcción. Esta integración alrededor de la respuesta a los determinantes sociales de la salud –como vivienda, ambiente, trabajo, transporte– está en ciernes, pero su espacio empieza a dibujarse.

Esto significa, muy especialmente, la necesidad de construir los espacios de integración tanto operativa cuanto normativa y estratégica/

estructural de las instituciones que actúan en la atención a la salud, como el MPPS, el IVSS, la Sanidad Militar, la SMS, los Hospitales Autónomos y el IPASME, y progresivamente los servicios de salud de las alcaldías y los estados y con mucha importancia la Misión Barrio Adentro.

Por otro lado, la forma de ir ejerciendo la integración de los servicios de salud mediante operaciones articuladas va dando sentido a la agenda de integración más estratégica, que proyecta un sistema único, el cual no dependería de una nueva estructura de transición sino de una integración paulatina en un espacio institucional renovado. En nuestro caso, como Coordinación Regional Metropolitana de un nuevo MPPS, con la estructuración de nuevas funciones y organigrama acorde con un sistema único; construido sobre la integración de las funciones esenciales del sistema público de salud (rectoría, financiamiento, contratación y regulación públicas y provisión de servicios).

Tanto el punto anterior como éste implican la construcción de una nueva institucionalidad, elemento plasmado en el componente 1 del Plan Metropolitano de Salud.

III.- Avanzamos en la reorganización del sistema a partir del concepto de redes, líneas y jerarquías de atención de los servicios, destacando el plan de unificación de la organización del complejo de atención primaria, desde los consultorios populares, las policlínicas con funciones de urgencias (CDI), las salas de rehabilitación, las clínicas populares y sus sistemas de comunicación y transportes, la red de urgencias, integrando desde la atención primaria hasta las terapias intensivas, la red de atención ambulatoria especializada y la red de hospitalizaciones (organizando el sistema metropolitano a partir de servicios integrados en redes, líneas y jerarquías, eliminando progresivamente la idea genérica y abstracta de niveles para hospitales o ambulatorios).

Esto se visibiliza hoy, y desde un proceso ya largo de organización, en los colegiados de redes y líneas de atención, los cuales están lanzando las bases para una operación de sistema alrededor de compromisos y metas compartidas y estándares de calidad establecidos de forma conver-

gente. Este proceso de reorganización, que busca el cambio del modo de atención y de gestión existente por uno que responda a las necesidades de las ciudadanas y ciudadanos, se inscribe dentro del componente 9 del Plan Metropolitano de Salud.

El aprendizaje derivado del colegiado de hospitales, funcionando desde enero del 2007, y la profesionalización de gestión y participación derivada de los diplomados en gestión estratégica del departamento de urgencias, obligan a pensar en la necesidad de profesionalizar la gestión de los servicios exigiendo formación esencial, y también pensar en la organización de colegiados con los trabajadores en todos los servicios, departamentos, hospitales y clínicas, ambulatorios, servicios de atención primaria. *Hoy se encuentran conformados 28 colegiados metropolitanos, algunos con más fuerza que otros pero todos en pleno proceso productivo.*

IV.- Avanzamos en la integración de los contenidos de salud pública mediante la estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud, integrando conceptual y funcionalmente las redes y líneas, abriendo paso a una coordinación transectorial de las políticas públicas en los territorios.

Esta política incluye el esfuerzo de formación masiva de servidores y liderazgos comunitarios. Con ello se procura llegar a una institucionalización del nuevo sistema en las comunidades en una dinámica constituyente, integrando redes sociales, regularizando la arquitectura de la participación y, también, dando sentido a los territorios sociales basados en su propia lógica de información integrada y de generación de agendas públicas a partir de las necesidades identificadas por las mismas comunidades.

Se trata de un esfuerzo por construir un instrumento para la captación oportuna de la demanda social, para la integración de las instituciones en el terreno concreto de las comunidades, promoviendo la organización de la gestión social transectorial de los territorios sociales y la institucionalización de una planificación basada en necesidades reales y concretas y no más únicamente en las ofertas de una estructura burocrática

estatal alejada del sentimiento y de las necesidades populares, pendiente sólo de su propia dinámica interna y de los diversos intereses grupales que se mueven en su interior.

V.- Empezamos la institución de un complejo de regulación médica de la atención a la salud en el Distrito Metropolitano mediante la instalación de un complejo regulador, establecido en el componente 6, el cual demanda el forjamiento de una autoridad pública reconocida (rectoría), el establecimiento de contratos públicos (contratación y financiamiento) beneficiosos para la mayoría de los trabajadores y de la población, en general; y la actividad cotidiana de responder a las necesidades con ofertas de servicios gratuitos y de calidad (mezclando regulación con provisión, leyes con planificación).

La macrorregulación –control y contratación de bienes y servicios en salud mediante el interés y el derecho publico– y la microrregulación –respuesta dinámica, oportuna, suficiente y cualificada a las necesidades individuales y colectivas–, son fundamentales en el SPNS. Su instrumentación establece una diferencia radical con la regulación “automática” propia de la lógica del mercado, orientada a la búsqueda exclusiva de la mayor tasa de ganancia o rentabilidad posible para los accionistas de las clínicas, debido a que representan una respuesta estatal dirigida a optimizar los recursos de la nación utilizados para atender las necesidades de salud de las personas que habitan en nuestro país, necesidades reflejadas y reconocidas en los derechos establecidos en la Constitución y en las leyes y que, por lo tanto, constituyen un imperativo político, social y moral que debe ser necesariamente satisfecho por la acción gubernamental.

El complejo regulador o protocomplejo, como lo hemos llamado, pues se trata sólo de los pininos de un gran proyecto, ya es parte de las respuestas sociales en el área. Comprende varios mecanismos facilitadores del acceso a los diversos servicios de hospitalización y de exámenes especiales, así como la puesta en operación del SIAMU, red de atención a las urgencias que suprime el ruleteo. Inició sus actividades en Octubre de 2007 en la sede de la Secretaría de Salud. Durante su período de actividades ha realizado 3.226 traslados interhospitalarios y 1.927 cupos regulados

para hospitalizaciones de distintos índoles, incluyendo algunas en el sector privado, cubiertas económicamente por el SPMS cuando no había en el momento en nuestro sistema, procurando siempre respuesta oportuna para ese ciudadano o ciudadana.

VI.- Hemos empezado tímidamente la regulación pública, de interés social, extendida a las instituciones privadas hoy pagadas por el Estado para prestar asistencia a los ciudadanos, lo que demanda el esfuerzo, expreso en el componente 10, de conocer y controlar costos, establecer precios, contratar orientados por el derecho publico (tanto a los entes estatales como a los entes privados) y por tanto controlar el uso y resultados del sector privado contratado, como sector complementario al estatal, en cuanto no se alcanza autonomía plena en lo estatal.

Esta combinación de servicios estatales y privados componiendo oferta publica, pagada por recursos públicos, es fundamental para redireccionar el inmenso monto de recursos del Estado que hoy drenan de todos los ministerios para ayudar a los ciudadanos que los buscan a superar las dificultades de la atención estatal.

Este tema es sumamente importante, pues establece un concepto de producción de bienes públicos en salud, más allá de la condición de estatal o privado, recuperando los recursos públicos históricamente utilizados para el interés privado sin retorno social. Lejos de apuntar al modelo neoliberal del mixto publico-privado, lo que se propone es disciplinar hacia el interés público la actividad privada en salud. (Lo cual incluye pensar un sistema de protección de los consumidores de salud privados frente a las condiciones y precios de los servicios). Esto además abre paso a una propuesta de establecer un límite de tiempo para que los funcionarios del Estado, incluso PDVSA, puedan migrar a una atención desarrollada por el SPNS y así integrar los millonarios recursos que hoy son desembolsados o no compartidos por los ciudadanos en general, dirigidos a la manutención de un sistema privado para segmentos de trabajadores estatales.

VII.- El presupuesto asignado a la Secretaría de Salud para los años 2007 y 2008, tanto en materia de personal como en gastos de funciona-

miento, *evidencia de manera dramática una brecha gigantesca entre las necesidades del Sistema de Salud Metropolitano y los recursos disponibles para su satisfacción.*

Los niveles de salario, tanto del personal asistencial como del administrativo y obrero, están por debajo del mercado, lo que origina altos índices de deserción y desencanto, especialmente en el gremio médico. Es pública y notoria la deuda acumulada referida a pasivos laborales, jubilaciones pendientes, imposibilidad de adelantar políticas efectivas en materia de nivelación profesional de nuestros funcionarios, etc., insuficiencia que se hace *más crítica* cuando se analizan los recursos destinados a cubrir los gastos operacionales y observamos un presupuesto insuficiente y desequilibrado, donde se destina una parte aplastante del presupuesto (91%) a gastos de personal, aunque con niveles salariales insuficientes y sin una gestión eficaz del trabajo, y sólo el 9% restante a satisfacer necesidades en materia de servicios públicos, medicamentos, material médico quirúrgico, compra de equipos y su mantenimiento correctivo y preventivo, servicios de alimentación a los pacientes, limpieza, gases medicinales, reactivos para los laboratorios, etc.

Esta insuficiencia presupuestaria es histórica, lo que explica las millonarias deudas con los proveedores de estos servicios, quienes a la postre se convierten en nuestros principales financistas.

Por otro lado, por ser la Secretaría de Salud y sus dependencias adscritas unidades dependientes administrativamente de la AMDC, sin personalidad jurídica, ejecutan el presupuesto asignado por delegación del Alcalde Mayor, recursos que se ejecutan a través de los denominados *Fondos en Anticipo*, que son fondos de reposición periódica (en teoría, la totalidad de la cuentadancia estaría compuesta por la apertura del fondo en anticipo más once reposiciones).

Esta Cuentadancia tiene un monto límite para comprometer y pagar. Para el ejercicio fiscal 2008, el promedio es de apenas un 4% del presupuesto total y un 43% del total de los recursos presupuestados para sufragar gastos de funcionamiento; es decir, la Secretaría de Salud se enfrenta, no

sólo a un presupuesto en su totalidad deficitario, sino también a limitadas competencias para comprometer y pagar en lo que se refiere a los gastos de funcionamiento. Estos fondos se verán adicionalmente disminuidos por la dinámica de su reposición. De acuerdo con la experiencia, se estima que se logrará reponer un promedio de sólo ocho (8) de estos fondos, en virtud de la lentitud de su reposición por parte de la Secretaría de Finanzas de la ADMC y porque la constitución del primer fondo se realiza en el mes de marzo, disponiéndose sólo de nueve (9) meses para ejecutar los recursos delegados a través de la Cuentadancia.

En conclusión, la Secretaría de Salud, en el 2008, administraría para gastos de funcionamiento sólo el 27% del total correspondiente a este tipo de gastos, y el 2,39% del total del presupuesto asignado a la adquisición de activos reales (mobiliario, ambulancias, vehículos, equipos médicos, computadoras, aire acondicionado, etc.), lo cual representa apenas 0,26% de los recursos asignados en el Presupuesto Ordinario de 2008.

Esta fue la razón por la que ejercimos presión y logramos que el Plan Metropolitano de Salud, a través de sus componentes 3, 4 y 5, asignara recursos a nuestros centros de salud, homologándolos a centros del IVSS con iguales características y funciones, recursos que además están amarrados al cumplimiento de una serie de condiciones establecidas en los contratos provisionales de gestión.

Esta homologación presupuestaria entre hospitales estatales es un primer paso que reivindicamos para buscar la equivalencia contractual y la regularidad del financiamiento; lo cual sólo se puede alcanzar con el desarrollo a máxima expresión de los sistemas de costo/precación/contratos públicos, para aumentar la performance de los hospitales y otros servicios especializados, sin caer en la idea del eficientismo neoliberal, puesto que el objetivo central de este esfuerzo es aumentar la calidad y la escala de la respuesta estatal, buscando la soberanía pública en materia de salud.

Por otro lado y producto de la conformación del SPMS, el MPPS asumió la cancelación de las acreencias relacionadas con los servicios

no personales de los centros hospitalarios, de años anteriores hasta enero del 2008, remitidos Bs.f. 61.213.580,25, cancelados al 06-08-2008 Bs.f. 39.290.338,39. Además, con los recursos asignados a la Secretaría de Salud, se llevó a efecto concurso cerrado para la adquisición de medicamentos destinados a la red ambulatoria (quedando en el paso de otorgamiento de buenas pro), estimado en un monto de Bs.f. 650.000,00. Concurso cerrado para la adquisición del equipamiento de las ambulancias del Sistema de Atención Médica de Urgencias (SIAMU), quedando suspendido en el paso de otorgamiento de las “buenas pro”, estimado en un monto de Bs.f. 829.000,00. Dotación de equipamiento no médico a las sedes de los ambulatorios del Distrito Metropolitano por un monto de Bs.f. 123.729,00. Dotación de material médico quirúrgico como complemento de los insumos despachados por el MPPS, por un monto de Bs.170.386,00. Dotación de los consultorios odontológicos en cuanto a medicamentos, material médico quirúrgico, instrumental y equipamiento necesario para su funcionamiento, por un monto de Bs.f. 718.030,80. Diseño, diagramación y reproducción de protocolo de atención del tratamiento para el dengue, por un monto de Bs.f. 33.245,00. Diseño, diagramación y reproducción de la papelería del SISMAI, por un monto de Bs.f. 229.952,72. Cancelación de deudas por concepto de aportes patronales caja de ahorro, por un monto de Bs.f. 123.000,00. Adquisición de materiales y equipamiento necesario para la instalación y puesta en marcha de ascensor en la Secretaría de Salud (en proceso de mano de obra), por un monto de Bs.f. 225.357,50.

El total del monto asignado y ejecutado por el SPMS hasta la fecha fue de 10.453.449,65.

VIII.- El déficit de talento humano en nuestros centros de atención no es desconocido. Las causas, de origen estructural, van desde una disminución de la formación de especialistas hasta la evasión hacia otros países, pasando por salarios no adecuados para la responsabilidad y la carga horaria.

Durante este año, y gracias a los recursos asignados al componente 2 del Plan Metropolitano de Salud, se concretaron soluciones coyunturales, entre las cuales destacan el pago de guardias especiales a los especialistas

de áreas críticas que deseen hacerlas, la redistribución de especialistas de unas instituciones a otras donde eran mas necesarios y la búsqueda de un realineamiento salarial para los servidores en salud en aras de una homologación por el mejor parámetro; sin embargo, esto no es el punto final de este esfuerzo: *la agenda que está por detrás es la creación de una carrera nacional unificada y luego única para los servidores del SPNS, logrando equilibrar los pagos y ventajas pero al mismo tiempo redefiniendo los deberes y metas del servicio público, a través de dedicación exclusiva, metas de productividad y calidad de resultados, así como de compromiso con la educación permanente y la profesionalización para la gestión y la atención.* Se han invertido en homologación, guardias especiales y contratación de talento humano para la nueva in institucionalidad, Bs f. 4.444.106,25.

Por otro lado, es importante destacar la compleja organización de la Dirección de RRHH de la Secretaría de Salud, en la cual coexisten de forma paralela dos sistemas: el dependiente de la Alcaldía y el dependiente del Min Salud. Este último, además, llevado de manera manual; teniendo como agravante tres fuentes de financiamiento para esos RRHH, lo que hace prácticamente imposible poder consolidar en un solo pago todos los beneficios y aumentos que periódicamente puedan asignarse.

En un esfuerzo por ordenar y regularizar esta situación la Secretaría de Salud viene implementando desde el año pasado el Sistema de Gestión de RRHH (SIGEFIRRH), decretado por el Ejecutivo Nacional como el sistema que deben llevar las instituciones públicas. La implementación de este sistema ha sido muy dificultosa, pues la unificación de conceptos y cruces de personal ha ameritado muchas horas de trabajo. Queda en la actualidad en fase de base de datos y unificación de conceptos, lo que torna muy próxima la posibilidad de regularización de nóminas.

IX.- *Se conformó, como expresión del séptimo componente, el Centro Metropolitano de Educacion e Investigación en Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud, una estrategia para discutir y construir un nuevo pensamiento en la organización del sistema de salud y transformar el modo de atención y gestión.*

En este espacio se ejecutaron dos cohortes del diplomado del departamento de urgencias para un total de 180 participantes, con funcionarios de los servicios de urgencia de la red de hospitalización; el diplomado sobre estrategia promocional de equidad en calidad de vida y salud, para los servidores públicos tanto de la red primaria como de la especializada, en el que participaron 400 servidoras y servidores públicos; el diplomado de epidemiología, aún en curso, con 85 participantes; el diplomado de cuidados paliativos, con 180 participantes; el curso de formación de multiplicadores en salud mental comunitaria, en el que participan 65 personas, con la innovación de que se forman en conjunto servidoras y servidores públicos y lideresas y líderes comunitarios; el proceso de capacitación del SISMAI, en el que participaron más de 500 servidoras y servidores públicos; dos talleres DAR de Banco de Sangre, en captación, atención y retención de donantes altruistas, con una participación de 50 servidores y servidoras; una escuela de liderazgo, con 200 miembros de las comunidades organizadas, además de múltiples talleres, conferencias y eventos con invitados nacionales e internacionales, para convertir a Caracas en una gran escuela de salud pública.

En el marco de este componente se firmó también un convenio con la Universidad de La Sapienza, de Italia, para el asesoramiento en la creación de una Unidad de trasplante de médula ósea en el sector público, hoy inexistente, y la formación de los profesionales que la integrarán. Ya hoy han viajado a Italia cinco de nuestros servidores y servidoras públicas.

Además, como parte de este componente y sus conexiones con otros (componente 1, 3, 6, 9 y 12) se están ejecutando un conjunto de acciones en el área de la salud mental, que apuntan a fortalecer la red de servicios existentes hasta ahora; al diseño, acondicionamiento y puesta en funcionamiento de otros nuevos servicios que aseguren la atención de niños, niñas y adolescentes, así como a la formación en psicoterapia corporal, intervención en crisis y otras diversas modalidades de atención y fortalecimiento a los equipos de trabajo, de acuerdo con las particulares necesidades en salud mental de los propios directivos y trabajadores de la salud.

X.- La ausencia de un sistema único de información constituía un obstáculo importantísimo en la toma de decisiones. Por ello es importante resaltar que *se implementó el Sistema de Información en Salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI)*, como parte del componente 8, *en todos los distritos sanitarios; y está en proceso de implantación en la red de hospitalización*, con los módulos de natalidad, mortalidad y morbilidad, lo cual permite poder obtener información veraz y oportuna que facilita la toma de decisiones correctivas de los problemas.

Hay que señalar que otros actores del sistema de salud continúan teniendo sistemas de información propios no articulados entre sí, afianzando la dispersión de información.

III

Finalmente:

El Decreto del 18 de julio del 2008, mediante el cual se transfieren los servicios descentralizados de la Alcaldía Metropolitana al Ministerio del Poder Popular para la Salud, entraña la necesidad de ejecutarse en coordinación con el anterior Decreto de enero (que mantiene vigencia jurídica), puesto que el desarrollo de los componentes del Plan promovido en enero por el Presidente se ha concretado en un conjunto de programas que afectan los servicios hospitalarios y ambulatorios, incluyendo la movilización de comunidades y profesionales alrededor de iniciativas innovadoras en la gestión y en la atención a las personas, además de establecer objetivos y acciones en salud pública que afectan a otros sectores.

En síntesis, hacer una memoria y un balance de estos casi cuatro años de realizaciones y conquistas revolucionarias comprende, en lo fundamental, una mirada política, aunque tantos recuerdos, cifras y experiencias no pueden dejar de conmovernos y emocionarnos.

Esperamos que los que nos suceden en las urgentes tareas de la edificación metropolitana del Sistema Público Nacional de Salud sean lo suficientemente conscientes de los desafíos que este complejo proceso demanda y cuiden los importantes avances que hemos laboriosamente cons-

truido en estos años de luchas y sueños por el derecho fundamental a la salud, y por ende a la vida.

Quedan a cargo pues, compañeras y compañeros, de una responsabilidad que tendrá atentos y vigilantes a todas y todos quienes hemos labrado esta pequeña y difícil parte del camino.

Gracias a cada uno y cada una de ustedes, que construyeron este proceso tan bonito de emancipación y libertad, muchas gracias a todos y todas, seguiremos con todas y todos ustedes, construyendo juntos y juntas, y por ahora nos despedimos.

¡Hasta la victoria siempre!
Hoy más que nunca ¡VENCEREMOS!
Mil gracias

El Sistema Público Nacional de Salud: un camino hacia el Socialismo*

La propuesta de un Sistema Público Nacional de Salud se concibe como la construcción de un Sistema Único de Salud. Se trata de una reconstrucción o nueva construcción institucional, que integra, no sólo las distintas instituciones y organizaciones del sector gubernamental, sino además la atención privada hoy pagada por fondos públicos y las respuestas solidarias de la sociedad.

El propósito de esta unicidad es lograr que cualquier ciudadano o ciudadana que toque las puertas de cualquiera de los servicios, entre a un sistema en cuyo interior se organiza de manera racional la totalidad de los recursos requeridos para responder a las necesidades de las personas, contando con todos los centros prestacionales que componen el sector salud de Venezuela.

Esto significa iniciar el camino hacia la realización de los preceptos que enuncia nuestra Constitución, inspirados en una filosofía política sustentada en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, lo cual demanda soluciones transectoriales, vale decir, multidimensionales e

*Ensayo publicado en "Le Monde Diplomatique", Edición venezolana. Es el producto de la discusión y el trabajo de Moscavis, un colectivo que lucha por la construcción de un Sistema Público de Salud que responda a las necesidades de todas y todos los ciudadanas y ciudadanas. Publicado, también, en la página web del "PSUV", Lun, 20/04/2009. De esta última recogemos los comentarios que incluimos al final del texto nuestro.

integradas, capaces de responder cabalmente a las exigencias y cumplir con los derechos de toda la población, contribuyendo a producir mejoras en la calidad de vida de las mayorías y a generar seres humanos verdaderamente realizados, que disfruten de una auténtica libertad individual. Lo que para nosotros significa: superación de la enajenación del trabajo e ingresos económicos acordes con la labor y el esfuerzo realizados, garantía de acceso a la provisión de medios de vida básicos (v.gr. vivienda, salud, educación y bienes culturales) y la creación de la posibilidad real de participación en la toma de las decisiones políticas de su comunidad, municipio, estado y país. Esto quiere decir socialismo en acción.

Para alcanzar este objetivo se requiere una estrategia que parta de reconocer y cuidar la igualdad de condiciones y resultados entre las colectividades, se oriente a la producción de espacios públicos idóneos para el ejercicio de la libertad política por una ciudadanía emancipada, garantizando su sostenibilidad en lo ambiental, social y tecnológico, y promueva la interiorización de valores solidarios en aras de la construcción de imaginarios sociales de futuro, en los cuales todas y todos puedan disfrutar a plenitud de sus derechos y compartir la creación de una nueva sociedad.

Hablamos de crear un sistema de salud universal e integral, lo cual supone el objetivo superior de la igualdad social; pero en sociedades como la que tenemos por herencia cuartarrepblicana es necesario adoptar políticas dirigidas a superar las desigualdades sociales –injustas, innecesarias y evitables– y crear las condiciones para un sistema igualitario, de manera que la equidad entre clases, géneros, etnias y generaciones, y su configuración en territorios sociales, se constituya en elemento orientador en la formulación de las políticas, así como en la distribución de los recursos y la evaluación de sus resultados. O sea, no es suficiente mejorar el perfil general, es necesario que los avances disminuyan la distancia entre los mejor y los peor ubicados en la estructura de la sociedad.

Lo dicho revela una tríada indisociable entre universalidad e integralidad de los derechos y justicia en la creación de las condiciones para

que los mismos sean ejercidos sin exclusiones por el conjunto de los habitantes. Aplicada al Sistema Nacional de Salud, esa tríada implica una organización capaz de generar respuestas en escala y calidad para todo el territorio nacional y toda la población, enfatizando en la equidad para los grupos sociales más rezagados.

Partimos de una visión que ubica la salud como un producto social y por tanto identifica sus determinantes sociales, la exposición de la sociedad al impacto de esos determinantes, la caracterización y cuantificación del daño causado y las consecuencias de ese daño; lo cual implica, a su vez, reconocer que para alcanzar salud como derecho pleno tenemos que configurar políticas que afecten tanto esos determinantes cuanto el alcance de sus daños y consecuencias.

En función de tal propósito es preciso coordinar transectorialmente las políticas que puedan producir salud y expresar esta coordinación en los territorios sociales donde vive y trabaja la gente. Dicho de otro modo, no es suficiente proveer servicios de salud, sino que es necesario coordinar su implementación con la de otros servicios sociales, desde la formulación de políticas hasta su manifestación concreta en los ámbitos correspondientes y la evaluación de su impacto combinado. Tal necesidad resulta evidente cuando se examinan temas como los traumatismos o las diarreas, en los cuales la mejoría de las condiciones sociales, ambientales y de acceso a las políticas y servicios públicos, tiene mucho mayor impacto que el simple tratamiento de los episodios médicos, aunque la disponibilidad calificada de éstos sea necesaria y obligatoria. La aplicación de esta visión a la realidad necesita un reordenamiento programático en forma y contenido, una nueva praxis en el tratamiento de la salud y sus determinantes sociales.

La política de salud, por consiguiente, debe constituirse en un soporte básico de la seguridad social de individuos y familias, en pro de garantizar la realización o concreción de sus derechos; entre los cuales se encuentra el de la exención de los gastos obligatorios, es decir, la gratuidad de los servicios y recursos requeridos para atender las necesidades de salud de toda la población, trátase de médicos, medicinas o procedimien-

tos diagnósticos y/o terapéuticos. Alcanzar este derecho se traduce a su vez en seguridad económica, pues protege a las familias de menores ingresos e implica un ataque certero a algunas de las fuentes de la fragilidad económica de las mayorías y por ende a la perpetuación de la desigualdad social. De manera que la política de salud incide directa e inmediatamente en favor de una redistribución más justa de la riqueza nacional, contribuyendo de modo significativo al objetivo de superación de la pobreza. Además, es preciso entender que en cuanto sistema universalista se propone identificar la cantidad de recursos necesarios para cumplir su imperativo ético, y a partir de ahí definir las estrategias pertinentes para conseguir los recursos que hagan falta, en lugar de simplemente ajustar sus actividades a los disponibles, lo cual genera respuestas regresivas que no logran nunca garantizar la totalidad de lo requerido.

Para tener éxito en este punto debemos avanzar en la reorganización del sistema a partir del concepto de redes, líneas y jerarquías de atención de los servicios, destacando: el plan de unificación del complejo de atención primaria, que incluye los consultorios populares, las policlínicas con funciones de urgencias (CDI), las salas de rehabilitación, las clínicas populares y sus sistemas de comunicación y transporte; la red de urgencias, que va desde la atención primaria hasta las terapias intensivas; la red de atención ambulatoria especializada, y la de hospitalizaciones (organizando el sistema a partir de servicios integrados en redes, líneas y jerarquías, eliminando progresivamente la idea genérica y abstracta de niveles por hospitales o ambulatorios).

La garantía de avance en este terreno se encuentra en la difusión y consolidación de los colegiados de redes y líneas de atención, es decir, los espacios de participación efectiva del personal total del sector salud, los cuales conformarán las bases para una operación de sistema resultante de compromisos, metas y estándares de calidad establecidos en forma convergente y compartida.

El aprendizaje obtenido de la experiencia del colegiado de hospitales de la Secretaría de Salud Metropolitana, comenzado a implementar en

enero del 2007, y la profesionalización de gestión y participación derivada de los diplomados en gestión estratégica del departamento de urgencias, plantean la necesidad de profesionalizar la gestión de los servicios exigiendo formación esencial, y también la de pensar en la organización de colegiados con los trabajadores en todos los servicios, departamentos, hospitales, clínicas y ambulatorios de atención primaria. La experiencia en esta materia fue muy aleccionadora, pues cuando nos tocó entregar la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor dejamos conformados veintiocho colegiados metropolitanos, algunos con más fuerza que otros, pero todos en pleno proceso productivo.

En este punto resulta necesario recalcar que también el protagonismo ciudadano es fundamental para la construcción del SPNS, pero entendiendo que esto implica un sistema de participación territorializado y de control de la comunidad sobre el Estado, donde el poder comunitario sea propio y no concedido por dicho Estado de manera graciosa y discrecional. La construcción del poder autónomo de los ciudadanos y comunidades es esencial para lograr que el Sistema se constituya y desarrolle orientado por el imperativo de responder a las necesidades sociales de los individuos y sus colectividades. Esto implica entender la participación ciudadana desde una perspectiva emancipatoria, constructora de hombres y mujeres nuevos, desligados de la dependencia respecto a la estructura estatal, devenidos sujetos con facultades plenas, libres y críticos, capaces de defender sus derechos y los de los demás. Para constituirse como espacios de poder los ciudadanos organizados deben poseer la potestad de decidir los planes y presupuestos y recibir las rendiciones de cuentas, en un marco de máxima transparencia, de las acciones estatales y de la ejecución de los recursos públicos.

Es en un contexto similar al dibujado, de potenciación máxima de la participación ciudadana, como se puede entender la necesidad de una relación dialéctica entre la centralización (o, más bien, la unicidad de las respuestas garantes de la salud en todo el territorio nacional, lo que tipifica el sistema público único nacional de salud en términos de políticas,

integración de respuestas y criterios de atención y de gestión) y la descentralización operativa. Sólo de esta manera se posibilita un verdadero control ciudadano de los microterritorios sociales, representados aquí por las áreas de atención primaria en salud –donde caben consultorios populares–, pues ellos son la base de la participación y control social en tanto espacios de desarrollo humano transectorial, y al mismo tiempo son las unidades mínimas de planificación, acción y control de la ejecución por parte del Estado. Así, la unicidad de la política y del sistema nacional de salud se basa en la descentralización máxima –hacia las profundidades del pueblo– para poder hacerse efectiva.

Por cierto, esta descentralización en aras de un mayor control ciudadano tiene que implementarse de forma ascendente hasta llegar al nivel nacional, pues, de otra forma, tanto descentralización como participación estarían simplemente jugando a la fragmentación, comportamiento típico de las propuestas neoliberales de descentralización con ruptura del contrato universal de ciudadanía. La visión que proponemos de la descentralización operativa apuesta a la construcción del poder autónomo de la ciudadanía en la forma de una democracia directa, protagónica, lo que implica un rediseño de la gestión del Estado; el cual tiene que democratizar sus procesos de toma de decisión y estar permanentemente de cara al pueblo en la construcción, ejecución y evaluación de las políticas públicas.

En esta perspectiva el Estado no está entregando o cediendo ninguna de las funciones esenciales que le permitan ejercer la rectoría en un sistema de salud: financiar las políticas, ejercer la gestión y regulación del sistema según el interés público y prestar/ejecutar los servicios correspondientes a la política adoptada. Esta unidad de funciones es fundamental y garantiza una contraposición principista a la radical separación de funciones propuesta desde el neoliberalismo. Al mismo tiempo, la implementación de la propuesta que hemos esbozado nos permitiría estar alertas de manera permanente contra las tercerizaciones y subcontrataciones, así como contra la privatización de la gerencia y la fragmentación de los re-

curios financieros y de la prestación de servicios. Implica, asimismo, un modo de atención centrado en una respuesta universal, integral y equitativa, comprehensiva en su organización, pues no puede dejar vacíos de cobertura en ninguna línea de la atención, imponiendo una interrelación horizontal y vertical funcionalmente muy superior a la fragmentación caótica de los establecimientos organizados sin obligaciones sistémicas. Y en final, significa nuclear en torno al pueblo trabajador la funcionalidad del sistema, es decir, se trata de una propuesta inscrita dentro de la concepción socialista de principio que nos mueve.

Comentarios

Continúan los sabotajes

William Leal Nava, 08/20/2009

Hola camaradas ante todo quiero comenzar por indicar que situaciones como lo sucedido a una parturienta y denunciado por su hermana en el programa “Aló, Presidente” de hace dos semanas aproximadamente donde no fue atendida en los hospitales referidos por la misma, dicha situación no es más que la no atención y sabotaje que todavía siguen desarrollando algunos médicos y directores quinta columna que se encuentran enquistados en nuestra revolución, esta situación merece una verdadera respuesta de quienes tienen la responsabilidad de dirigir estos organismos y que dicen estar comprometidos con la revolución venezolana, comencemos entonces todos los involucrados en el control social de la actitud y forma de dirigir de quienes son nombrados en esos cargos para vigilar de cerca cada paso y estrategia en función de denunciar inmediatamente cualquier acto de sabotaje que se quiera poner en práctica por estos infiltrados vende patria que juegan con lo más importante de un ser humano como lo es la salud.

Impongamos pues nuestra verdadera vocación de revolucionarios para darle a la patria una verdadera forma de contener a la inminente oleada de guarimberos que pretenden destruir nuestro proceso en el manejo de la atención de nuestro pueblo.

Un saludo revolucionario*Gladys Chacón de Roa, 06/02/2009*

Un saludo revolucionario a todos mis camaradas especialmente a mi comandante presidente hugo chavez, el cual admiro profundamente, amante de la justicia y la igualdad deseo que llegue a el este reclamo que hacemos todos y todas las enfermeras profesionales del estado Tachira el cual el pasado 1 de mayo del 2008, en un acto de verdadera justicia se le dio el cambio de status y nuevos ingresos de auxiliares de enfermería a enfermeros y enfermeras L.. gracias mil gracias.; pero aun no se nos han cancelado la contratacion, ni frontera, recuerden que el Tachira es frontera, especialmente los que laboran en el hospital Dr. Ernesto Segundo Paolini de la población de Colón municipio Ayacucho, solo nos cancelan la quincena y los cesta tickets, somos nomina central y toda la relación la envian al ministerio del poder popular para la Salud, para el respectivo pago, ya tenemos un año y ya estamos realmente preocupados, ya se han realizado los reclamos pero no se ha obtenido respuesta, y el problema es solo del esto Tachira somos 75 enf I, YA EN LISTA PARA LA RECLASIFICACIÓN A ENF II QUE IGUALMENTE NUESTRO PRESIDENTE HARA JUSTICIA, CONJUNTAMENTE CON EL MINISTRO Y 20 INGRESOS NUEVOS.- Mi comandante haga algo por todos nosotros Dios se lo pagara PATRIA SOCIALISMO O MUERTE “VENCEREMOS”.

El Valle es mi cuna*Jacqueline Gonzalez, 05/14/2009*

El valle es mi cuna es donde yo naci yo no cambio mi parroquia por otra. Debemos luchar para ponerla bella y hermosa. Por eso te digo algo este viernes 15/05/09 se paralizó la obra del materno infantil del Valle por falta de recursos. Le hago un llamado al alcalde Jorge Rodriguez para que aplique las 3 R, por favor

La esperanza de este pueblo*Wilmer Báez, 04/29/2009*

La esperanza de este pueblo es un Sistema Unico Nacional de Salud, que cumpla los preceptos de nuestra constitución en los artículos 83, 84 y 85. Un sistema no se construye por unos pocos, ni desde una oficina; se construye con la participación de todos los actores involucrados (profesionales, obreros, empleados administrativos, técnicos (as) enfermeras (os); pero tambien ministerios (infraestructura, educación, tecnología, defensa, interior y justicia, ambiente, comunicación, entre otros); sentados todos en una misma mesa discutiendo y realizando propuestas; entendiendo las diferentes ramas del sistema de salud: INFRAESTRUCTURA (reparación y construcción); DOTACION DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS (de calidad y cantidad suficientes); EQUIPAMIENTO (alta tecnología, con mantenimiento preventivo y correctivo) y por supuesto RECURSO HUMANO (formado, capacitado, bien remunerado y comprometido con su trabajo). Un sistema donde el ente rector en salud dicte la pauta (discutida y elaborada con los expertos) y la ejecucion sea desconcentrada en las regiones. Eso se intentó en el sector metropolitano, pero la mezquindad, ambicion y falta de visión de unos pocos lo detuvo; pero esto sera de manera momentánea, el país y las comunidades organizadas reclamarán su derecho a una calidad de vida exigiendo LA SALUD COMO UN DERECHO.

Suscribo el contenido*Christiane Saltiel, 04/29/2009*

Suscribo el contenido del artículo de Luisana Melo, que lejos de ser un ejercicio teórico sobre un modelo de salud ideal es el resultado de la gestión 2005 - 2008 de un equipo de trabajadores y trabajadoras de la salud que entendió el rumbo a seguir para socializar de verdad verdad la salud en el país, con criterios de unicidad, de calidad, de solidaridad y sobre todo de participación libre, incluyente y horizontal de todos los actores: los profesionales (no sólo médico/as), administrativos, obreros, pacientes, contralores sociales, comunidades organizadas, líderes en salud, etc, etc.

Lamentablemente esto no fue valorado ni mucho menos entendido por ciertos elementos de intereses y de poder, lo que devino en la purga y exclusión del sistema de todas las personas comprometidas con el cambio y lo que es peor un retroceso absoluto en los resultados de salud de Caracas. Ojalá el Alto Gobierno entienda lo ocurrido y se rectifique el camino. El Sistema Público de Salud no es la suma de las partes de lo que tenemos actualmente, ni mucho menos el conjunto de edificaciones inauguradas. No sólo es necesario profesar la voluntad del cambio es indispensable la organización y planificación de la nueva institucionalidad. Y esa institucionalidad no puede salir de una oficina. Si no, seguiremos improvisando con buenos resultados en muchos casos y pésimos en otros, derrochando recursos y perdiendo un tiempo valioso, que sólo se cuenta en lesionados, discapacitados y muertos. Mientras soñamos con que eso ocurra, nos mantendremos luchando en cada acción y en cada discurso.

La importancia del equilibrio entre misión política y criterio técnico

Ricardo Martínez, 04/29/2009

Que importante cuando una propuesta reúne; tanto el más puro sentido de la misión político-social de un proceso revolucionario, como el más depurado criterio técnico-científico para el tratamiento de un tema como la Calidad de Vida y Salud. Cuando la tinta de un artículo está teñida de la mayor autoridad ética y profesional posible, el resultado es de un poder irrefutable y de una solidez inexpugnable. Este artículo, (que le Mond Diplomatique del mes pasado consideró de suficiente relevancia y calidad para incluirlo en su edición), refleja a grandes rasgos el sustrato sobre el que se basa el pensamiento y la filosofía de esa gestión que las autoridades actuales pretenden sustituir por bloques, cabillas y cemento, olvidando que lo más importante no es inaugurar e inaugurar obras y más obras. Obras sin médicos ni capacidad de atender a nadie. Lo importante es dar más y mejores respuestas a los cientos, millares de personas que sufren aún una inaceptable calidad de vida y salud. Lástima que el escotoma y la refractariedad timpánica de las autoridades de salud contribuyan a deteriorar lo hecho y a prolongar a un más la espera por un verdadero Sistema Público Nacional de Salud!!!

Es de imperiosa necesidad

Jackeline Soto, 04/27/2009

Saludos a todos los lectores de esta tribuna. Es de imperiosa necesidad la implementación del sistema nacional de salud, vista la importancia que reviste a los usuarios y usuarias que acuden a la red de Hospitales, la certeza que su necesidad será satisfecha y que existe todo un sistema que dará respuesta oportuna. Los que laboramos en este sector, y creemos en los valores de solidaridad, honestidad, responsabilidad y amor al prójimo, estamos convencidos que en un futuro inmediato, el trabajo iniciado por la Dra. Luisana Melo, a través de los colegiados, como metodología para organizar la participación de todos, en la construcción de un modelo de inclusión social en el sector salud, dará como fruto el proyecto que quizás inicie el camino a seguir.

Bajo una sola organización

Ezequiel Rodríguez, 04/23/2009

Les felicito porque siempre había esperado que todo lo relativo a Salud estuviera bajo una sola Organización y no bajo entes diferentes. Ahora se puede establecer el sistema de interconexión de información. Por ejemplo, una persona al ser atendida por cualquier ente debe llenar ciertas informaciones, entre otras la CÈDULA DE IDENTIDAD, de tal forma que la primera vez que lo atendieron fue en Cumanà, la segunda vez al llegar al Táchira el sistema sea capaz de mostrar en el computador la información existente. Esto facilitaría a los Médicos información básica que ni siquiera el propio paciente es capaz de suministrar. Detectar fallas por los ciudadanos y comunicarlas es fundamental para mantener la EFICIENCIA EN EL SERVICIO, verlo como una ayuda, por ejemplo, en el excelente Hospital Militar Carlos Arvelo de cuatro (4) ascensores solo funcionaba uno (1) en la mañana de hoy. Había, como siempre, numerosos pacientes. Esto permite sugerir la idea de crear, conjuntamente con las comunidades vecinas EQUIPOS ESPECIALES DE REPARACIÓN DE ASCENSORES, con la ayuda de los organismos que sean competentes. Es un orgullo que los

propios vecinos sean capaces de reparar los ASCENSORES DE SU HOSPITAL. Por último les envío la información que me llegó y se les pide que no sigan permitiendo que nos sigamos envenenando los venezolanos, en caso de ser cierto, la dicha información. NO ESPEREMOS NADA BUENO DEL CAPITALISMO (La base de su diseño es la GANANCIA –utilidad– sin respetar al SER HUMANO, NI LOS CAMBIOS CLIMÁTICOS, ni la ética en los negocios) SOLO EL SOCIALISMO RESUELVE LOS PROBLEMAS DE LA PERSONA Y DE LAS NACIONES (La base de su diseño es EL SER HUMANO y esto implica defender NUESTRA MADRE TIERRA y luchar por implantar la ética en los negocios) Venceremos, Ezequiel.

Análisis de coyuntura:

Sobre la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud*

La concepción de un Sistema Público Nacional de Salud está considerada de manera inicial como la construcción de un *Sistema Único de Salud*, lo que significa no solo el reordenamiento, desfragmentación y articulación de las distintas instituciones, establecimientos y organizaciones del sector público, sino además la atención privada hoy pagada por fondos públicos.

Esto implica iniciar el camino hacia la materialización de los mandatos que enuncia nuestra Constitución, cuyo articulado de forma explícita propone la construcción del Sistema Público de Salud para dar respuesta al imperativo ético de responder a las necesidades sociales, vistas éstas desde la perspectiva de la calidad de vida, lo cual demanda soluciones transectoriales, vale decir, multidimensionales e integradas, capaces de responder cabalmente a las exigencias y cumplir con los derechos de toda la población y de generar seres humanos verdaderamente realizados, que disfruten de una auténtica libertad individual.

Es muy importante contextualizar históricamente el problema que tenemos en el sector salud, porque lo que estamos evidenciando hoy en

*Conferencia dictada en la Mesa de Análisis de Coyuntura: Construcción de un Sistema Público Nacional de Salud, organizada con motivo del lanzamiento de la Línea de investigación sobre Calidad de Vida y Socialismo. Centro Internacional Miranda, Caracas, 12 de agosto 2009.

día sigue siendo la secuela de las políticas del pensamiento hegemónico neoliberal que se implementaron en los años 80 y 90, las cuales recorrieron en ese momento toda América Latina, con todas las propuestas de las reformas financiadas por el BM y el FMI. Eso no lo podemos dejar de decir, porque es la contextualización histórica de lo que ha ocurrido en el transcurso de todos estos años. Estas propuestas de reforma, que fueron realizadas en diversas maneras en todos los países de Latinoamérica exceptuando Cuba, tuvieron diferentes impactos y es, sin duda, una expresión de lo que estamos viendo hoy en día después de 10 años de proceso revolucionario. Ese periodo de las reformas dio como resultado una Ley, la ley Caldera, cuyo articulado terminaba de entregar al sector privado tanto la prestación del servicio como el financiamiento, justamente lo que buscaban las medidas neoliberales, ley afortunadamente suspendida con la llegada del comandante Chávez al gobierno.

Entonces, con Chávez se coloca en nuestra constitución algo muy importante, en realidad uno de los principales avances que ha tenido el proceso bolivariano: *se plasmó en la constitución que la salud es un derecho y un derecho garantizado por el Estado*. Esto es un avance incalculable para nuestro país. La salud es un derecho que está contemplado en tres artículos de la constitución, 83, 84 y 85, donde no sólo se dice que la salud es un derecho, sino también que para garantizarlo debemos construir el Sistema Público Nacional de Salud. Y no sólo se establece eso en la constitución, sino además en ella se explicita que es fundamental la participación de las comunidades, del ciudadano y la ciudadana en la construcción y transformación de un nuevo sistema de salud y en la construcción de las políticas que van a direccionar dicho sistema. Es muy importante que nuestro marco constitucional nos dé la oportunidad de estar aquí sentados en estas mesas, buscando maneras para construir políticas públicas de salud que nos lleven a responder a nuestras necesidades como ciudadanos y ciudadanas y nos lleven a ejercer y a exigir nuestros derechos. También es de gran relevancia que los mencionados artículos de la constitución nos hablen de calidad de vida, concepto que si lo colocamos en el centro de nuestra visión, permitiría entender que la salud no es sólo un problema

de ausencia de enfermedad o de prestación de servicios médicos, sino que debe colocarse en un contexto integral donde la calidad de vida también es vivienda, educación, cultura, deporte; en fin, si cada una de nuestras necesidades sociales prioritarias las asumiéramos cada uno de nosotros y nosotras conscientemente como derechos, tendríamos un sistema de protección social que nos permitiría a todos y todas alcanzar en realidad esa suma de la máxima felicidad posible, como bien lo hemos estado pregonando en este proceso revolucionario.

Entonces, este marco constitucional es un gran avance de nuestro país y de nuestra revolución. Ahora bien, ¿qué hemos realizado hasta ahora para hacer realidad el mandato de la Carta Magna de 1999? Es importante que hagamos el reconocimiento de cuáles cosas hemos hecho tendientes a cumplir ese mandato de nuestra constitución. Encontramos pues, en el año 2000, por ejemplo, el modelo de atención integral implementado cuando estuvo el doctor Rodríguez Ochoa como ministro; el plan estratégico-social de 2001 a 2004, con María Urbaneja; en 2003 se inicia algo muy importante para la garantía del derecho a la salud en el país, la Misión Barrio Adentro, la cual vino a ocupar un espacio que estaba descuidado, olvidado dentro de un sistema que condujo a la necesidad de que médicas y médicos cubanos se establecieran en espacios donde la población estaba totalmente excluida de toda asistencia. Luego comenzaron a desarrollarse otras misiones sociales, y las tenemos que incluir aquí, porque, como les dije antes, estamos hablando de calidad de vida y ellas van a constituir, desde su ámbito, la calidad de vida de todos y todas; entre ellas la Misión Mercal, la Misión Vuelvan Caras, la Misión Robinson, la Misión Ribas, la Misión Sucre. Posteriormente, en 2008, hubo una experiencia muy importante, la declaración de Caracas como Ciudad protectora de la vida, al convertirla en el territorio piloto del SPNS mediante decreto de enero de 2008, el cual, lamentablemente, vio terminada su iniciativa de integración y visión transectorial de todo el tema de salud con la aprobación de otro decreto en Julio de ese año.

En cuanto a la infraestructura física también ha habido un avance dentro del proceso revolucionario, la construcción de centros de diag-

nóstico integral, de consultorios populares, y todos y todas conocemos cuántos han sido los avances en este sentido: los CDI, las salas de rehabilitación, que sin duda han venido a ocupar espacios que estaban absolutamente descuidados; en relación al talento humano, las defensoras de la salud, quienes provienen de las comunidades y se han estado formando para atender desde los consultorios populares; los odontólogos y odontólogas generales integrales; los médicos y médicas generales comunitarios y médicos y médicas generales integrales. Son éstos grandes avances que todas y todos conocemos. Y siguen: la Misión Milagro, los lentes, la Misión Sonrisa, el Hospital Cardiológico Infantil, son expresiones de logros que el proceso revolucionario ha obtenido durante estos años, y más, como la construcción de la planta de vacunas, el suministro gratuito de retrovirales para los ciudadanos y ciudadanas con VIH/Sida, etc. Estos avances nos han permitido ir solucionando algunos problemas, pero al final, cuando llegamos a la evaluación, decimos: Bueno, ¿qué está pasando si tenemos avances en unas y otras líneas? ¿por qué todavía no tenemos la garantía plena del derecho para todos los ciudadanos y ciudadanas? Si alguna cosa es indudable e innegable son los gastos públicos en salud durante el proceso revolucionario, que han aumentado desde 1999 a 2007, con una leve disminución en 2008. Entonces nosotros decimos: ¿Por qué si tenemos estos avances estamos todos los días en la prensa? ¿Por qué sale en los periódicos que ruletearon a las mujeres, que tenemos no sé cuántas personas esperando prótesis o trasplante de médula ósea? ¿Por qué aún, si hay una gran inversión –como nunca se ha invertido, como nunca realmente ha habido atención a la salud en el país– está pasando que en estas últimas semanas ha sido realmente insistente la aparición de problemas del sistema de salud? Entonces hay que concluir en que no se ha cumplido hasta hoy con el mandato constitucional de construir un Sistema Público Nacional de Salud que garantice el derecho. ¿Qué ha pasado para que, a pesar de todo, sigamos aún padeciendo problemas?

Podemos analizarlo por sectores. Por ejemplo, en el ámbito de rectoría y regulación no hay un sistema único de salud, en la realidad no existe un sistema de salud, sino subsistemas aislados; cantidad de regímenes

prestacionales, que incluyen a Barrio Adentro, el cual vino a constituir un subsistema más, paralelo a todos los que ya teníamos. ¿Qué significa eso?: que el Ministerio tiene su sistema, el Seguro Social tiene otro, Sanidad Militar es otro, el Ipasme es otro, cada una de las gobernaciones posee uno, cada una de las alcaldías también, los ministerios tienen sus propios subsistemas o regímenes prestacionales de salud, y entonces entendemos que esto ha sido uno de los principales inconvenientes para la construcción y el adecuado funcionamiento del SPNS. Cuando la gente se para frente a la puerta de entrada del sistema de salud consigue un laberinto y no sabe a dónde ir, no sabe dónde encontrar la respuesta, es una completa confusión y, muchísimas veces, la misma persona está cubierta por dos o más subsistemas, o sea tiene seguro social pero también tiene Ipasme y CDI al lado de su casa, y hay otro sector poblacional que, con todos estos subsistemas, sigue quedando fuera.

Se trata de una *fragmentación*, cada subsistema es una pieza de rompecabezas. Sin una articulación real de todo eso, si no se logra la unicidad del sistema y un acoplamiento preciso de todos sus componentes, no alcanzaremos a cumplir con la garantía del derecho a la calidad de vida y salud establecido en la Constitución.

El propósito funcional de unicidad, como se ha dicho, es lograr que el ciudadano o ciudadana que toque las puertas de cualquiera de los servicios, entre a un sistema en cuyo interior se organiza de manera racional la totalidad de los recursos requeridos para responder a las necesidades de las personas. Esa respuesta debe ser universal (para todas y todos), integral (cobertura de todos los elementos requeridos para brindar una solución) y equitativa (igualdad del servicio respetando las diferencias de género, edad, territorio social y etnia). No podemos seguir teniendo varios subsistemas de salud, cada uno con una rectoría distinta en la cabeza de cada quien. Siempre digo la expresión “cada quien tiene un sistema único en su cabeza”, o sea cada uno tiene un régimen en su cabeza y por ende el sistema único mío es el del ministerio o el del seguro o cualquier otro. El hecho de que cada quien tenga un sistema único en su cabeza es un factor determi-

nante para que la respuesta no sea universal, integrada, equitativa y, además de eso, no responda de ninguna manera a las necesidades que las ciudadanas y los ciudadanos tienen al momento de entrar al sistema de salud.

El otro problema relevante es el del financiamiento, debido a que no se ha superado la *segmentación*, es decir cada uno de los subsistemas tiene un financiamiento que es utilizado según las normas de la cabeza de cada uno de los dirigentes, lo cual implica demasiado gasto. La inversión aislada de grandes cantidades de dinero (nunca antes se había invertido tanto), da como resultado, así lo observamos día a día, un gasto cuantioso con una repuesta insatisfactoria.

El problema de segmentación en el financiamiento, aparte de contribuir con el cáncer de la corrupción, también ocasiona que no podamos garantizar el acceso a la salud, que no podamos responder a las necesidades de la gente.

Con este financiamiento segmentado se ha fortalecido como nunca el sector privado de salud, a través de las pólizas de HCM, las cuales, como todos y todas saben, son una de las principales exigencias en las contrataciones colectivas de los servidores y servidoras públicas. El HCM no es, bajo ningún concepto, garante del derecho a la salud de los empleados públicos. Es un recurso limitado, que sólo cubre hasta cierto punto a los poseedores del mismo (dejándolos en el abandono si el tratamiento de la enfermedad excede determinada cantidad de dinero), y es lesivo al derecho de los demás ciudadanas y ciudadanos que no integramos la maquinaria laboral del Estado, debido a que la multimillonaria inversión que se realiza en dichos seguros se podría inyectar en pro de un SPNS eficaz y eficiente, que dé una respuesta satisfactoria a toda la población y, por lo tanto, convierta al HCM en un instrumento innecesario y obsoleto. Si sacamos la cuenta, la inversión en el sector privado es proporcional o mayor de lo que se invierte en el sector público. Además, el Estado, en su afán de responder a las necesidades y de garantizar el derecho a la salud, crea las oficinas de atención al ciudadano, donde usted acude con su informe y su factura y recibe generalmente el monto solicitado, sin ningún tipo de con-

trol ni racionalidad, lo cual constituye otro desembolso monetario que va a parar a las arcas del sector privado.

Sencillamente, es una enorme contradicción ideológica, un problema ideológico. Un país que esta transitando o que pretende transitar al socialismo no puede tener esta contradicción: dado que su sistema de salud público no ofrece respuestas, el mismo Estado fortalece cada vez más, a través de los mecanismos de ayuda señalados, a los prestadores privados de salud. Esto va en detrimento del sector público y de la garantía del derecho a la salud.

Y fíjense, además de esto, lo que se invierte en salud dentro del sector privado hace que los presupuestos sean insuficientes. Los presupuestos de los establecimientos de salud del sector público son insuficientes. Este cuadro que expongo en la diapositiva es simplemente una muestra de cómo los hospitales del Seguro Social y los de la red metropolitana de Caracas, que tienen más o menos las mismas características, en camas, cantidad de gente que atienden, etc., manejan un presupuesto absurdamente desigual. Esto nos viene a explicar un poco el problema de por qué el hospital Pérez Carreño funciona mejor que el Hospital de Los Magallanes de Catia, pues resulta que tienen más o menos la misma vocación, pero los presupuestos son infinitamente diferentes. Por otro lado, además del presupuesto insuficiente, no hay un verdadero control del manejo de los recursos ni de la calidad ni cantidad de servicios prestados. Por esta razón, debería haber una contratación, un contrato público entre nuestros hospitales estatales y el órgano rector, el cual, además, permitiría una real y efectiva contraloría social.

Otro problema que tenemos es el de la infraestructura, derivado de las dificultades de financiamiento y de una gestión que podría calificarse de ineficiente. Fíjense, debido a las políticas neoliberales de los años 90 hubo una gran desinversión en todo el sector salud; desinversión en los insumos, en la infraestructura, en el equipamiento y, además, en el talento humano, que fue la peor de todas esas desinversiones. Ello produjo, por supuesto, un deterioro en el funcionamiento de nuestros hospitales. ¿Qué pasó? Bueno,

una de las políticas que estableció el Gobierno para contribuir con el sector salud fue la restructuración, remodelación y rehabilitación de los centros hospitalarios, comenzando por unos 60 de ellos. Eso fue anunciado el 2007 y a la fecha de hoy siguen sin ser culminados los trabajos. En Caracas particularmente, que es donde tengo conocimiento, se emprendió la remodelación de 9 hospitales, la cual por añadidura fue simultánea, con lo que el deterioro de la prestación del servicio se agravó al máximo. Pues si tenemos cerradas al mismo tiempo todas las salas de parto, todas las emergencias, todas las terapias intensivas de la ciudad, ¿dónde vamos a atender a las ciudadanas y ciudadanos que llegan a los hospitales? Dicha situación contribuye a incrementar la complejidad de la coyuntura actual.

En relación con la organización del sistema volvemos aquí al tema de la *desarticulación*. Fijense, habíamos dicho que en relación con la retórica existe la cuestión de la fragmentación; en cuanto al financiamiento, la segmentación, y en lo organizativo, la desarticulación. Esta última no es más que el funcionamiento en paralelo, y sin ningún tipo de comunicación ni colaboración, de todos los regímenes prestacionales de salud anteriormente mencionados. Es tan grave la desarticulación, que existe el caso de que dentro de un mismo hospital un servicio no se hable con otro, o no tenga conocimiento del servicio prestado por otros departamentos. Mucho menos existe conexión con hospitales de la misma zona, y, ni pensarlo, con un establecimiento de la red de atención primaria. ¿Cómo influye esta desarticulación en la garantía del derecho? Se supone que el Sistema Público Nacional de Salud debería proporcionarle cobertura a 100% de la población, y para ello cada quien tendría que tener su médico de familia, el cual debe estar ubicado en algún establecimiento de la red de atención primaria, puerta de entrada principal al sistema, cuya extensión debe ser suficiente para llegar a todas y todos los ciudadanos, estén dónde estén y vivan como vivan. Porque eso es algo muy importante que quiero decir aquí: cuando hablamos de un SPNS no estamos hablando de medicina para pobres ni de un sistema para los pobres, estamos hablando de un sistema para los ciudadanos y las ciudadanas, sin discriminación. Si algún ciudadano o ciudadana quiere atenderse en el

sector privado, eso es problema suyo, pero el Estado debe garantizar a quien sea, no importa en qué lugar del territorio nacional se encuentre, su entrada al sistema y la resolución de su problema de salud. Repito, es muy importante entender que cuando hablamos de la construcción de un Sistema Nacional de Salud no estamos hablando de un sistema para pobres.

Retomando el problema actual de desarticulación, cuando un ciudadano o ciudadana ingresa hoy en día en un consultorio popular o un CDI y tiene un problema cuya solución escapa a las posibilidades y capacidades de dicho centro, se ve en la obligación de empezar a buscar por sus propios medios, sin ningún tipo de apoyo u orientación, un establecimiento de salud que pueda resolver su problema, causando de esta manera un significativo retraso en la atención, que pudiera resultar en graves secuelas o en la muerte. Existen además consecuencias de orden económico, social y emocional para el paciente y sus familiares. Esta situación de búsqueda individual y anárquica de asistencia, sin ningún tipo de regulación por parte del sistema, es lo que se conoce y se señala en la prensa como “ruleteo”, el cual constituye una violación flagrante del derecho a la salud.

Hay otra cosa que también es importante aclarar. Estamos hablando de un sistema de salud en donde predomine una visión de promoción de la salud, el cual no es un concepto limitado a las medidas de prevención de la enfermedad, sino que busca impulsar medidas destinadas a elevar desde todo punto de vista la calidad de vida de las personas, para hacer de Venezuela un país donde no sólo se dé respuesta al pueblo en la enfermedad, sino donde se establezcan también las condiciones para que sea saludable. La prevención está sujeta y circunscrita a la enfermedad; usted previene con una vacuna tal dolencia, usted previene con tal medida que ocurra un determinado evento, pero la promoción de la salud abarca mucho más, pues está directamente relacionada con la idea de que para lograr desarrollarnos plenamente, se requiere tener garantizada la satisfacción de un conjunto de necesidades tales como alimento, vivienda, educación, seguridad social, afecto, participación, etc.

Otra característica del sistema de salud que proponemos es que debe haber un mayor énfasis en la atención primaria, la cual tiene que estar lo suficientemente fortalecida y acondicionada para resolver 80% de los problemas que se presenten en salud, porque, aun con todo lo hecho por Barrio Adentro, el esfuerzo es todavía insuficiente. Además, en esta coyuntura se está presentando la existencia de muchos Consultorios Populares carentes de personal médico. Es una situación preocupante en escala nacional, puesto que pensábamos que nos habíamos acercado bastante a la solución del problema de la atención primaria con el contingente de médicas y médicos cubanos, y resulta que ahora nos encontramos con la realidad de que muchos de estos Consultorios Populares se encuentran sin prestar servicio, tornando la solución en atención primaria aún más incompleta. Pero esto no se acaba aquí todavía, pues existe mucha deuda. Se puede decir que vamos a estabilizar la atención primaria de salud sin pensar que todavía van a existir 20% de casos que no podrán ser resueltos allí y, por lo tanto, la necesidad de asistencia se transfiere a los centros hospitalarios que tengan una mayor capacidad resolutoria de problemas.

Hablar de sistema de salud implica resolver el problema en todas las redes, en la de atención primaria, en la ambulatoria especializada y en la de hospitalización, porque cada una de ellas juega un papel fundamental y específico dentro de la garantía del derecho. Además, cabe destacar que en el mundo entero se van resolviendo las necesidades de atención cada vez más en el nivel de la red ambulatoria especializada; cada vez hay mayores exigencias y las cirugías más complejas se resuelven a nivel ambulatorio; cada vez se acercan más a las comunidades las altas tecnologías diagnósticas, como los CDI, por ejemplo, pero aun así tenemos que tener completamente desarrollada y equipada la red de hospitalización, pues existen cuadros médicos que sólo pueden ser solucionados en dicha red. Se trata simplemente de prestar a cada necesidad de asistencia el servicio que le corresponde. Asimismo, cada una de esas redes debe además estar transversalizada con la red de urgencias, puesto que las emergencias se presentan en todos los niveles resolutorios.

En este punto, entre paréntesis, es imperativo señalar que actualmente las redes de atención son un laberinto con insuficiencias y deficiencias de todo orden. Faltan muchísimas camas de terapia intensiva para adultos y niños, están dañados gran cantidad de resonadores, tomógrafos y ecógrafos de última tecnología y hay largas listas de espera para intervenciones quirúrgicas, tratamientos oncológicos y evaluaciones especializadas, entre muchas otras dificultades.

Por tanto, retomando lo anterior, para poder solventar dichas dificultades y hablar de un verdadero sistema, es de vital importancia que, entre otras medidas, esas redes se articulen y comiencen a trabajar en colaboración y comunicación. Para ello existen mecanismos como el sistema de información, el sistema de referencia y contrarreferencia y las centrales de regulación.

El sistema de información debe asimismo unificarse, al contrario de lo que sucede ahora, debido a que los regímenes prestacionales de salud tienen también sistemas de información que son incompatibles entre sí; pues sólo de esta manera se puede manejar de manera acertada y coherente la información requerida, lo cual va a permitir una oportuna y eficaz toma de decisiones.

Por otro lado, el sistema de referencia y contrarreferencia no existe en la actualidad en Venezuela, y se trata de un sistema que permite la comunicación entre médicos y médicas de diferentes redes, para lograr así darle preciso cuidado y seguimiento a los pacientes que deban ir de una red a otra, teniendo siempre como punto de partida y de retorno al operador médico de familia o médico general integral, el cual debe estar al tanto, en todo momento, de la situación clínica de su paciente; y la contrarreferencia, proveniente de las otras redes de atención, es el instrumento que va a transmitir dicha información.

Por último, las centrales de regulación van a facilitar la articulación e integración entre los diferentes componentes del sistema, asumiendo el deber de regular todas las redes y líneas de atención y direccionar con prontitud y eficiencia la distribución y acceso gratuito a los servicios y re-

cursos disponibles, para atender 100 % de las necesidades de salud de la población. Todo esto fundamentado en los principios de equidad y universalidad.

Ahora bien, el ámbito de la gestión y formación de la fuerza de trabajo, del talento humano, es un asunto grave. Presenta dos grandes problemas. Primero, la evasión o fuga constante de personal calificado en doble dirección: hacia el Exterior, para prestar servicios allí dejando desasistido nuestro sistema público de salud, un problema que afecta a buena parte del planeta, p. e., de América a España, de España a Inglaterra y de allí a los países escandinavos; y del sector público al privado, buscando, entre otras cosas, mejorar sus condiciones laborales. En la red ambulatoria del área metropolitana de Caracas han renunciado aproximadamente unos 200 médicos en los últimos tiempos.

El otro problema es el de la formación de especialistas. En los últimos tres años, por ejemplo, en Caracas no se formó ni un neonatólogo (especialista para atender recién nacidos). Soy pediatra de base, y cuando empecé mis estudios recuerdo que éramos 500 concursantes y había 50 cargos. Hoy en día, la demanda para estudiar pediatría es mínima, tan mínima, que estamos teniendo problemas en el área. Lo mismo ocurre en especialidades como anestesia, terapia intensiva, radiología y medicina interna.

El inconveniente de la fuerza de trabajo en la salud es un tema complejo, porque es un problema de gestión, distribución y financiamiento. ¿Cómo estamos distribuidos? ¿Cómo es la gestión del trabajo? ¿Cómo esta organizada la hora de trabajo? ¿Cuánto es el salario? ¿Cuáles son las condiciones laborales? Todos los actores involucrados, dejando totalmente de lado las posturas personales, tendrían que discutir estas interrogantes, y desarrollar una política de talento humano que reivindique a los trabajadores de la salud y también organice la fuerza laboral en pro de instalar una nueva institucionalidad para brindar respuesta adecuada a las necesidades de la población. Esto no se resuelve de un día para el otro, pero es estructuralmente uno de los problemas que se deben abordar con mayor rapidez y voluntad. Por eso una de nuestras líneas de investigación apunta en tal dirección.

Un tema agudo, y que a mi entender constituye uno de los factores que con mas fuerza se oponen a la construcción de un SPNS, es el de los medicamentos. Con el paso del tiempo y el esfuerzo promocional de los laboratorios farmacéuticos los medicamentos han pasado, de ser bienes esenciales a simple objetos de consumo. La industria farmacéutica es el negocio legal más rentable del planeta. Existen evidencias de que se inventan enfermedades para crear nuevos mercados y convertir en pacientes a ciudadanos y ciudadanas sanos; de que se manipulan casos clínicos a favor de los laboratorios, se vence la voluntad de muchos médicos y médicas mediante la promoción, se controla a trabajadores rebeldes y medios de comunicación y se espía a ciudadanos a través de las recetas médicas; y son evidentes las consecuencias humanas de la desigualdad del abastecimiento que promueve el mercado, así como los manejos de la industria para intentar desplazar la alternativa que representan los preparados genéricos. Hoy día muchos ciudadanos y ciudadanas deben comprar sus medicinas porque el sistema actual no los protege. Garantizar el acceso universal a medicamentos seguros, eficaces, de calidad, de bajo costo y que sean utilizados racionalmente por toda la población, es un objetivo primordial de nuestro proceso revolucionario y por tanto un tópico que debe ser enfrentado.

El proceso de transformación de la situación actual requiere espacios cada vez menos hegemónicos que estén alineados con el imperativo ético de responder a las necesidades sociales. Hay dos actores claves en este proceso: 1) el Estado, que en ejercicio de su papel rector legitimado por el poder popular y por las instituciones que lo conforman, profunde los logros sanitarios alcanzados hasta hoy y cumpla con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, cuya deuda es ya de 10 años e incluye la promulgación de una Ley de Salud sustentada en los principios constitucionales. 2) el pueblo soberano, que construya día a día nuevos espacios de participación, fortaleciendo la exigibilidad del derecho a la salud para todas las venezolanas y todos los venezolanos.

Bajo esta premisa se ha establecido un convenio entre Moscavis y el CIM para desarrollar varias líneas de investigación agrupadas en tres ámbitos:

I.- Análisis de la situación de Salud, de la calidad de vida y de la garantía del derecho:

- El sistema de protecciones sociales como marco para el abordaje sistémico de los derechos, y su sostenibilidad política, económica y social.

- Análisis y construcción de las políticas públicas y su configuración programática, en términos de transectorialidad y distancia entre necesidades sociales y ofertas, mediante planeación y programación orientadas por la estrategia promocional de la equidad en calidad de vida en los territorios/poblaciones.

- Monitoreo y análisis de los resultados de las políticas públicas en cuanto a equidad en la calidad de vida y salud de las poblaciones en los territorios, y su impacto en términos de la estructura de las clases sociales en Venezuela. Observatorio de la equidad en calidad de vida y políticas públicas.

II.- Políticas de Salud: Nueva institucionalidad en Salud, posibilidad de emerger un nuevo quehacer en la Salud Pública:

- Dinámica y necesidades de la fuerza de trabajo en salud – gestión, atención y apoyo y sus desafíos en la trayectoria de la construcción del SPNS. Observatorio Nacional Alternativo de la Fuerza de Trabajo en Salud.

- Dinámica económica y financiamiento de las políticas sociales y de salud como componente del sistema de protecciones sociales y la organización de las relaciones estatales y privadas desde la óptica del sistema público.

- Construcción de parámetros de cobertura y calidad referentes a la atención en salud dentro del marco de un sistema de protecciones sociales, desde la perspectiva territorializada de redes, líneas y jerarquías de atención.

- Sistema de información necesario para la conquista de la equidad en calidad de vida, mediante la gestión y atención de la salud en el marco

de un Sistema Público Nacional transparente y orientado a la construcción del poder popular.

- Soberanía tecnológica y capacidad de producción y gestión logística de insumos y equipamientos frente a las exigencias de la construcción del SPNS.

- Acción pública, costos, auditoría, control, evaluación, macrorregulación y regulación operacional del sistema de salud como sistema público, abarcando entes estatales y privados.

III.- Participación y Poder Popular en Salud:

- Estructura de gestión, poder y participación popular en políticas sociales y de salud en las instancias de gestión del SPNS, en el marco del federalismo venezolano y las tensiones entre centralización y descentralización.

- Planificación participativa, en los diferentes espacios y niveles de gestión del SPNS y hacia la contraloría social en todos los establecimientos y niveles de gestión.

En conclusión, la construcción del Sistema Público Nacional de Salud no puede llevarse a cabo sin una sincera voluntad política y una sólida conciencia ciudadana, la cual debe estar fundamentada en la asunción de la salud como derecho inalienable que estamos en posición de exigir. El pueblo debe asumir un papel protagónico en la construcción, fortalecimiento y defensa del Sistema Público Nacional de Salud, porque nos encontramos ante una lucha de carácter ideológico entre una visión humana-socialista y la mercantilización deshumanizada de la salud. Nos enfrentamos a enormes intereses económicos, representados por la industria farmacéutica, las transnacionales de tecnología médica, el sector privado de salud, la industria de la construcción y algunos burócratas tarifados cómplices de que nos hallemos en esta situación tan crítica y apremiante. Si usted ha visitado un centro privado de salud o se ha visto en la necesidad de comprar medicamentos, podrá hacerse una idea relativa acerca de cuánto dinero estamos hablando.

La Salud como derecho*

Podría resumir esta presentación diciendo que la salud es un derecho, que está consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos y también en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, teniendo entonces categoría de derecho constitucional y por tanto, todos y todas tenemos derecho a su disfrute, y podríamos utilizar numerosos recursos legales para ello.

Pero llegar a esta conclusión demandó muchos años de esfuerzos por parte de múltiples actores no solo del campo de la salud sino también del campo de los derechos humanos. Cada una de esas palabras, SALUD, DERECHO, SALUD como DERECHO, y las obligaciones que resultan de su consagración como tal, han sido y siguen siendo objeto de debates desde distintas áreas disciplinarias y diversas corrientes políticas. Por ese motivo, estos conceptos son polémicos, abiertos y en permanente construcción.

¿Qué es el derecho humano a la salud?

Podríamos definir primero ¿qué son los derechos humanos? Conceptualmente los derechos se definen como aquellas garantías que el hombre posee por el hecho de ser humano, inherentes a la persona, por tanto

*Conferencia dictada en el foro Movimientos Sociales, Ciudadanía y Derecho a la Salud: Algunas Experiencias Latinoamericanas. Centro Internacional Miranda, Caracas, 22 de octubre 2009.

se proclaman sagrados, inalienables, imprescriptibles; son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico: Ellos no son mandatos principalmente ‘legales’, ‘proto-legales’ o ‘legales-ideales’, están especialmente en el ámbito de las demandas primordialmente éticas”. Aunque los derechos humanos puedan, y con frecuencia lo hacen, inspirar la legislación, éste es un hecho posterior, más que una característica constitutiva de los derechos humanos.

Dentro de las características de esos derechos humanos: se destaca el carácter universal de los derechos y su correspondencia a cualquier hombre o mujer sin importar el lugar o el tiempo de su ubicación; su inclusión en las constituciones los convierte en derechos del ciudadano de un Estado concreto; su carácter positivo, porque se entiende que los Derechos Humanos no sólo serán proclamados sino protegidos de un modo material, incluso contra el propio Estado que los viole; el carácter de exigibles ante el Estado por parte de todos los ciudadanos y ciudadanas. Esta exigibilidad es promovida por la sociedad – ciudadanía quien exige al Estado el cumplimiento de las garantías vinculadas con la vida digna. La indivisibilidad es que no se puede tener ‘medio derecho humano’, no se puede cumplir una parte sí y otra parte no. Luego la interdependencia que cada uno tiene con otros derechos humanos; o sea, que los derechos humanos, hay unos que dan pie para que se materialicen otros derechos humanos, y así cada uno está interrelacionado con otro. La obligatoriedad; es decir que los Estados, que son los garantes de los derechos humanos, tienen la obligatoriedad de garantizarlos, de hacerlos cumplir.

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

En segundo orden de ideas debemos rastrear los intentos de definir qué se entiende por *salud*. Una mirada sobre la legislación sanitaria y los textos académicos de los últimos cincuenta años permite identificar más

de una variadísima cantidad de definiciones, desde las más simples, como aquella que dice que “salud es la ausencia de enfermedad”, pasando por aquella que recoge el preámbulo de la Organización Mundial de la Salud que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad” y llega hasta una más completa e integral que ubica la salud como un producto social y por tanto identifica sus determinantes sociales, la exposición de la sociedad al impacto de esos determinantes, la caracterización y cuantificación del daño causado y las consecuencias de ese daño; lo cual implica, a su vez, reconocer que para alcanzar salud como derecho pleno tenemos que configurar políticas que afecten tanto esos determinantes cuanto el alcance de sus daños y consecuencias.

Esto es muy importante, cuando hablamos de salud como producto de la determinación social, estamos diciendo que salud no es sólo un problema de prestación de servicios. Y eso es algo que debemos todos y todas manejar: la prestación de servicio es parte de la garantía del derecho a salud, pero la prestación de servicio sola no es la salud. La salud, es una necesidad social y al analizarla nos damos cuenta que es un proceso que se encuentra determinado por condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales, culturales y espirituales; que a su vez están determinadas por la alimentación, educación, empleo, hábitat y ambiente, acceso a bienes y servicios esenciales (agua potable, red sanitaria, electricidad, transporte, recolección de desechos sólidos), infraestructuras básicas, telecomunicaciones, deporte, recreación, cultura, vivienda, tecnología, seguridad social.

Creo que hay un concepto que define a la salud de esta forma integral y amplia es el concepto de salud de Salvador Allende:

La salud la concebimos como un proceso dialéctico, biológico y social producto de la interacción del individuo con el medio ambiente, influido por las relaciones de producción en una sociedad dada que se expresa en niveles de bienestar y de eficiencia física, mental y social. La salud es un problema de estructura económica

y social, de niveles de vida y de cultura. Solo el gobierno popular que construirá una sociedad socialista, podría solucionarlo integralmente*

Queda claro entonces, que la salud va más allá de la ausencia de enfermedad, de la prestación de servicios, de los médicos y médicas y que solo en un Estado de justicia social podemos garantizarla de forma universal, integral y equitativa.

Toda esa determinación de la salud hace que hablemos de otro concepto, que también es muy importante que tengamos en el tapete, que es el concepto de la calidad de vida. Cuando nosotros hablamos de salud como un concepto *producto de la determinación social*, hablamos de calidad de vida, entonces entendemos que para modificar la salud necesitaríamos intervenir todos los determinantes sociales. Para que haya un cambio estructural en salud, no basta con arreglar o pintar los servicios, o adquirir equipos para los entes prestadores de salud; sino que nosotros tendríamos que ver como construimos políticas públicas de salud que influyan, modifiquen o transformen los determinantes sociales de salud para tener realmente una población sana.

En cuanto a la Salud como derecho humano, que suena como algo simple, cotidiano lógico, es en realidad un logro político que ha tenido innumerables dificultades.

Primeramente, la salud tiene la característica de ser por un lado un derecho en sí mismo y por el otro, ser condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente como en éste, ya que a la vez, la salud depende de otros derechos. De acuerdo con nuestro concepto de salud, las condiciones de salud de una persona varían según la vivienda que habitan; el ambiente en que vive; el acceso a alimentación, al vestido, al agua adecuada; su inclusión en el deporte, la cultura y el trabajo. A su vez, cada una de estas necesidades sociales se contemplan como

*Allende, Salvador: La realidad social chilena, Santiago de Chile, 1939. Véase en: "www.medicinasocial.info76", volumen I, número 3, diciembre 2006.

derechos en nuestra Carta Magna y si cada uno de nosotros y nosotras, las asumiéramos, conscientemente, como derechos, tendríamos un sistema de protección social que nos permitiría a todos y a todas alcanzar en la realidad esa suma de suprema felicidad posible, que es parte de nuestro objetivo como nación.

Ahora bien, no siempre la salud fue considerada un derecho. En realidad, el tema de la salud como un derecho, ha costado gran cantidad de discusiones a través y a lo largo de la historia. Una evidencia de las dificultades para consagrarlo como tal, lo da el hecho de que cuando hubo que plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se los dividió en dos pactos: por un lado los derechos civiles y políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por el otro los derechos económicos, sociales y culturales, (dentro de los que se encuentra la salud) a los que el Estado debe proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

Esta perversa división no podría entenderse si no se la inscribe en el marco del debate político que se daba en esos años, en plena guerra fría, entre el bloque occidental, liderado por Estados Unidos y el bloque representado por la Unión Soviética. Así, mientras el primero abogaba por los derechos civiles y políticos, ligados al eje de las libertades, la segunda exigía como prioritarios los derechos económicos y sociales, ligados a las necesidades, como educación, salud, vivienda, tildados de derechos caros, porque en su mayoría requieren inversiones estatales para su cumplimiento. Significa que cuando decimos que la salud es un derecho también decimos que ese derecho tiene que responder a las necesidades sociales. Cuando nosotros y nosotras en nuestras comunidades tenemos una necesidad, tenemos el derecho a que esa necesidad sea evaluada y se logre establecer la respuesta para esa necesidad. Esta disputa se prolongó durante varios años y finalizó en 1966 con la firma de dos pactos separados, con distinta eficacia y obligatoriedad. Debido a ello, los derechos civiles y políticos son inmediatamente exigibles y obligatorios; mientras que respecto de los

derechos económicos, sociales y culturales, los Estados deberán “adoptar medidas” para que “en forma progresiva” y “en la medida de los recursos disponibles”, puedan implementarse.

En el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC-1966) se concibe los derechos como integrales, interdependientes y progresivos y como garantes de la dignidad humana en el marco del desarrollo social, y hace énfasis en la necesidad de crear condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales, y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos. Los DESC se refieren al derecho a la educación, la salud, la vivienda, el vestido, la alimentación, la recreación, la cultura y al medio ambiente sano.

En esa batalla, llegamos a la República Bolivariana de Venezuela y, en realidad, es un gran triunfo que nosotros y nosotras que en nuestra Constitución, se establezca que la salud es un derecho. En nuestra Constitución, primero se establece que este país es un Estado de derecho, ya desde el artículo número dos. Pero además, particularmente en salud, hay tres artículos (83,84 y 85) que definen que la salud es un derecho, que es obligación del Estado garantizarlo, que el Estado tiene que hacerlo a través del financiamiento por la fiscalidad -otro tema muy importante de discutir-y que para cumplirlo debe construirse el Sistema Público Nacional de Salud. Además en estos artículos, se dice otra cosa muy importante, que es la participación. Establece que las comunidades deben participar no solo en recibir los beneficios del derecho, sino en construir, discutir, evaluar, monitorizar las políticas públicas que desde este SPNS van a responder a los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas en materia de salud.

Nuestra Constitución establece la participación en muchísimos artículos, prácticamente es transversal en toda la Constitución. El artículo 62 establece francamente lo de la participación, donde todos y todas tenemos una participación protagónica, no representativa como en la Constitución de 1961, pero además esa participación se materializa en casi todo el articulado de la Constitución y la establece como primordial en todos los procesos de construcción, de transformación, del Estado capitalista hacia

un Estado socialista, un Estado de derecho, un Estado de justicia social. Y eso es un tema muy importante.

Finalmente, en el proceso de avance en la garantía de los derechos aparece la equidad, como la manera de responder a las necesidades de todas y todos, considerando las diferencias de unos y otros, en el marco de respuestas proporcionales y múltiples - no uniformes - a dichas necesidades, como una forma de concretar tanto la justicia como el reconocimiento de la diversidad, superando las distancias o diferencias inaceptables / injustas en relación a las garantías para una vida digna.

Al hablar de las diferencias injustas y evitables se coloca en el centro el reconocimiento de que dichas diferencias no son “naturales” ni circunstanciales, sino que son el resultado de la estructura de relaciones sociales, que condiciona la posición de unos y otros en la escala económica y social. Este componente tensiona al interior de la sociedad las valoraciones que definen una situación o condición de desigualdad como algo “normal” y por tanto “no modificable”, cuando esta misma circunstancia ya no es aceptable por otras sociedades.

Por tanto, la Inequidad no es sinónimo de desigualdad, porque algunas diferencias, por ejemplo la expectativa de vida entre mujeres y hombres no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles.

Políticas Públicas y garantía del derecho a la salud

Podemos decir que las políticas públicas son el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del gobierno que ya sea por necesidad social, interés del grupo político o de sentido político, pretende generar el bien común. Es una forma como el Estado puede resolver, puede redistribuir el ingreso. O sea, las políticas públicas permiten ir subsanando cada una de las necesidades que la población tiene.

Las necesidades sociales están en la base de las políticas públicas, ya que estas últimas son la respuesta gubernamental a las demandas sociales

vinculadas con dichas necesidades. Así el Estado mediante diferentes iniciativas, decisiones y acciones, incide, direcciona, busca resolver o transformar los problemas sociales.

En el marco de las políticas públicas aparecen las Políticas Sociales como un grupo de políticas públicas dedicadas a responder de manera directa en el bienestar de los ciudadanos mediante el suministro de servicios o recursos. Son instrumento del Estado, que de esta forma redistribuye el ingreso, por tanto deben cumplir una función de compensar las desigualdades sociales y en particular de aquellas que son generadas por el desarrollo de la economía capitalista. Esas políticas sociales son muy importantes porque vienen a incidir en un problema que tenemos en todas nuestras sociedades que son muy desiguales y del cual hablamos antes: el problema de la inequidad. Las políticas sociales las tienen el Estado como el mecanismo para ir disminuyendo la brecha entre los que más tienen, los que están mejor posicionados en la sociedad y los que menos tienen, los que en realidad tienen muchos déficits, muchas carencias. Esas brechas se van cerrando en la medida en que vamos haciendo políticas públicas sociales que tienen puestos los lentes de la equidad. La equidad permite ejecutar un principio socialista que es “a cada cual según su necesidad”. La construcción de políticas sociales nos acerca a la garantía del derecho. La política pública no es esencialmente, una decisión de los especialistas, es producto de la intervención de grupos de interés que inciden en su formulación, de allí la importancia de la participación protagónica de todos y todas en la construcción de esas políticas públicas.

Fíjense, qué ha pasado aquí en Venezuela en el transcurso de todo estos tiempos de revolución, existen políticas públicas que el gobierno ha implementado con esa finalidad que les estoy diciendo, la finalidad del bien común, de ir disminuyendo las brechas de inequidad. Dentro de estas políticas sociales han estado la Misión Barrio Adentro, la Misión Milagro, la Misión Mercal, la Misión José Gregorio Hernández, la Misión Negra Hipólita, entre otras. Todas esas son políticas tendentes a ir resolviendo los problemas de inequidades que existen en el país. Son sin dudas, políti-

cas absolutamente necesarias en el momento que fueron implementadas. Por ejemplo, no es desconocido, que existía un porcentaje altísimo de la población, absolutamente desasistida, sin cobertura de salud, y que con la Misión Barrio Adentro y la presencia de los médicos y médicas cubanas a los barrios de todo el país, se logra acercar esa población absolutamente excluida, al acceso a los servicios de salud, ahora bien, por qué hoy en día seguimos sintiendo que en salud no tenemos respuesta concreta, porque seguimos saliendo todos los días en los periódicos con problemas como el “ruleteo”, ¿por qué tenemos grandes filas para resolver problemas quirúrgicos?, ¿por qué se cierran terapias intensivas? ¿Por qué tenemos todo estos problemas?

Es allí, entonces donde tenemos que analizar, primero, que las políticas públicas sociales tienen que ser transectoriales; es decir, tiene que haber una articulación entre todas estas políticas públicas que permitan realmente, con una visión integral, dar respuestas completas. Después, tenemos que analizar en profundidad los problemas en el sistema de salud. Problemas que no pueden ser obviados cuando todas y todos seguramente tenemos un conocido, un hermano, un primo, la abuela, la tía, alguna persona que seguramente ha tenido alguna dificultad en recibir un servicio de salud.

Así vamos a tres grandes problemas en lo macro. En la exposición de hoy no vamos a hacer el análisis en profundidad de estos problemas del sistema de salud, pero no puedo dejar de mencionarlos porque necesitamos entender que las políticas públicas que debemos construir todas y todos y por las cuales debemos movilizarnos tienen que tomar en cuenta tres grandes problemas estructurales que tiene el sistema de salud, que deben ser abordados y que deben discutirse en todos los espacios.

El primer tema, es el tema de la fragmentación. Tenemos un Estado fragmentado en su totalidad, de allí que todas estas misiones, que son misiones todas tendentes a la solución de problemas sociales, están desarticuladas. Cada una va por su lado, cada una agarra su pedacito y al final tenemos respuestas insuficientes para las necesidades. Pero, además,

la fragmentación en el sistema de salud es grave y tenemos una fragmentación que significa que por un lado está el Ministerio del Poder Popular de la Salud, por otro lado tenemos los servicios del Instituto Venezolano de Seguros Sociales, por otro lado tenemos Sanidad Militar, tenemos el IPASME, tenemos Barrio Adentro que pasó de ser una política social a convertirse en otro subsistema. Entonces tenemos una cantidad de subsistemas, o de regímenes prestacionales de salud, cada uno con una rectoría en su cabeza, cada uno con unas políticas en su cabeza, cada uno actuando de manera desarticulada. La unicidad del sistema es absolutamente indispensable para lograr dar respuestas coherentes, para lograr dar respuestas universales, integrales y equitativas. Tiene que haber un *sistema único* público de salud.

El segundo problema que tenemos es el de la segmentación, cada uno de esos subsistemas tiene su financiamiento particular. Una cantidad de dinero para Barrio Adentro, una cantidad de dinero para el Seguro Social, una cantidad de dinero para el Ministerio de Salud, una cantidad de dinero para cada uno de esos subsistemas que, al final, es muchísimo dinero porque nunca antes en este país se había invertido tanto en salud, pero que, al estar segmentado de esta manera, no logramos que ese dinero sea distribuido de manera equitativa y permita establecer políticas que respondan a las necesidades de la gente.

El otro problema es el de la desarticulación. Miren, así tenemos nuestro “sistema”, que en realidad no es un sistema, porque tenemos cantidad de establecimientos de salud, cada uno con una rectoría diferente, cada uno en una locura, como miles puntos en un firmamento, sin ningún tipo de articulación.

Cuando la gente se para frente a nuestro sistema de salud, se encuentra con un laberinto, que no le permite saber hacia dónde va a agarrar, ni qué hacer con el problema que en este momento tiene. Eso es el problema que surge cuando vamos a Barrio Adentro, salimos con una solución de Barrio Adentro, cuando el nivel resolutivo de Barrio Adentro no nos permite tener una respuesta a nuestro problema, entonces salimos con un

papelito debajo del brazo a tocarle la puerta a todos los servicios de todas estas entidades -Seguro, IPASME, Sanidad Militar- y no encontramos respuesta, y es lo que se llama el ruleteo, que, además, es una violación flagrante del derecho.

La resolución de estos problemas ameritan la construcción de políticas públicas con un enfoque de derechos ¿Y qué significa esto? que se debe reorientar el modo de producir respuestas, haciéndolas regulares, suficientes, integrales y equitativas, buscar unir esfuerzos colectivos para materializar proyectos de acuerdo con necesidades, responder a las necesidades sociales con universalidad y equidad y construir una nueva institucionalidad pública que permita y contribuya con los cambios necesarios. La realización de los cambios que necesitamos, pasa necesariamente, indispensablemente por la construcción de una nueva institucionalidad pública. En todos estos aspectos es fundamental y protagonista el poder popular que se expresa a través de su participación.

La Participación y la garantía del derecho a la salud

La participación social es entonces el medio por el cual los individuos construyen la sociedad que desean. De éste modo la participación se convierte en un dispositivo de la acción social en la construcción de ciudadanía. La participación es la posibilidad de reconocer a los sujetos como actores sociales; más allá de sujetos de derecho son sujetos políticos, lo que los configura en sujetos de poder, en tanto tienen la potestad de transformar la esfera pública, es decir, cuando somos actores políticos, tenemos poder, y ese poder nos da la capacidad de incidir sobre la transformación de la sociedad en la que vivimos. Es así como la democracia se logra a través de la acción, de la participación de la gente en los procesos de desarrollo social, de la consolidación de la identidad colectiva, para mejorar la calidad de vida y conseguir una sociedad más justa para todos y todas.

Desde la estructura de la participación es necesario dar cuenta de los marcos legales y políticos que condicionan cada uno de los espacios y procesos de participación activa, donde las comunidades organizadas

buscan desplegar sus estrategias de la mano de las instituciones y otros actores, a fin de consultar, discutir, sugerir, concertar, negociar, construir una visión común de necesidades y posibles soluciones, para al final, tener injerencia efectiva y evaluación en las decisiones sobre la construcción de lo público, buscando incrementar los niveles de la calidad de vida, y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos integrales de todos y todas las ciudadanas y habitantes de sus territorios.

No puedo terminar sin antes decir que en Venezuela tenemos un ordenamiento jurídico que nos permite la participación -ya he venido hablando de todos los artículos que en la Constitución nos evidencian eso- pero sin dudas, en el sector salud tenemos una muy particular deuda que es la inexistencia de una Ley de Salud acorde con los preceptos constitucionales. Es muy importante que en todos los debates, además de discutir sobre el sistema, el cómo es, como funcionaría, como se articula, vayamos paralelamente debatiendo cómo debería ser una Ley de Salud que plasme lo que estamos trabajando, como, por ejemplo, la construcción de un sistema público único, universal, equitativo, integral, que responda a las necesidades de la gente. Es decir, un sistema justo para todas y todos los ciudadanos independientemente de su clase social, de su etnia, de su edad... etc.

No voy a disertar sobre todo lo que debería y no debería tener una ley de salud para la República Bolivariana de Venezuela, pero voy a tocar tres puntos que considero fundamentales en el marco de este evento.

El primero de ellos: ¿Cuáles serían los principios rectores que a nuestro juicio debería tener nuestra ley de salud?:

- *Debe estar en armonía con la Constitución (SPNS).
- *Debe fortalecer la rectoría del Estado.
- *Debe fortalecer la posición del Ejecutivo en sus relaciones con los prestadores de servicios de salud del sector privado.
- *Debe ser de construcción colectiva.
- *Debe tener un enfoque integral y sistémico.

En segundo lugar, ¿Cómo ha de ser la Participación Ciudadana en el SPNS?

Proponemos se creen los consejos de calidad de vida y salud en cada nivel territorial para la participación ciudadana en el Sistema Público Nacional de Salud, que Interactuarán con las unidades administrativas del Sistema Público Nacional de Salud de su respectivo nivel territorial.

Cada consejo de calidad de vida y salud estará constituido por: La comunidad organizada; los trabajadores de salud; los formadores en salud y prestadores de servicio, incluyendo a aquellos prestadores que reciban recursos del Estado; el poder ejecutivo del nivel correspondiente.

Tercero: ¿Cuáles deberían ser las instancias de participación y decisión del poder popular en el SPNS?:

En esta Ley las instancias de participación debe estar claramente definidas, con su carácter protagónico, establezcan cuáles son los espacios de diálogo, cuáles aquellos en los cuales vamos establecer la dialéctica con el Estado para construir las políticas públicas. El asunto es que la Revolución no puede avanzar sin que existan los espacios públicos de diálogo, de discusión, dirigidos a enriquecer las políticas públicas que transformen la sociedad. No basta con decir “vamos a tener comités de salud”, ¡no! ¿Cómo estos comités de salud se van a relacionar con el Estado? ¿Cómo van a dialogar con él? ¿Cómo se va establecer la dialéctica entre los comités de salud, o los comités de calidad de vida y salud, con un Estado que debe construir una nueva institucionalidad capaz de permitir esa discusión, así como el diseño desde la bases de políticas públicas con enfoque de derecho? ¿Cómo esa nueva institucionalidad establecerá claramente los espacios para ese diálogo? Esto debe quedar explícito en la ley.

Finalmente, esperamos que de este evento podamos sacar una declaración que sugiera a las autoridades la necesidad de participación real y protagónica en las discusiones para construir un SPNS y la Ley de salud de acuerdo con el mandato de la Constitución Bolivariana.

Y con eso termino, buenas tardes.

¿Qué hacer?*

Una revolución consiste en hacer realidad la dialéctica de la superación de las contradicciones y problemas que persisten en la construcción de una nueva sociedad, garantizando la trascendencia de los aspectos y momentos positivos que se vayan identificando y construyendo en el transcurrir de la práctica que se adelanta. O, dicho de otro modo: un proceso revolucionario supone la apropiación y consolidación de los aspectos positivos y el reconocimiento y desecho de los negativos que puedan subsistir en un momento determinado. Solo al identificar las múltiples determinaciones que conforman la realidad estaremos en capacidad de plantearnos las políticas adecuadas para enfrentar carencias y errores, transformarlas de manera radical y legitimar socialmente las medidas y soluciones implementadas, garantizando su trascendencia histórica.

En materia de salud pública nadie puede negar, en primer lugar, que desde la llegada de Hugo Chávez al poder en Venezuela hemos tenido indudables avances: las bases del texto constitucional y el ordenamiento del Complejo de Atención Primaria, vía Barrio Adentro, las misiones Milagro, Sonrisa, José Gregorio Hernández, Mercal y Negra Hipólita; el suministro gratuito de retrovirales para los ciudadanos y ciudadanas con VIH/SIDA, y de tratamientos oncológicos de alto costo para pacientes con cán-

*Ensayo escrito en el contexto de las reflexiones y discusiones con el colectivo MOSCAVIS. Abril de 2010.

cer, por ejemplo, son conquistas indudables. En cuanto a la infraestructura física, también ha habido un avance dentro del proceso revolucionario, la construcción de Consultorios Populares, Centros de Diagnóstico Integral (CDI), los Centros de Alta Tecnología (CAT), las Salas de Rehabilitación (SRI), las clínicas populares, el hospital cardiológico infantil, la construcción de la planta de vacunas; en materia de talento humano, las defensoras de la salud provenientes de las comunidades, que se han estado formando para atender desde los consultorios populares; los odontólogos y odontólogas, la formación de médicos integrales comunitarios, médicos generales integrales, son expresiones de logros que el proceso revolucionario ha obtenido durante estos años. Todas políticas tendentes a ir resolviendo los problemas de inequidad existentes en el país, sin duda absolutamente necesarias en el momento en que fueron implementadas.

Pero, en segundo lugar, resulta necesario reconocer la pervivencia de factores que afectan aún la integralidad y por tanto la eficiencia de la atención en el área de salud. Es probable que el más destacado sea la subsistencia de un sistema que encuentra en la atención especializada y de urgencias complejas dentro del ámbito del hospital, su solución óptima; o, también, de un sistema que propende al fortalecimiento del sector privado de salud, mediante la canalización de un flujo desmesurado de recursos públicos no regulados o normados hacia sus predios, con la promesa de prestar una atención especializada de mejor calidad y con mayor rapidez que en el sector público, pero que en la realidad tan sólo se distingue por el oropel hotelero y la voracidad con que se traga los recursos financieros del Estado y recicla a los pacientes a un sector público de salud disminuido, porque la mayor parte del presupuesto se destina a su némesis privado.

Dicho de otro modo: el proceso que en Venezuela ha destacado la necesidad de marchar al socialismo manifiesta en la realidad concreta del área de salud una profunda contradicción con esa perspectiva, pues ha tendido hasta ahora a fortalecer la empresa privada y a guiarse por una dinámica de mercado, manteniéndose dentro de la concepción neoliberal, negadora del derecho a la salud. Así se ve en la insuficiencia de terapias

intensivas públicas y en la demanda a los pacientes de compra de elementos para su cuidado (v. gr. material de osteosíntesis), disfrazando de esta manera el cobro por la prestación del servicio de salud, en discrepancia con el principio constitucional de gratuidad y en detrimento paradójico de los más humildes.

Este proceso de financiamiento del sector privado por el Estado venezolano se evidencia en la situación calamitosa en que se encontraban los diversos subsistemas públicos de salud al momento de triunfar electoralmente el presidente Chávez, así como en el hecho de que la política de estimular su deterioro continuo, seguida por los gobiernos neoliberales, había facilitado la instauración de los “HCM” como norma reivindicativa en todos los contratos colectivos del país. Ese proceso de desprestigio y destrucción paulatina pero inexorable del sector público de salud, creó las condiciones para que desde el propio gobierno revolucionario se haya dirigido un monto presupuestario igual o superior al destinado al sector público, hacia los mismos responsables de que exista una deuda histórica en la operación y mantenimiento de servicios y hospitales públicos: los mercaderes de la desgracia popular, los “empresarios” de la salud.

Por otro lado, esta situación general del sistema de salud venezolano incluye una crisis de particular relevancia en el área de los recursos humanos del sector; crisis creada y estimulada, históricamente hablando, por los mismos personajes identificados arriba, pues son esos actores los principales promotores y beneficiarios desde hace muchos años de una escandalosa brecha salarial y de condiciones laborales entre el sector público y el privado, brecha que es la principal generadora del éxodo masivo de profesionales, especialistas de diversas ramas de la medicina, del sector público al privado radicado en Venezuela o hacia el Exterior.

Paradójicamente, este enorme traspaso de recursos financieros, materiales y humanos no se ha traducido en la conformación de un subsistema eficiente en lo gerencial, amigable en el trato con su clientela y efectivo en la prestación profesional del servicio. Por el contrario, el subsistema de salud privado se caracteriza en Venezuela por poseer, en general, una cali-

dad profesional por debajo de los estándares. Esto es así debido, primero, a que no existe una normativa ni un mecanismo claro y eficiente de control estatal o del poder popular; y segundo, a que no se ha establecido una estrategia gubernamental de largo aliento, destinada a romper en el imaginario colectivo de la sociedad venezolana la idea sembrada sobre lo inexorable e irreversible de la baja calidad del sector público en salud. Triunfar en este segundo punto, se traduciría en la posibilidad de iniciar un proceso de reversión paulatina del desmesurado financiamiento del sector privado y de eliminación de los “HCM”; lo que se traduciría, a su vez, en la posibilidad real de construir un sistema público nacional de salud *único*, articulado, dotado de los recursos financieros, materiales y humanos que requiere, gerenciado por sus trabajadores y trabajadoras, aliados a la comunidad organizada y volcado a prestar el servicio que el pueblo venezolano se merece.

¿Qué debemos hacer para alcanzar ese desiderátum? Sin pretender agotar las respuestas, proponemos los siguientes pasos a seguir:

I.- La Salud tema prioritario: Debe colocarse como tema prioritario en la agenda ciudadana y en la agenda política; afirmación que significa trascender las coyunturas y las perspectivas unilaterales. La salud y su abordaje no es un problema sólo de las y los profesionales de la salud, lo es sin lugar a duda de la totalidad los habitantes del país.

II.- Romper el aislamiento del sector: Lo que significa que no serán alcanzados mejores niveles de salud si las políticas transformadoras no traspasan el sector salud y se asumen con visión transectorial, envolviendo otras áreas igualmente comprometidas con las necesidades sociales y con los derechos de la ciudadanía (seguridad social, educación, seguridad alimentaria, vivienda, empleo, ambiente etc.) es decir, colocar como objetivo común a cada sector el mejoramiento de la Calidad de Vida.

III.- Sancionar una Ley de Salud acorde con lo señalado en la Constitución Bolivariana: Ley que debería ratificar el de la salud como un derecho social fundamental, como parte del derecho a la vida; reafirmar la obligación del Estado como garante de este derecho; normar la organización y funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud; regular las

actividades públicas y privadas en materia de salud, y la formulación y desarrollo de las políticas de interés público en calidad de vida y salud, con la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre planificación, ejecución y control de estas políticas.

IV.- Construcción de un Sistema Único de Salud: Se trata de una reconstrucción o nueva construcción institucional, que integra, no sólo las distintas instituciones y organizaciones del sector gubernamental, sino además la atención privada hoy pagada por fondos públicos.

El propósito de esta unicidad es lograr que el ciudadano o ciudadana que toque las puertas de cualquiera de los servicios ingrese a un sistema en cuyo interior se organiza de manera racional la totalidad de los recursos requeridos para responder a las necesidades de las personas, contando con todos los centros prestacionales que componen el sector salud de Venezuela.

Para ello el ministerio con competencia en salud debe implementar una resolución que ordene la nueva organización en red del SPNS con su correspondiente sistema de regulación; la integración de todos los establecimientos de salud a las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) de Barrio Adentro; la implementación de un Sistema Único de Información en Salud (SIS), y la creación del Consejo Nacional de Salud (institución a ser conformada por voceros de los comités de salud de los consejos comunales, elegidos en forma ascendente desde sus territorios sociales –pasando por las parroquias, municipios y estados–, así como por representantes de alcaldías, gobernaciones, universidades formadoras de recursos humanos para el sector salud, ministerio con competencia en salud y otros ministerios del área social), cuya función principal será la planificación y control de la ejecución de las políticas públicas en salud.

V.- Instrumentar una revolución de los recursos humanos: Para ello se debe adelantar una política que garantice el más alto nivel profesional en todas las disciplinas vinculadas al sector salud, tomando en cuenta que la posibilidad de transformación del sector no es viable sin la participación activa y protagonista de las y los trabajadoras y trabajadores.

La garantía de avance en este terreno se encuentra en la difusión y consolidación de los colegiados de redes y líneas de atención, es decir, de los espacios de participación efectiva del personal del sector, los cuales conformarían las bases para una operación de sistema resultante de compromisos, metas y estándares de calidad establecidos en forma convergente y compartida.

Además, es necesario un proceso masivo de formación de especialistas en las áreas que están en déficit buscando alternativas innovadoras que permitan el egreso de este recurso en el menor tiempo posible, sin que ello signifique menoscabo de la excelencia.

Por otro lado, la elaboración de esta política pasa necesariamente por una revalorización y homologación salarial que garantice la dedicación exclusiva a un solo centro de salud, lo que permitiría a su vez sincerar y racionalizar las nóminas contractuales, por el establecimiento de un sistema de educación y actualización permanente y por el pleno ejercicio de los beneficios contractuales.

Alcanzar estas metas estratégicas supone la creación de una carrera sanitaria de las y los servidoras/es públicos del sector salud, que ordene los recursos en función de las necesidades del sistema y garantice los derechos laborales, como elemento de estabilidad y sostenibilidad del sistema de salud. Para ello se debe conformar una base de datos unificada y actualizada sobre la situación del personal que labora en los subsistemas actuales del sector salud; ordenar el proceso de formación de profesionales y especialistas de acuerdo con prioridades estratégicas; establecer una norma que haga obligatorio que las y los recién graduadas/os médicas/os generales y especialistas dediquen un tiempo igual o superior al del proceso de formación (el cual es gratuito en este país) para trabajar de forma exclusiva en el sector público de salud, como un requisito para autorizar el ejercicio de la profesión; y vincular el establecimiento de las propuestas de remuneración con una nueva gestión del trabajo, reordenando los turnos laborales para satisfacer las necesidades, tanto de las ciudadanas y ciudadanos, como de las mismas trabajadoras y trabajadores (nueva institucionalidad).

Todo esto quiere decir: superación de la enajenación del trabajo, mediante la creación de la posibilidad real de participación en la toma de decisiones políticas en su ámbito de trabajo y el establecimiento de unos parámetros y de un sistema que garantice ingresos económicos acordes con la labor y el esfuerzo realizados. Esto es, en los hechos concretos, el proceso de transformación de las/los trabajadoras/res de objetos en sujetos de proceso laboral. Es socialismo en acción.

VI.- Consolidación del Poder Popular: Como auxiliar y fiscalizador de lo que se realice en el área, a través de la organización de un Sistema Nacional de Participación y Organización Popular en Salud. La participación ciudadana en el Sistema Público Nacional de Salud se debe expresar en los ámbitos comunal, parroquial, municipal, regional y nacional, y se debería ejercer mediante la organización en consejos de calidad de vida y salud, definidos como espacios de decisión que interactuarán con las unidades administrativas del Sistema Público Nacional de Salud de su respectivo nivel territorial. Asambleas distritales y consultas públicas deben convertirse en instrumentos cotidianos que ayuden a construirlo en su ámbito territorial específico, delineando las medidas, identificando los recursos y tomando las decisiones necesarias para alcanzarlo.

VII.- Adoptar estrategias promocionales de calidad de vida: Lo cual implica enfrentar las causas sociales y la expresión de daños alrededor de problemas como: los traumatismos intencionales y no intencionales, las cardiopatías, los problemas obstétricos y neonatales, los de salud mental, los traumato-ortopédicos, las neuropatías. Esto se traduce en estrategias transectoriales donde se pueden liderar respuestas complejas desde los territorios sociales y redes de servicios, impactando en los indicadores de salud y calidad de vida de una población marcada aún por situaciones individuales. La estrategia promocional de calidad de vida propone el desarrollo secuencial de procesos organizados, que apunten hacia el reconocimiento de los problemas a partir de la lectura de las necesidades, el diseño y materialización de respuestas integrales y la gestión social transectorial. La orientación hacia la respuesta a las necesidades sociales puede beneficiarse

del enfoque de necesidades radicales que plantea Marx, según el cual las necesidades de carácter radical son aquellas que no pueden ser alcanzadas en la sociedad tal como está diseñada hasta ahora, lo que nos obliga a repensar la institucionalidad del Estado para garantizar los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas desarrollando una nueva institucionalidad y organización de la sociedad para poder responder a estas necesidades radicales. Ello puede traducirse en la construcción de sociedades más justas socialmente es decir, socialistas.

VIII.- Aumentar la cobertura y la resolutiveidad y cambiar radicalmente el modo de atención a la salud: Un cambio radical del modo de atención a la salud implica, no solo priorizar la atención primaria y retirar el excesivo énfasis en la atención hospitalaria, las especialidades y la extrema diversificación tecnológica, sino principalmente concentrarse en el usuario-ciudadano como un ser humano integral, abandonando la fragmentación del cuidado que transforma a las personas en órganos, sistemas o pedazos de gente enferma. Significa desarrollar un modo de atención que priorice las actividades de protección de la vida, prevención y educación, además de lograr una atención oportuna, integral, no fragmentada, el diagnóstico y tratamiento oportuno y la rehabilitación con base comunitaria, todo ello con la participación social activa y protagónica. La humanización del cuidado, que implica tanto el respeto en la recepción y en la atención como la limpieza y confort de los ambientes de los servicios de salud, debe orientar todas las intervenciones.

IX.- Ampliar la capacidad de regulación del Estado: Regular tanto la oferta estatal como la privada (comprada con dinero público). Ello implica la contractualización/responsabilización pública de los entes estatales y privados frente a metas de cobertura y calidad de atención, además de impactos en los indicadores de salud pública. Para contractualizar, además de conocer las necesidades de atención se requiere establecer los parámetros de oferta y relacionarlos con su costo, proyectando precios en contratos públicos, los cuales serán la forma de pago, eliminando cualquier solicitud de gasto por parte de los pacientes y garantizando así la gratuidad prevista

en la Constitución. La consecuencia desde este abordaje vía contractualización precalificada, es la adopción de una prestación de servicio previa suficiente para la plena operación de los hospitales, lo cual implica un choque financiero capaz de realinear salarios, garantizar mantenimiento y actualizar inversiones, llevando a una suficiencia económica del sistema (abriendo las camas cerradas y superando las insuficiencias de personal en su dedicación, número y evasión).

X.- Creación del Fondo Nacional de Salud: El cual debe integrar todos los recursos destinados al financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud y sus políticas. La administración del Fondo de Salud estará bajo la responsabilidad del ministerio con competencia en salud y se regirá por las normas que establezca la Tesorería de Seguridad Social. Los recursos financieros del Fondo Nacional de Salud sólo podrán utilizarse para el financiamiento de los programas y servicios que se presten en el Sistema Público Nacional de Salud, a través del ministerio con competencia en la materia, para lo cual deberán seguirse criterios de asignación con base en los planes nacionales, estatales y municipales, fomentando la equidad y los principios que deben regir el Sistema Público Nacional de Salud.

Llevar a la concreción estas sugerencias permitiría avanzar en una dirección revolucionaria que delimite un sistema capaz de ubicar dónde están las necesidades a satisfacer, y ordenar los servicios de forma tal que disponga territorialmente de las respuestas transectoriales necesarias en cada caso, abriendo el camino hacia la transformación de la sociedad de mano de las trabajadoras y los trabajadores y de las comunidades organizadas, generando una mejor calidad de vida para todas y todos.

Una mirada diferente*

Resulta satisfactorio escribir sobre una iniciativa en la que han participado muchísimas personas comprometidas con la construcción de una patria socialista.

El diplomado “Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida” ha sido diseñado para servidoras/servidores públicos y lideresas/líderes comunitarios, en busca de facilitar una mirada diferente al tema salud.

Sin duda, las reflexiones, discusiones y consideraciones que se desarrollan en el trascurso de los seis módulos que conforman este diplomado, contribuirán a delinear y a profundizar una ruta conceptual y política que de seguro alimentará el proceso de transformación/destrucción del viejo Estado burgués, que aún persiste, y de las relaciones Sociedad–Estado, para que este último se subordine a los mandatos de la primera, labor en la que estamos profundamente comprometidos y comprometidas.

Invitar a pensar y comenzar a trazar una ruta institucional que permita ampliar el espectro desde el cual se nutren, tanto el abordaje poblacional como la concreción de acciones institucionales incidentes en el mejoramiento de las condiciones de vida de todas y todos, es no solo pertinente sino también un imperativo ético inaplazable.

*Presentación del diplomado *Estrategia Promocional de Equidad en calidad de Vida y Salud*, diseñado por el colectivo MOSCAVIS como un aporte a una visión integral, integradora y revolucionaria del tema salud. Caracas, Julio 2010.

Teniendo en cuenta los aspectos de género y etarios poblacionales podemos conocer las proporciones de pobreza, déficit de vivienda o deserción escolar, índices importantes para dimensionar las respuestas a las necesidades con una lectura centrada en el ciclo vital, la comprensión de los momentos que las nutren y la calidad de vida de la población, para poder progresar de manera integral en el reconocimiento, garantía y restablecimiento de los derechos de las personas que habitan nuestro país.

Dicha continuidad resulta clave para no segmentar las políticas que en términos de derechos deben cobijar a ciudadanas y ciudadanos desde que nacen hasta que envejecen. Así mismo, nuestro objetivo como Estado revolucionario debe ser brindar “la mayor suma de felicidad posible”, lo cual significa elevar la calidad de vida de nuestros ciudadanos/as, entendiendo ésta según la idea de que para lograr desarrollo pleno hace falta tener garantizada la satisfacción de necesidades tales como alimento, vivienda, educación, seguridad social, afecto, participación, integración y otras.

La estrategia promocional orienta el abordaje de la calidad de vida como un continuo a lo largo del ciclo vital y de sus determinantes sociales, en todas las etapas, procesos y contextos. Por ello nuestro interés demanda que dicha estrategia sea conocida y manejada tanto por comunidades como por las servidoras y servidores públicos.

Es indudable que en Venezuela se ha venido avanzando en materia de políticas públicas, pero estimamos necesario generar un debate fundamentalmente referido a la urgencia por lograr la profundización de una agenda de derechos, que reivindique los plasmados en nuestra Constitución Bolivariana. Agenda que no establezca distingo alguno entre las y los pobladores del país y que permita elevar la calidad de vida de todas y todos, protegiendo a los más frágiles económica y socialmente hablando, y disminuyendo las brechas de inequidad aún existentes.

Para ambientar el necesario debate y tras ello acordar la bitácora que encauce las fases de implantación de unas políticas públicas universales, integrales y equitativas, hemos considerado construir una

propuesta de formación que permita leer las necesidades y dimensionar respuestas y soluciones. El diplomado sobre la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida, representa una oportunidad invaluable como instrumento para desnaturalizar las inequidades, poner al descubierto las reales necesidades de los ciudadanos y ciudadanas teniendo como norte elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios públicos.

Buscamos fortalecer lo que hasta ahora ha sido prioritario en el desarrollo de las Políticas Públicas de este Gobierno: la corresponsabilidad que tiene la comunidad en la toma de decisiones sobre planificación, ejecución y control de esas políticas, así como, la construcción de la nueva institucionalidad pública, lo cual requiere conocimiento, compromiso y respeto por los Derechos Humanos. Las servidoras y servidores públicos conocerán y aplicarán el pensamiento y la planificación estratégica, transformando el modo de atender a la gente y facilitando la gestión con un enfoque participativo, en la búsqueda de lograr garantizar repuestas a las necesidades sociales de la población. Los ciudadanos y ciudadanas serán protagonistas fundamentales para la implementación de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida, pero entendiendo que esto implica la construcción de un sistema de participación territorializado y de control de la comunidad sobre el Estado. Ello significa entender la participación ciudadana desde una perspectiva emancipadora, constructora de hombres y mujeres nuevos, desligados de la dependencia respecto a la estructura estatal, sujetos renovados, con facultades plenas, libres y críticos, capaces de defender sus derechos y los de los demás.

En el marco del diplomado se aplica una metodología desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística, que permite la producción de información a diferentes niveles de agregación y muestra la dinámica social que rige las ciudades, sus problemas, fortalezas y áreas prioritarias de acción; así mismo ubica los establecimientos de servicios y las misiones hasta ahora implementadas. Este proceso se realiza sobre la base geográfica que ocupan los diferentes territorios sociales, los cuales se dimensionan como

microáreas. La información será recogida por los/as participantes del diplomado y dará como producto el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida, que permitirá evaluar las inequidades desde una visión integral y construir respuestas oportunas y equitativas de forma colectiva.

Por último, sólo me queda expresar que la apertura de espacios de formación-acción como propone este diplomado, constituye una forma de honrar nuestro compromiso de construcción de una patria más justa e igualitaria, de darle todo el poder al pueblo y, en fin, de transitar hacia el socialismo.

Cada día más vigente*

Desde el principio de la humanidad el ser humano ante la necesidad de sobrevivir debe proporcionarse alimentos y construir medios para facilitar su alcance, lo que lleva a iniciar las actividades que irán constituyendo el trabajo. Éste fue evolucionado paso a paso, adaptándose a condiciones ambientales primero y luego a los cambios sociales.

Dicha evolución trae consigo nuevas condiciones laborales, las cuales originan un número creciente de riesgos y situaciones capaces de producir enfermedad e incluso la muerte de los trabajadores y trabajadoras y de las personas que utilizan el producto de ese trabajo. Así surgen las primeras referencias de la Medicina Laboral. Sin lugar a dudas la incidencia de las patologías ocasionadas por el trabajo son directamente proporcionales a las características del mismo y al grado de desarrollo tecnológico e industrial instalado en cada nación.

Bernardino Ramazzini, médico de renombre y escritor prolífico, considerado como el padre de la medicina del trabajo, edita por vez primera, en 1701, su obra *De Morbis Artificum Diatriba* (*Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores*), en la cual ofrece un examen minucioso de los agentes causales de las afecciones propias de los distintos oficios que existían antes de la Revolución Industrial en la sociedad de su época.

*Prólogo a la edición venezolana del libro de Bernardo Ramazzini: *Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores*. Editorial Sin Pie, Caracas, Venezuela, 2010.

Los aspectos clínico y sanitario del “Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores” son de sumo interés. Fue el primer estudio organizado y ordenado de patologías ocasionadas por el trabajo y aun hoy mantiene vigencia por los planteamientos político-sanitarios que realiza.

Lo novedoso del pensamiento de este médico del trabajo es su visión de investigador y clínico, la cual propone la necesidad de prevenir las enfermedades, ya que las curas utilizadas para controlarlas no conducen a resultado alguno. De igual modo tienen importancia las ideas que sobre la medicina pública expone, en las que claramente indica la necesidad de que el Estado intervenga permanentemente en los problemas de salud de la población que representa y no solamente en ocasión de las terribles epidemias.

El magnífico esfuerzo de Ramazzini nos sirve de referencia para empalmar con una concepción de la salud capaz de explicar conceptualmente el proceso que separó lo político, social e ideológico del problema salud-enfermedad y encarnó en el denominado modelo biomédico, cuyas características (biologicismo, individualismo, mercantilismo y eficacia pragmática), han impedido comprender que la salud de trabajadores y trabajadoras es el resultado de dos momentos de un mismo proceso, el proceso del trabajo, el cual se realiza bajo códigos y reglas correspondientes a un modo de producción dado, que produce condiciones socioeconómicas y ambientales diferentes para cada grupo poblacional. Esto definitivamente determina la manera de enfermar y/o de morir. Podemos afirmar entonces que la salud de los trabajadores en el capitalismo es, en términos concretos, el resultado de las relaciones que se dan en el marco de la explotación de la clase trabajadora y de la sociedad en su conjunto. Ello caracteriza al capitalismo en cualquiera de las etapas, formas o modalidades históricas que adopte, incluyendo el neoliberalismo actual.

La postura de Ramazzini nos permite retomar hoy con ímpetu nuestra visión, que ubica la salud como un producto social y por tanto identifica sus determinantes sociales, la exposición de la sociedad al impacto de esos determinantes, la caracterización y cuantificación del daño causado y las consecuencias de ese daño; lo cual implica, a su vez, reconocer que

para alcanzar salud como derecho pleno tenemos que configurar políticas que afecten tanto esos determinantes cuanto el alcance de sus daños y consecuencias. En función de tal propósito es preciso que en nuestro país se coordinen transectorialmente las políticas que puedan producir salud y expresar esta coordinación en los territorios sociales donde vive y trabaja la gente. Dicho de otro modo, no es suficiente proveer servicios de salud, sino que es necesario coordinar su implementación con la de otros servicios sociales, desde la formulación de políticas hasta su manifestación concreta en los ámbitos correspondientes y la evaluación de su impacto combinado. Esto sólo es posible con la construcción de un *Sistema Único de Salud* que integre, no sólo las distintas instituciones y organizaciones del sector gubernamental, sino además la atención privada hoy pagada por fondos públicos. El propósito de esta unicidad es lograr que el ciudadano o ciudadana que toque las puertas de cualquiera de los servicios, entre a un sistema en cuyo interior se organiza de manera racional la totalidad de los recursos requeridos para responder a las necesidades de las personas, contando con todos los centros prestacionales que componen el sector salud de Venezuela.

Ello significa iniciar el camino hacia la realización de los preceptos que enuncia nuestra Constitución, inspirados en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, lo cual demanda soluciones transectoriales, o sea, integradas y multidimensionales, capaces de atender idóneamente los requerimientos y cumplir con los derechos de la población, produciendo así mejoras en la calidad de vida de las mayorías y contribuyendo a generar seres humanos verdaderamente realizados, con disfrute de una auténtica libertad individual. Lo que para nosotros significa: superación de la enajenación del trabajo e ingresos económicos acordes con la labor y el esfuerzo realizados; garantía de acceso a la provisión de medios de vida básicos (v.gr. vivienda, salud, educación y bienes culturales), y creación de la posibilidad real de participación en la toma de las decisiones políticas atinentes a comunidad, municipio, estado y país. Esto quiere decir socialismo en acción.

Hablamos de crear un sistema de salud universal, equitativo e integral, lo cual supone el objetivo superior de la igualdad social; pero en sociedades como la que tenemos por herencia de los sistemas de explotación, es necesario adoptar políticas dirigidas a superar las desigualdades –inicias, innecesarias y evitables– y crear las condiciones para un orden fincado en la justicia, de manera que la equidad entre clases, géneros, etnias y generaciones, y su configuración en territorios sociales, se constituya en elemento orientador fundamental de las políticas, así como de la distribución de los recursos y la evaluación de resultados. O sea, no es suficiente mejorar el perfil general, es necesario que los avances disminuyan la distancia entre los mejor y los peor ubicados en la estructura de la sociedad.

Lo dicho revela una tríada indisociable entre *universalidad* e *integralidad* de los derechos y *justicia* en la creación de las condiciones para que los mismos sean ejercidos sin exclusiones por el conjunto de los habitantes. Aplicada al Sistema Único Nacional de Salud, esa tríada implica una organización capaz de generar respuestas en escala y calidad para todo el territorio nacional y toda la población, enfatizando en la equidad para los grupos sociales más rezagados.

Tal requerimiento resulta evidente cuando se examinan temas como los accidentes laborales, en los cuales la mejoría de las condiciones sociales, del ambiente de trabajo y del acceso a las políticas y servicios públicos, tiene mucho mayor impacto que el simple tratamiento de los episodios médicos, aunque la disponibilidad calificada de éstos sea necesaria y obligatoria. La aplicación de esta visión a la realidad exige un reordenamiento programático en forma y contenido, una nueva praxis en el tratamiento de la salud y sus determinantes sociales.

La posibilidad de un sistema de salud como el descrito sólo es factible en una sociedad donde reine la justicia. Por eso, mientras no superemos el modo de existencia capitalista y en su lugar desarrollemos una forma de organización más humana, plural, inclusiva, equitativa y democrática, no resolveremos los problemas de salud de los trabajadores y trabajadoras en particular y de los ciudadanos y ciudadanas en general; y en consecuencia

se hace necesario que aceleremos la organización de las comunidades de trabajadores y trabajadoras para llevar adelante la lucha por la construcción de un sistema único que sea garante del derecho a la salud de todas y todos y nos conduzca a la profundización del proceso de cambio que vive el país en la búsqueda del socialismo.

Invitamos, pues, a los trabajadores y trabajadoras de la salud y a todas y todos los interesados (lo cual en esencia toca a la gran mayoría de la población), a conocer esta valiosísima obra del precursor Bernardino Ramazzini, cuyo planteo en relación al abordaje de la salud de trabajadores y trabajadoras es cada día más válido, tanto en nuestro país como en el resto del mundo.

**La salud no se puede regir
por las leyes del mercado**

Instituciones se alían ante especulación de clínicas*

*10 fondos de salud negociaron baremo que regirá desde el 25 de julio.

Diez instituciones del Estado se organizaron en la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS) para presentar a las clínicas privadas, con las que contratan servicios, un baremo único de precios que comenzará a regir a partir del 25 de julio.

La AIS está integrada por Pdvsa, Cantv, Banco Central de Venezuela, Ministerios de Educación y de Interior y Justicia, Pequiven, Banco Industrial de Venezuela, Tribunal Supremo de Justicia, Fábrica Nacional de Cemento e Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral, cuyo punto en común es que manejan sistemas autoadministrados de salud, es decir, no contratan empresas de seguros sino que negocian directamente con las clínicas. ¿Para qué? Para reducir costos. Según Adriana Zurbarán, representante del Ministerio de Educación, el ahorro es de 35%.

Estas diez instituciones tienen a su cargo 4.416.000 personas y el año pasado transfirieron BsF 6.185 millones al sector privado por servicios de salud, sólo unos dos mil millones menos que el presupuesto del Ministerio de Salud de 2010.

*Nota de prensa redactada por la periodista Carolina Hidalgo, publicada en la pág. 10 del diario "Ciudad Caracas", el 14 de julio de 2011.

Luisana Melo, Gerente del Servicio de Salud de Cantv, afirmó que “la magnitud” de lo que el Estado transfiere al sector privado de la salud es “tan impactante” y no concuerda con los servicios recibidos, que comenzaron a reunirse desde octubre de 2010:

-El debate por detrás de esto es si la salud es un derecho o es una mercancía. Las clínicas creen que es una mercancía y que pueden poner los precios que les da la gana.

Por eso los organismos públicos decidieron “tomar la sartén por el mango” y buscar un método para incidir y lograr “precios justos”. Analizaron los contratos que firmaban. Luisa Castillo, asesora de Cantv, demostró factura en mano que un médico intensivista cobró Bsf dos mil al día sólo por su visita, e ingresos adicionales por los servicios que en efecto prestó al paciente. Mientras por el uso de una manta térmica una clínica cobró Bsf un mil, otra sólo Bsf 50. Un arqueo de precios al detal de medicamentos evidenció que en las clínicas éstos tienen un precio 500% superior que en las farmacias.

Descubrieron diferencias porcentuales hasta de 80% en los montos ofertados por una misma clínica a una institución y a otra, además de que compartían calamidades como aumento de precios superiores a 18% en menos de un mes y suspensión inconsulta de servicios. Con base en los costos fijos de las clínicas y los honorarios médicos presentados en facturas del primer trimestre de 2011, que constituyen 60% de los montos facturados, diseñaron el baremo, pero se mantienen mesas de trabajo para establecer las estructuras de costos de las clínicas.

Las dos reuniones

La AIS convocó el 7 de julio a la primera reunión con las clínicas privadas, a las cuales presentó el “baremo único de precios de honorarios profesionales y costos fijos de clínicas y un modelo de contrato” entre las clínicas y la alianza. Éste contempla precios fijos por un año, con base en estimaciones de inflación de 2011.

La Asociación de Hospitales y Clínicas Privadas se llevó los documentos y el martes pasado se produjo la segunda reunión. La AIS quería aplicar el baremo a partir del 15 de julio, pero los privados solicitaron más tiempo para adaptar sus sistemas y reunirse con los socios: “El baremo comienza el 25 de julio”. Ante la pregunta de qué pasará si una clínica decide no adoptar el baremo, la respuesta es que “estas diez instituciones en bloque dejarán de asistir a esa clínica”, según informó Luisana Melo.

El gobierno aspira a ahorrar un poco más de dos mil millones al año con el nuevo convenio.

La salud no se puede regir por las leyes del mercado*

En una entrevista realizada el 19 de julio conversamos con la doctora Luisana Melo, Gerente de Salud de CANTV, sobre el nuevo baremo que están planteando diez instituciones públicas como forma de regular los precios que cobran las clínicas privadas por la prestación de los servicios de salud a esas instituciones. Luisana Melo es además, vocera de AIS, la Alianza que integran Petróleos de Venezuela, el Banco Central de Venezuela, el Ministerio del Poder Popular para la Educación, Ministerio del Poder Popular para Interior y Justicia, Tribunal Supremo de Justicia, Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral, Petroquímica de Venezuela, Banco Industrial de Venezuela, Fabrica Nacional de Cemento y Compañía Anónima Nacional Teléfonos de Venezuela.

- *¿Cómo estás Luisana?*

-Buenos días, muchas gracias por la invitación para hablar sobre este tema que está ahora en el tapete. Ya que es muy importante dar una información clara y precisa de lo que está ocurriendo con este baremo, para impedir las falsas interpretaciones que los medios opositores puedan hacer. Y para aclarar a los ciudadanos y ciudadanas esta situación.

*Entrevista realizada por Carlos Carcione el 19 de julio de 2011, publicada en el portal electrónico "Aporrea.com".

.....

- *Vamos a entrar en tema: ¿cómo surge la necesidad de implementar este baremo?*

- Fíjate, Carlos, la razón principal son los altos costos en salud que vienen soportando las instituciones del Estado. Estas instituciones manejan los recursos destinados a garantizar la atención a la salud de sus beneficiarios y beneficiarias, a través de la figura de fondos autoadministrados. Es decir, que estas instituciones no contratan pólizas de seguro con intermediarios, o sea compañías de seguros, sino que manejan directamente los recursos presupuestados para tal fin y contratan a los prestadores de salud, sean clínicas, farmacias u otros. Cuando revisamos las cuentas nos percatamos de que, sobre todo en estos últimos dos años, fue necesario incrementar de manera importante los fondos para cubrir las necesidades de los trabajadores y trabajadoras, debido a la espiral ascendente de los precios en la prestación de los servicios de salud. La escalada de precios es bárbara, una cosa exorbitante, realmente especulativa, porque no existen razones objetivas, reales, que permitan justificar la magnitud de dichos aumentos. Entonces, la enorme cantidad de recursos desembolsados por estas diez instituciones, fue lo que nos indujo a constituir una Alianza y algunos instrumentos para negociar con los prestadores de servicios de salud en mejores condiciones, optimizando los fondos de los planes de salud de los trabajadores y trabajadoras, y con ello, contribuir a garantizar su derecho a la salud.

Lo que pretendemos con esto es disciplinar. No es una estrategia para quebrar a nadie. Nosotros estamos disciplinando el volumen de dinero que se está gastando hacia el sector privado de salud. Es un fondo público que se transfiere al sector privado, que en última instancia lo que hace es fortalecer a ese sector. Como nunca en estos últimos años el sector privado de salud se ha visto fortalecido con dinero público –sin ningún tipo de regulación– en el marco de la búsqueda de la garantía del derecho a la salud.

La matriz de opinión que pretenden exponer los prestadores de servicios privados de salud, es que les estamos imponiendo una lista de precios, les estamos imponiendo un baremo, cuando en realidad durante todos estos años ellos han venido imponiendo a nuestras instituciones los precios que

deciden sin ningún tipo de negociación, y cuando empresas como Sanitas construyen y aplican un baremo de precios, los representantes de las clínicas no lo señalan como una imposición. Lo que observamos es que cada dos o tres meses, o cada vez que se les ocurre, nos aumentan los precios sin ninguna participación, simplemente nos dicen que a partir de tal fecha se cobra tanto y punto. Cuando mucho, nos envían una cartica donde nos dicen eso y, lo que es peor, si señalamos que no estamos de acuerdo, resulta que nuestros beneficiarios y beneficiarias, al momento de dirigirse a las clínicas en caso de urgencia, se consiguen con que los servicios están “cerrados”.

Por ello, nosotros hemos venido trabajando en instrumentos que se hicieron con conocimiento técnico en primera instancia, pero con una visión política. Lo que nosotros manejamos detrás de esto es la visión política de un Estado que transita hacia una nueva forma, que transita hacia el socialismo. ¿Y cómo un Estado que transita hacia el socialismo no regula esta situación? No puede ser, ¿no? Allí está el primer problema, nosotros estamos construyendo instrumentos que nos permitan, ¡jepa! parar, como dice la canción: “llegó el comandante y mandó a parar”.

La idea es detener un poco esta espiral ascendente, exorbitante y especulativa de los precios que las clínicas nos cobran, mientras construimos, como lo estamos haciendo, las estructuras de costos. Pero para construir las estructuras de costos (todo el que trabaja en salud y conoce de sus temas sabe que es compleja y que no se hace de un día para otro, pues estamos hablando de aproximadamente tres mil procedimientos médicos) se necesita un instrumento que permita detener la especulación; de modo que a la vez construimos las estructuras y diseñamos el instrumento que va a regular verdaderamente la prestación de servicios médicos privados a las instituciones integrantes de la Alianza.

-*Danos algunos ejemplos de lo que quieres decir cuando dices especulación.*

-Veamos éstos: Nosotros comparamos los precios de una habitación de las clínicas privadas de Caracas denominadas tipo A con los hoteles más lujosos de Caracas. Comparamos estrictamente en los rubros

de la habitación. No fue que tomamos el precio de la clínica, lo pusimos allí y estamos comparando, no; nosotros sacamos del precio que ellos nos facturan todo lo que significa recurso humano, es decir, atención médica, de enfermería, etc., incluso la dieta la sacamos de allí, y comparamos exclusivamente los precios de lo que significa habitación: paredes, puerta, baño, cama, sofá para el acompañante, etc., sin incluir papel toilette, almohadas y otros rubros que facturan aparte. Concluimos que las clínicas privadas tienen, por lo menos, un coste de 20 a 25% por encima de las habitaciones de los hoteles más lujosos de Caracas (véase cuadro). Esto es un índice exorbitante.

Otro ejemplo impactante, es que nosotros comparamos las facturas, porque es importante decir que la base de datos de estos estudios fueron las facturas que las clínicas privadas nos cobran a las instituciones que estamos en esta Alianza. Son las facturas. Nosotros no estamos aquí inventando ningún tipo de números, ni tenemos números bajo la manga. Nosotros analizamos la facturación de las clínicas según su tipo, primero las tipo A, después las tipo B y luego las tipo C –todas del primer trimestre de 2011– y se hizo un estudio donde observamos qué nos cobraban a cada quién. Entonces realizamos un cuadro, que también es impresionante, donde decimos, bueno, ¿qué justifica que a CANTV le cobren, por ejemplo, una operación del manguito rotador en 14.000 bolívares, mientras que a Pdvs le cobran 6.000 y al Banco Central 4.000, sólo por honorarios profesionales, sólo por las manitas del cirujano? ¿Qué justifica que en la misma clínica (porque así fue el estudio, nosotros comparamos: “cuánto te cobran a ti en tal clínica, por tal patología”) cobren un precio diferente a las distintas instituciones del Estado? Por eso, en el estudio hubo un equipo multidisciplinario conformado por estadísticos/as, actuarios/as, contadores, administradores, médicos/as, o sea, un universo de inteligencia trabajando el tema, tratando de averiguar técnicamente por qué en una misma clínica, con un mismo cirujano, a una institución se le cobraba un precio y instituciones distintas otros precios. Pues eso no tiene justificación real. Fue ése, entonces, uno de los factores que nos animó a profundizar en el tema.

Otro ejemplo que te puedo dar son los medicamentos. Nosotros analizamos el precio de los medicamentos en una factura “X” y llamamos a una farmacia a preguntar el precio al detal: “¿cuánto nos cobra por tal medicamento?”. Nos decían un precio del medicamento genérico y luego les preguntábamos por el mismo medicamento con “X” nombre comercial. Entonces, tomamos los precios y los comparamos con las facturas de las clínicas, resultando que, si comparábamos el precio genérico, los aumentos podían ser hasta de 1000% en las facturas de las clínicas. Y esto es al detal, que no es como las clínicas compran, porque hay una cosa que se llama economía de escala, que significa que cuanto más compran más barato sale. ¡Imagina cómo debe ser si tomamos los precios de economía de escala! Y si comparábamos entonces ese mismo medicamento en su nombre comercial con lo que cobran las clínicas privadas, el aumento podía llegar hasta 500 y pico %. Es algo realmente abrumador.

¿Qué otro ejemplo te puedo dar? Si un ciudadano, trabajador o trabajadora, va a una clínica y pide presupuesto como particular para una cesárea a su esposa en trance de parto, el monto que le dan es 50% menos que si dice que lo va a pagar una institución del Estado, tipo Cantv, por ejemplo. ¡Cincuenta por ciento menos! O sea, ¿cuáles razones pueden justificar que si lo paga el fondo autoadministrado de alguna de nuestras instituciones, sea 50% más que si lo paga un particular?

Otro ejemplo impactante: Si a un ciudadano se le vence el presupuesto de la carta aval de una intervención que va a ser electiva y lo solicita nuevamente, pues el presupuesto tiene un período de vencimiento de 15 a 30 días, la diferencia entre ambos presupuestos es de alrededor de 25% más caro. Pregunto: ¿qué ha ocurrido en el país para que entre mayo y junio del presente año haya un aumento de 25% en el precio de una intervención quirúrgica en cualquiera de las instituciones privadas del país? Pues he aquí algunos de los datos que luego suministraremos para que sean publicados y se demuestre lo que estoy diciendo.

Otro tema de importancia al hacer el análisis es el del INPC. El índice de precios en salud es determinante en la construcción del índice to-

tal, el cual es el promedio en el que se basan las clínicas para hacer esos aumentos. Entonces, ¿qué dicen ellas?: “bueno nosotros aumentamos 30% porque ese es el porcentaje que el INPC dio”. Pero resulta que el INPC se construye de una manera que es como decir números indexados, ¿no? Se construye así: preguntan a las clínicas cuáles son los precios de determinados conceptos, luego se saca el INPC en salud, cuando lo sacan a la luz pública, las clínicas dicen “tenemos que aumentar porque aumentó el INPC”, y entonces las instituciones estatales encargadas de determinar el índice vuelven a preguntar a las clínicas que ya han aumentado con el porcentaje anterior, y así sucesivamente.

–O sea, ¿el aumento se calcula sobre el precio aumentado y se vuelve a aumentar sobre el precio ya aumentado?

–Exacto, eso ocurre en salud, es una situación incontrolable, una espiral de ascenso bárbara.

Otra cosa que nos obligó a mirar esto –a todas las instituciones que estamos en la Alianza– fue cuando sumamos cuánto habíamos gastado en el año 2010 en el sector privado de salud. Resultó que la suma de gastos de las diez instituciones fueron más de seis mil millones de bolívares, ¡seis mil y pico de millones de bolívares fuertes! Y al revisar cuánto fue el presupuesto del Ministerio del Poder Popular para la Salud en el mismo, resulta que fue de nueve mil millones de bolívares. Los números son asombrosos, pues significan que seis mil millones de bolívares fueron usados para cubrir las necesidades de cuatro millones y medio de personas, mientras el Ministerio de Salud con nueve mil millones de bolívares debió cubrir las necesidades de 17 millones de personas, 60% de la población que dicho Ministerio asume dentro de su cuidado. Dichos números indujeron a nuestras instituciones a buscar propuestas para disminuir ese enorme desembolso de dinero hacia el sector privado.

–¿Cuáles son las instituciones que están en esta alianza?

–Pdvs, Banco Central de Venezuela, Ministerios de Educación y de Interior y Justicia, Tribunal Supremo de Justicia, Insal, Banco Industrial

de Venezuela, Fábrica Nacional de Cemento, Pequiven, Cantv. Son esas las diez instituciones.

–¿A nivel del gobierno central se han reunido para presentar esta propuesta?

–Sí, nos hemos reunidos con diferentes actores del alto gobierno. Nos hemos reunido con el doctor Giordani y, de hecho, a través de él se nos asignó un equipo técnico de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, personal que fue de altísimo valor en la construcción técnica de la propuesta. Ellos pusieron a disposición un conjunto de actuarios, estadísticos y contadores. También nos reunimos con el diputado Héctor Navarro, de la Asamblea Nacional, quien nos acompañó muchísimo en lo que es la viabilidad política de la propuesta. Nos hemos reunido con los dos viceministros de salud, los doctores José España y Miriam Morales, con quienes hemos intercambiado opiniones sobre la propuesta.

Además, es imprescindible señalar, que las máximas autoridades de las instituciones que conforman la Alianza conocen la iniciativa y la avalan. Asimismo, nos reunimos con el presidente de Indepabis, Augusto Montiel, quién designó a una persona para que acompañe el proceso de la propuesta, el cual, es relevante decirlo, viene también siendo seguido por la doctora Gabriela Ramírez, de la Defensoría del Pueblo. Los dos órganos, uno como ente regulador del Estado y otro como garante del derecho a la salud, siguen alertas esta iniciativa.

Hablando de derechos, es éste un tema importante porque se trata del modelo.

Lo que hay por detrás del tema es la contradicción ideológica entre dos posturas. Es la visión de si ves la salud como derecho o como mercancía. Las propuestas neoliberales en los años ochenta y noventa impusieron como “solución” a esa problemática el aseguramiento, sobre todo el privado, alegando que el erario público no puede con tal “gasto”. Y fíjate que eso es lo que ahorita buscan imponer en Europa, junto con destruir la seguridad social y los sistemas públicos de salud, tratando de destruir el Estado de Bienestar Social.

Como se aprecia, detrás hay una elección ideológica: ¿es o no la salud un derecho? Si la salud es un derecho es también un bien público, independientemente de que el prestador del servicio sea estatal o privado. Es decir, que cuando un país asume la salud como derecho, como lo expresa nuestra Constitución, se convierte en bien público y, sin importar la naturaleza del prestador de servicio, el Estado se vuelve el garante de ese derecho y tiene la potestad y la obligación de regularlo.

Por otro lado, a la sombra de las posturas neoliberales, está el hecho de que la salud es un mercado imperfecto y, por lo tanto, no puede estar regida por las leyes del mercado, de la demanda y de la oferta. Porque nosotros, por ejemplo, cuando vamos a comprar una manzana tenemos el “conocimiento perfecto” de la manzana, debido a que puedes verla; es roja, no tiene magulladuras, la puedo pesar y pesa 500 grs. Es decir, tengo el conocimiento de lo que estoy comprando y de lo que me están vendiendo. En ese caso, la ley de la oferta y la demanda puede funcionar, porque unas son más rojas y grandes y otras más chiquitas y verdes, y entonces puedo escoger, hacer una elección, pues poseo conocimiento sobre el producto que deseo adquirir. Pero en salud no es así, porque hay asimetría en la información. O sea, la información sólo la conoce el médico. Estás ante el pensamiento hegemónico del médico, quien se supone sabe lo que tienes, sus posibles consecuencias y el tratamiento que te conviene. El sabedor es el médico y es él quien propone, por lo que el conocimiento del “consumidor” –entiéndase paciente– sobre el “producto” –entiéndase diagnóstico– es prácticamente inexistente, y esta condición hace a la salud incompatible con las leyes del mercado.

Es absolutamente imposible que podamos regir al tema de la salud por las leyes del mercado. ¿Qué implica eso entonces? Que el Estado, aun en los países capitalistas, tiene que regular de alguna forma lo que en economía se llama “las fallas del mercado”. Y las “fallas del mercado” en el sector salud son absolutamente evidentes. Por tanto, el Estado tiene que garantizar que esas fallas se reduzcan y se disminuya la asimetría entre las dos personas que se están relacionando (médico-paciente). Por ello una

de las funciones de la salud pública es la regulación del sector salud, sea público o privado.

–Muy bien. Explícanos el baremo concretamente, ¿qué significa para estas instituciones y cómo está en este momento el debate con los prestadores?

–Primero debemos acotar que el baremo es una lista de precios, una lista que tiene el precio máximo a pagarse por determinado servicio o patología. Para construir el baremo, la Alianza tomó las facturas y las evaluó según los rubros que establecen. Ellas tienen el rubro llamado gastos fijos, que es el correspondiente a la hotelería, ¿no?, la habitación, la cama, hasta el papel toilette. Eso representa 40% del gasto. Luego hay el rubro de insumos, que incluye medicamentos, exámenes, etcétera, y representa 30% de la factura. Después, 20% es representado por los honorarios profesionales o las manos del médico que va a atender al ciudadano. Y finalmente está el rubro que se denomina “equipos médicos”, el cual es difícil de evaluar y representa más o menos 10% de la factura.

¿Qué hicimos ahorita? Aprovecho para aclarar que lo que estamos realizando es un pinino de la regulación, un primer pasito para la regulación. Lo que estamos haciendo es que de esa factura tomamos 60% correspondiente a los gastos fijos y los honorarios profesionales.

¿Cuál fue la metodología usada? En primer lugar agarramos la facturación y vimos cuánto nos cobraban las diferentes clínicas privadas por gastos fijos a cada una de las instituciones de la Alianza. De allí se sacó una mediana. Una vez determinada estimamos reconocer 75% de este monto. ¿Por qué 75%? Bueno, es un precio justo con base en el volumen de ciudadanos/as que representa la Alianza. Observamos entonces que había clínicas con un precio por determinado concepto (habitación, hora/quirófano, cuidados intensivos) que se acercaba mucho al factor decidido (75%), y en esos casos fue ése el precio que tomó la Alianza.

Desde luego, quienes estamos en la Alianza y participamos en la construcción del baremo hubiésemos querido que la reducción fuera mucho mayor. Pero, sin embargo, en vista de que se trata de un trabajo que no

parte de un estudio de estructuras de costos, sino que toma como base los precios del mercado, se decidió que el precio más cercano al factor escogido en determinado rubro, sería el que asumiría la Alianza para el baremo. Eso es en relación con los gastos fijos.

En relación con los honorarios se hizo lo mismo, evaluamos los baremos que algunas de estas clínicas tienen –pues muchas de ellas tiene su propio baremo– y consideramos los baremos de las instituciones de la Alianza –algunas los tienen, como el Banco Central y Pdvsa– y se compararon los precios según la patología.

Se evaluaron 2.900 patologías, las 2.900 patologías más frecuentes. Igual se sacó una mediana y es ése el precio que ahora estamos considerando asumir. Entonces, si vemos la metodología, en realidad sigue siendo una tímida forma de regular. Creo que con la estructura de costos lograremos todavía una reducción mayor. Y en los demás rubros de la factura tenemos mesas técnicas en este momento construyendo la posibilidad de lograr regular también insumos, medicamentos, exámenes y equipos médicos.

–Entonces, Luisana, si nos puedes dar ejemplos de lo que significa, ¿cuánto es el ahorro? Digamos, ¿cuántos son los beneficiarios? y ¿cuánto es el ahorro para las instituciones?

–Fíjate. Los beneficiarios directos son cuatro millones cuatrocientos dieciséis mil personas que nuestras instituciones amparan bajo planes de salud. Esos serían los beneficiarios directos. Pero muy probablemente son muchos más beneficiarios, porque indirectamente esto va a conducir a otras instituciones del Estado, que están pagando al sector privado, a adherirse a este baremo, permitiéndoles también obtener un ahorro sustancial.

Lo otro interesante antes de decirte cuanto es el ahorro, es lo que se ha planteado hacer con dicho ahorro en la Alianza: se ha planteado que éste puede servir para fortalecer el Sistema Público de Salud, el cual consideramos que en última instancia es la verdadera solución al problema. Porque el problema no se resuelve sino en el marco de la contradicción de salud como mercancía o salud como derecho, y por ende debemos

decir que la solución al problema la ofrece sólo el Sistema Público Nacional de Salud. No hay posibilidades de solución al problema en el sector privado. Y no las hay debido a que en el sector privado tu salud tiene un precio, equivalente al de tu cobertura. Tú tienes un seguro y te sientes muy “seguro”, porque: “ah bueno, yo tengo un seguro de ciento diez mil bolívares”, por ejemplo, y me “siento muy seguro”. Pero resulta que cuando vas a la clínica, con esos precios especulativos tal cantidad no te dura prácticamente nada. El control de los precios de las clínicas sólo va a permitir la optimización de eso. Que lo que antes te duraba dos días ahora te va a durar más, puede ser que unos diez días. Pero el verdadero remedio del problema para los ciudadanos y ciudadanas venezolanos se encuentra dentro del sector público de salud, es decir, cuando éste sea suficientemente fuerte para dar respuesta a los ciudadanos y ciudadanas todos, sin distinción de clase, raza, género o credo, tal como expresa la Constitución.

Nosotros proponemos que el ahorro, que es del orden de los dos mil millones de bolívares fuertes, sea trasladado anualmente a las instituciones públicas, a fin de fortalecer el funcionamiento del sector. Ello puede coadyudar a que en un futuro no tan lejano nuestros trabajadores y trabajadoras puedan ser satisfactoriamente atendidos en el sector público de salud y no haya necesidad de tener ese tipo de fondo autoadministrados ni esos seguros insuficientes.

–¿Esto es acompañado por los trabajadores, por los beneficiarios de esas instituciones?

–Fíjate, en el ámbito interno hemos obrado de conjunto con los beneficiarios, que son nuestros trabajadores y trabajadoras y sus familiares. Con ellos hemos estado sentados en la mesa discutiendo el tema, tanto con el personal activo como con las jubiladas y jubilados. Hemos logrado buena receptividad, porque éste es un asunto que nos afecta a todos y todas, y cuando el trabajador o trabajadora entiende que lo que buscamos es optimizar su plan de salud, el alcance de su cobertura, apoyan la propuesta.

En el ámbito externo hemos realizado dos reuniones con las clínicas privadas, con sus representantes asociados –dos asociaciones de clínicas privadas– más algunas que enviaron personal directo. En una primera reunión realizada en Indepabis les presentamos los números anteriormente expuestos, con las cifras en blanco y negro, y les entregamos un CD contentivo de un contrato. Pues esta Alianza también construyó un instrumento que nos permita de manera contractual poner reglas, debido a que las relaciones entre nuestras instituciones y esas entidades privadas no tienen un contrato legal. Simplemente son relaciones comerciales, “bueno tú eres mi proveedor de salud”, y cuando a la clínica le provoca te cierra el servicio inconsultamente, dejando en el aire y sin servicio a los trabajadores/as. Por ello, en pos de poner orden a dicha situación, ese día en Indepabis se les entregó un CD donde se muestran el convenio y los baremos, de acuerdo con la clasificación de las clínicas, tipos 1, 2 y 3.

Luego, convocamos a una segunda reunión para que ellas dijeran lo que pensaban de esa propuesta. Por supuesto, la mayoría de dichas organizaciones han señalado que tales precios son insostenibles, que hemos calculado sobre precios no actualizados. Lo cual quiero refutar de manera fehaciente: las facturas utilizadas para realizar el estudio son del primer trimestre de 2011. Todas son del primer trimestre y provienen de esas mismas clínicas que dicen que eso es insostenible. Nosotros preguntamos ¿Cómo es sostenible para nosotros seguir erogando ese volumen de dinero por los precios especulativos que las clínicas nos imponen? O sea, ¿es insostenible para las clínicas?, ¡no! Es insostenible para nosotros como entes del Estado seguir erogando semejante volumen de dinero por unos precios que son injustificados y especulativos.

Esto es una primera instancia. Luego ellos han alegado que los médicos tienen libre ejercicio de la medicina, etcétera, etcétera. Entonces volvemos al tema: mira, nosotros no le estamos diciendo al médico que no cobre su libre ejercicio de la medicina, pero sí les exigimos que los precios que cobre sean justos y razonables. Es decir, sencillamente estamos poniendo la balanza en donde tiene que estar, en un equilibrio, con precios

justos y razonables. En ningún momento estamos colocando precios que lleven a la quiebra o que vayan a disminuir absurdamente los ingresos no, no, no. Nosotros estamos demandando, vuelvo y repito, precios justos y razonables; precios que permitan menor afectación al bolsillo del Estado, en este caso ente protector de los trabajadores y trabajadoras, y del ciudadano o ciudadana común cuando tiene que pagar esa atención. Simplemente estamos diciendo: detengámonos, paremos aquí y controlemos los precios, para entonces realizar los estudios más profundos de estructuras de costos que nos permitan sincerar los precios que nos deben cobrar las clínicas privadas por la prestación de sus servicios.

La creación de la nueva Superintendencia de Precios y Costos Justos es un paso importantísimo y favorable a la propuesta que impulsamos. Justamente, eso que dice la Superintendencia, que deben construirse las estructuras de costos y los precios deben ser justos y razonables, es precisamente el espíritu que utilizó la Alianza en el momento de sentarse a construir los mencionados instrumentos regulatorios.

-Dános algunos ejemplos de lo que significaría este ahorro de 2.101.807.222 bolívares-.

-Sólo vamos a dar dos ejemplos que muestran la importancia de esta propuesta.

I.- Con el ahorro de 2100 millones de bolívares fuertes se podría aumentar inmediatamente en 25% el presupuesto actual del Ministerio de Salud.

II.- Si consideramos que la construcción de una vivienda popular puede estar en el orden de los 200.000 bolívares fuertes. Con ese ahorro se podrían construir aproximadamente 10.000 viviendas por año. O dicho de otra manera: cada año se dejan de construir 10.000 viviendas populares porque ese dinero se va al sector privado especulativo de salud.

Clínicas son más caras que hoteles de lujo*

*Alianza de instituciones usuarias de centros privados de salud detectaron sobrepuestos y ganancias exorbitantes

Los hoteles más lujosos de Caracas son más baratos que muchas de las clínicas privadas más conocidas de la ciudad. Lo revela Luisana Melo, gerente de salud de Cantv, en una entrevista publicada por el portal Web Aporrea.org. Ella es vocera de la Alianza Interinstitucional por la Salud, que integran Petróleos de Venezuela, Banco Central de Venezuela, Ministerio para la Educación, Ministerio para Interior y Justicia, Tribunal Supremo de Justicia, Instituto Nacional de Nutrición, Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral, Petroquímica de Venezuela, Banco Industrial de Venezuela, Fábrica nacional de Cementos y Compañía Anónima Teléfonos de Venezuela.

La organización definió unos precios o baremos de los servicios de las clínicas ajustados a parámetros equilibrados.

-¿Cómo surge la necesidad de implementar el baremo?

-La razón principal son los altos costos en salud que vienen soportando las instituciones del Estado. Estas instituciones manejan los recursos destinados a garantizar la atención a la salud de sus beneficiarios y beneficiarias, a través de la figura de fondos autoadministrados. La idea es

*Entrevista publicada en el diario "Ciudad Caracas", el jueves 28 de julio de 2011, pág. 8.

detener un poco esta espiral ascendente, exorbitante y especulativa de los precios que las clínicas nos cobran, mientras construimos, como lo estamos haciendo, las estructuras de costos. Pero para construir las estructuras de costos en salud, todo el que trabaja en salud y conoce de temas de salud sabe que es compleja y que no se hace de un día para otro, pues estamos hablando de aproximadamente tres mil procedimientos médicos.

Nosotros comparamos los precios de una habitación de las clínicas privadas de Caracas denominadas tipo A con los hoteles más lujosos de Caracas, vimos que las clínicas privadas tienen, por lo menos 20 o 25% por encima de las habitaciones de los hoteles más lujosos de Caracas.

Otro ejemplo impactante. Si a un ciudadano se le vence un presupuesto para una carta aval de una intervención que va a ser electiva y solicita nuevamente el presupuesto, porque el presupuesto tiene un periodo de vencimiento de 30 días, la diferencia entre ambos presupuestos es de alrededor del 25% más caro. O sea ¿qué ha ocurrido en este país para que entre mayo y junio de este año haya un aumento de 25% en un presupuesto para una intervención quirúrgica en cualquiera de las instituciones privadas del país? Son éstos algunos de los datos que luego podremos suministrar para que sean publicados y se demuestre lo que estoy diciendo.

–O sea, ¿el aumento se calcula sobre el precio aumentado y se vuelve a aumentar sobre el precio nuevamente aumentado?

–Exacto, eso ocurre en salud, es una situación incontrolable, una espiral de ascenso bárbara. Otra cosa que nos obligó a mirar esto fue cuando sumamos cuánto habíamos gastado en el año 2010 en el sector privado de salud. Resultó que la suma de gastos de las diez instituciones fueron más de seis mil millones de bolívares, ¡seis mil y pico de millones de bolívares fuertes! Y cuando revisamos cuánto fue el presupuesto del Ministerio del Poder Popular para la Salud en el año 2010, resulta que fue de nueve mil millones de bolívares. Este número es asombroso, significa que seis mil millones de bolívares es poco para cubrir las necesidades de cuatro millones y medios de personas, mientras el Ministerio de Salud con nueve mil millones debió cubrir las necesidades de 17 millones de personas, 60% de la

población que el Ministerio asume dentro de su cuidado. Estos números son los que hicieron a nuestras instituciones sentarse y buscar algunas propuestas que permitieran disminuir el volumen de dinero que estábamos desembolsando hacia el sector privado.

–Hablando de derechos: éste es un tema importante porque estamos hablando del modelo.

–Lo que hay por detrás del tema es la contradicción ideológica entre dos posturas. Es la visión de si ves a la salud como derecho o la ves como mercancía. ¿Es la salud un derecho? Si es un derecho, es también un bien público, independientemente de que el prestador del servicio sea estatal o privado.

Por otro lado, lo que está detrás de esto es que la salud es un mercado imperfecto. Entonces, no puede estar regida por las leyes del mercado, de la demanda y de la oferta. Es el pensamiento hegemónico del médico, quien sabe lo que tú tienes, cuáles son las consecuencias de lo que tienes y cuál es el tratamiento que te conviene, o sea, quien lo sabe es el médico, el que te lo propone es el médico. El conocimiento es asimétrico y por lo tanto no puede regirse por las leyes del mercado.

Es absolutamente imposible que podamos regir al tema de la salud por las leyes del mercado.

–¿Qué es el baremo?

–El baremo es una lista con el precio máximo que se va a pagar por determinada patología o por determinado servicio. Cuando construimos el baremo, la Alianza tomó las facturas y las evaluó según los rubros que establecen. Ellas tienen un rubro que se llama gastos fijos, que es todo el gasto de hotelería, ¿no?, la habitación, la cama, hasta el papel toilette. Todo ese gasto de hotelería representa 40% del gasto de la factura. Hay un rubro de insumos, que incluye medicamentos, exámenes y eso representa 30% de la factura. Otro son los honorarios profesionales o las manitos del médico que va a atender al ciudadano y eso representa 20%. Y luego un rubro que se llama equipos médicos, difícil de evaluar, que representa 10% de esa factura.

Se evaluaron las 2.900 patologías más frecuentes, se sacó una media-na y ése es el precio que ahorita estamos considerando.

Entonces, si vemos la metodología, en realidad sigue siendo una tí-mida forma de regular. Creo que con la estructura de costos lograremos todavía una reducción mayor.

–¿Cuántos son los beneficiarios? y ¿cuánto es el ahorro para las insti-tuciones?

–Los beneficiarios directos son 4.416.000 personas que nuestras instituciones amparan bajo planes de salud. Pero muy probablemente son muchos más, porque indirectamente esto va a conducir a otras institucio-nes del Estado, que están pagando al sector privado, a adherirse al baremo, permitiéndoles también obtener un ahorro sustancial.

*Luisana Melo,
integrante de la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS)*

“Baremo propuesto por la AIS parará estafa de clínicas privadas contra ciudadanos”*

La integrante de la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS), Luisana Melo, dijo que la propuesta de un baremo para un cobro justo de los servicios en clínicas privadas, presentado por dicha organización social, busca detener la estafa a que son sometidos los ciudadanos y ciuda-danas y no quebrar a esas empresas de la salud, como pretenden hacer ver algunos de sus empresarios.

En este mismo orden de ideas, informó además que la AIS considera inapropiada la medida de congelación de tarifas de las clínicas privadas por tan solo 15 días, dictada por el Ministerio para la Salud, pues significa caer en la trampa de esas empresas mercantiles, que mediáticamente en-gañan a la opinión pública al sostener que están en capacidad de presentar una estructura de costos que sincere sus tarifas; algo que los denunciante consideran más que imposible en tan corto tiempo, al tratarse de tres mil patologías (tipos de atención médico-quirúrgicas) a ser sistematizadas, lo que a su parecer es una labor compleja que requiere al menos lo que resta de año.

*Entrevista realizada por Carlos Machado para el semanario “Kikiriki”, Valencia, 27 de agosto a 2 de septiembre de 2011. Pág. 3.

Melo, en compañía de Luisa Castillo y Diana Materán, dictó el jueves 18 de agosto una charla informativa a los comunicadores alternativos y comunitarios que coinciden desde hace más de tres años en la Mesa MAC-Cantv, en la sede de la empresa telefónica nacional, en la avenida Libertador, para articular esfuerzos comunicacionales y de desarrollo de este sector comunicacional, surgido desde las bases populares que defienden la institucionalidad democrática establecida en la Constitución Bolivariana, a partir de su aprobación en 1999:

–La propuesta (de baremo) no plantea quebrar a nadie; la propuesta lo que plantea es disciplinar, hacia el interés público, los dineros y la atención del sector privado. ¿Y por qué decimos esto? Porque independientemente de que el prestador (del servicio de salud) sea privado, al constituirse la salud en un derecho, como dice nuestra Constitución, significa que es un bien público.

Melo informó así mismo que al frente de esta acción se encuentran voceros y voceras de 10 instituciones y empresas del Estado: Cantv, BIV, PDVSA, BCV, Fábrica Nacional del Cemento, TSJ, ministerios de Justicia y de Educación y el Instituto de Salud Agrícola Integral (Insai), que operan con los llamados Fondos Autoadministrados de Salud, que brindarían cobertura a unos cuatro millones y medio de trabajadores, incluídas sus familias, por medio de planes de salud.

Entre las irregularidades detectadas por este equipo, destacan: el fortalecimiento del sector privado en desmedro del sector público de salud, y ello lo corroboraría el exorbitante e inhumano incremento detectado en el cobro de medicamentos suministrados a pacientes, que no solo son lotes de tipo genético adquiridos más baratos que los de marca, sino lo que es más grave aún: con incrementos en las facturas de cobro por encima de un mil por ciento sobre el precio original en el Mercado.

En cuanto a lo del fortalecimiento del sector privado de la salud, Melo informó que se expresa en que mientras hoy el sector público de salud cuenta con un presupuesto de nueve mil millones de bolívares fuertes, las empresas mercantiles de salud que prestan servicio a estas 10 institucio-

nes y empresas del estado captan unos seis mil millones, o sea el equivalente a 67% del monto total del primero.

Montos exorbitantes

Melo sostiene que: “Desde el punto de vista conceptual, tenemos posturas diferentes frente a las empresas privadas que proveen salud: son empresas privadas, tienen una postura capitalista, tienen una postura mercantilista; por supuesto, porque eso (la salud) es un negocio para ellas (las clínicas privadas)”.

Al aclarar que tal situación deriva de una confrontación con esa postura, la activista social por el derecho a la salud reveló que fueron las continuas denuncias de los afectados lo que condujo a detectar la gravedad de la situación:

–Comenzamos a evidenciar la magnitud (...) a raíz de estos problemas que los trabajadores nos venían planteando: “Oye, somos exprimidos; oye, nos dejan esperando; oye, ¿cuando se acaba la cobertura qué pasa?”. A la salud, incluso como la estamos cuidando aquí, en estas empresas (e instituciones del Estado) donde tenemos planes de salud, le estamos poniendo precio.

De tal manera, agregó, que la duración y calidad de la cobertura del paciente estará en razón del monto que cancele, sea éste mayor o menor, al afiliarse al plan de salud:

–Entonces, su salud vale lo que vale esa cobertura. Cuando se me acaba la cobertura, ¿qué pasa con mi salud? Ah, entonces en las clínicas te dicen: “Vamos, pa’ fuera”. O sea, ahí no hay pataleo, ni se les agua la pepa del ojo para mandarte afuera, no.

Melo aclara que esa es la confrontación que la AIS estaría poniendo en evidencia, luego de que en el marco de sus investigaciones se preguntasen sobre el impacto de la misma en la realidad que a diario percibían los funcionarios y funcionarias encargados de administrar dichos fondos en estos 10 entes del estado:

–¿Qué significaba? Que todos los años teníamos que aumentar de manera exorbitante el fondo (administrado de salud), porque si no, no podíamos cubrir los gastos (de salud) de nuestros trabajadores y trabajadoras. Y de allí se concibió entonces este proyecto de Alianza Interinstitucional por la Salud, de los órganos, ministerios y otros entes del Estado con fondos autoadministrados de salud, para trazar estrategias que contribuyan a garantizar el derecho a ella de nuestros beneficiados y beneficiadas.

Reveló que tanto el BCV como Pdvsa vienen manejando con anterioridad su propio baremo, lo que les sirvió de ejemplo a seguir; y que, al averiguar sobre el costo de una determinada intervención quirúrgica, detectaron que las tarifas “varían exorbitantemente en la misma clínica, dependiendo del precio de la póliza”. ¿Cuál es entonces el precio real de la operación?

Solamente con su aplicación se podrá detener especulación

El Baremo es el instrumento idóneo para congelar precios de clínicas*

*Luisana Melo aspira a que los centros privados de salud se ajusten a esos parámetros para garantizar la transparencia.

La próxima semana se vence el acuerdo de congelamiento de las tarifas que cobran las clínicas privadas por los servicios de salud y hasta ahora no se ha logrado un convenio con la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados sobre un baremo para lograr una mayor transparencia de los costos de esos servicios, manifestó Luisana Melo, vocera de la Alianza Interinstitucional por la Salud:

–La Alianza Interinstitucional por la Salud presentó tres baremos, de acuerdo al tipo de clínica, pero la Asociación está reticente a aceptarlo. Sólo tres entidades han firmado el baremo con nosotros y tres más están por firmar. Eso quiere decir que es viable. Lo que buscamos es disciplinar esos costos, aunque todavía haya resistencia, explicó la vocera del grupo de instituciones públicas.

El baremo no es más que una tabla con precios fijos para un año de servicios: “Es fundamental partir de esta referencia si queremos darle

*Entrevista publicada en el diario “El Correo del Orinoco”, de 2 de septiembre de 2011, realizada y redactada por Manuel López.

transparencia a los costos de los servicios. Si logramos que eso se regule, obtendremos un impacto importante en la disminución del índice de inflación”, enfatizó la servidora pública.

Melo informó que se han realizado dos reuniones con las clínicas y aspiran a que el Legislativo y el Ejecutivo legislen sobre esa materia: “Ellas nos imponen los precios todos los días y queremos que paren la especulación: por eso pedimos el control de precios. Sólo después será posible consensuar los incrementos de los costos de los servicios”, planteó la vocera.

Antecedentes

—Ante el maltrato, la exclusión y la diferencia tan arbitraria de costos en los servicios de las clínicas privadas, las trabajadoras y trabajadores plantearon la necesidad de revisar las coberturas que estaban suministrando los prestadores de ese servicio, explicó Melo.

Fue así como nació la Alianza Interinstitucional por la Salud, formada por 11 organismos públicos (recientemente se incorporó la Alcaldía de Vargas) con la finalidad de establecer un baremo de los costos que impida la arbitrariedad reinante ahora en el cobro de las clínicas; incluso en la variación de los precios en una misma clínica dependiendo del paciente.

Las trabajadoras y trabajadores afiliados a esa alianza por la salud superan los 4,4 millones de personas: “Esto nos ha permitido ahorros, pero la especulación de las clínicas ha incrementado demasiado los costos y decidimos actuar en conjunto. Se trata de una santa alianza para buscar cohesión”, agregó la servidora pública.

El diagnóstico

En octubre del año pasado comenzamos a realizar un análisis de los cobros que realizaban las clínicas a los afiliados. El estudio dictaminó que es tal el desbarajuste, que para un mismo servicio y paciente había diferencias entre los costos presupuestarios según fuera la forma de pago. El costo

para un fondo autoadministrado es casi el doble que para una persona natural, explicó la también Gerente de Salud de Cantv:

—Cómo es posible que a un paciente que trabaja en la Cantv, por una operación del manguito rotatorio le cobren 14.167 bolívares, mientras que al que va de Pdvsa le salga por 6 mil bolívares, se preguntó la vocera de la Alianza.

Las erogaciones de ésta superan los seis mil millones de bolívares en pólizas de HCM. Con la propuesta del baremo presentado semanas atrás a la Asamblea Nacional se podrán ahorrar dos mil millones largos de bolívares, lo que significa una reducción de costos para las instituciones públicas de 34 % anual respecto a lo pagado, ratificó Melo.

Por ahora, el baremo cubre los gastos de las clínicas y los honorarios médicos, porque el costo de los equipos médicos y el suministro de medicamentos es más complejo y necesitan más tiempo para su evaluación. Lo que se está regulando abarca 60% de la facturación: “Lo que aspiramos es que más clínicas se sumen al baremo”.

La Alianza no está cerrada a la incorporación de nuevos miembros. Lo necesario es que cada institución tiene que crear una organización mínima para administrar ese fondo. Hasta ahora hay 11 organismos: Pdvsa, Pequiven, Cantv, BCV, BIV, TSJ, Ministerios del Poder Popular para la Educación y para el Interior y Justicia, Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral, Fábrica Nacional de Cemento y Alcaldía de Vargas.

Clínicas no han respetado congelación de precios*

*Con pruebas en la mano, la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS) reclamó a la Asociación de Clínicas privadas por no respetar la congelación de precios acordada el pasado 17 de agosto, informó la vocera de la institución Yadira Dávila.

En reunión sostenida ayer entre miembros de la Alianza y representantes de los empresarios de la salud, se enseñaron facturas que demostraban que algunas clínicas han seguido aumentando los precios, explicó Dávila en declaraciones a los medios de comunicación, luego de su ponencia en el foro “La regulación de los precios en el sector privado de la salud”, realizado en el auditorium de Cantv, en la avenida Libertador:

–Les dijimos que queremos respeto y responsabilidad por parte de ellos, señaló Dávila, quien es Gerente de Salud de Petróleos de Venezuela.

Sin embargo, agregó que se notó por parte de los empresarios buena disposición a dialogar.

Un mes para llegar a acuerdos

Hasta el 25 de noviembre es el Nuevo plazo para que la Asociación de Clínicas y la Alianza Interinstitucional por la Salud lleguen a un acuer-

*Publicado en la página web del diario “Ciudad Caracas”: <http://www.ciudadccs.info>, el 26 de octubre de 2011.

do con respecto al baremo que regulará los precios de los servicios de los centros privados.

Luisana Melo, Gerente de Salud de la CANTV y representante de la Alianza, informó que la próxima reunión será el martes 1º de noviembre de este mismo año:

–Nosotros ya le presentamos a ellos nuestra propuesta de baremo, es decir, una lista de precios. Como no todas las clínicas ofrecen los mismos servicios, las clasificamos en tres grupos y elaboramos tres listas ad hoc, aclaró Melo.

–Ayer (el martes pasado) les presentamos la propuesta en una reunión efectuada en la Vicepresidencia de la República. Ahora, ellos tienen que revisarla y, si nos demuestran con pruebas que los precios estipulados son injustos, estamos dispuestos a modificarlos; pero que sea con estudios serios, como los que hicimos nosotros, agregó.

Informar al pueblo

Melo recalcó la importancia de que las personas conozcan en qué medida la especulación de las empresas de salud las afectan, por lo que continuarán realizando foros sobre los avances de la propuesta.

Enriquecimiento a costa de la salud del pueblo

Con ejemplos de medicamentos que cuestan en una clínica hasta 1.300% más que en una farmacia, Luisana Melo explicó a los trabajadores de la Cantv las razones para implementar un baremo único en los centros de salud privados.

–Nosotros no queremos que las clínicas quiebren, ni que las expropien, pero tampoco vamos a permitir que nos roben ni que sigan enriqueciéndose a costa de la salud del pueblo, expresó Melo.

Señaló que no se trata solo de los centros de salud, sino también de las empresas aseguradoras.

–Algunas instituciones de la Alianza ya no usamos pólizas con aseguradoras, sino fondos autoadministrados de salud; y solo con eliminar el intermediario nos ahorramos 30% de los recursos, acotó.

Para los miembros de la Alianza Interinstitucional lo más importante es que se puede invertir más en el fortalecimiento del sistema de salud pública a fin de avanzar hacia su consolidación.

Estamos a un paso de ponerle freno a la discriminación y a los precios abusivos de las clínicas*

El tema de los precios y la atención de las clínicas privadas, se ha convertido en un debate nacional. Desde el mes de julio ha ocupado la portada de los periódicos y espacios en televisión, y todos los portales de noticias especializados en Internet. Aporrea publicó entonces una entrevista a la Dra. Luisana Melo, Gerente de Salud de Cantv y vocera de la Alianza Interinstitucional por la Salud. Esa entrevista, que levantó un gran debate, puede revisarse siguiendo el link.

Desde entonces, además del debate, los trabajadores de esas instituciones han venido luchando en conjunto con foros, movilizaciones, declaraciones, etcétera, para detener lo que en su momento fue considerado una verdadera estafa, tanto por los precios cobrados por la atención de salud como por la atención discriminatoria que venían recibiendo.

Hoy el gobierno nacional ha avalado el estudio que han hecho los integrantes de la Alianza y plantean una negociación con las clínicas privadas para poner en práctica los instrumentos del Baremo impulsado por estas instituciones.

Para saber en qué momento se encuentra la lucha conversamos nuevamente con la Dra. Luisana Melo.

*Entrevista concedida a Carlos Carcione, investigador del Centro Internacional Miranda. Publicada en "Aporrea.com", el 02/11/11.

–Buenos días Luisana, cómo estás, bienvenida.

–Buenos días Carlos, cómo estás, gracias por la oportunidad de llegarle de nuevo a los usuarios y usuarias de Aporrea.

–Queremos saber... ¿Cómo está la situación en esta lucha por la regulación de los precios de la salud privada?

–Bueno, es muy importante señalarte que estamos en una etapa que pudiéramos llamar de avance. Hemos avanzado desde julio de este año cuando tuvimos el primer encuentro con la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH).

El avance significativo es, primero, que el Gobierno nacional, fiel a su compromiso de garantizar la salud del pueblo, le dio el espaldarazo a la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS) para que tuviera la oportunidad de negociar en bloque con la asociación de clínica privadas los precios que el sector privado de salud le cobran a estas instituciones. Esto ha significado que ya tuvimos una reunión con los representantes de las clínicas privadas donde establecimos una primera serie, vamos a llamarla de acuerdos para el proceso de negociación.

El primero al que fuimos llegando, muy importante, es que la Alianza Interinstitucional es la instancia de negociación con las clínicas privadas. O sea, que somos nosotros en bloque los que vamos a negociar y sobre la base de nuestra propuesta.

Por ahora estas once instituciones (déjame hacer un paréntesis y decirte que no solo son once, en este momento hay ocho más que están solicitando pertenecer a la Alianza), tienen la autorización del Gobierno nacional para negociar en bloque los precios que se nos están facturando por el servicio privado de salud. Eso es una primera base. El otro acuerdo a que llegamos para la negociación, es que la misma va a ser con base nuestra propuesta. O sea, tenemos una propuesta que construimos, como dije la vez anterior, después de un estudio con un equipo multidisciplinario de profesionales que tienen los conocimientos necesarios para haber hecho esta propuesta, la cual es un baremo de precios que además está amarrado a una serie de normas reguladoras de otros aspectos.

Porque es muy importante decir que el tema no solo son los precios, sino que está la atención, la calidad de la atención, y cómo la relación con el usuario y la usuaria de las clínicas debe estar dentro de los cánones de la humanización, de la calidad, de la calidez, o sea, debe estar dentro de cánones que coadyuven a la protección de la salud de los pacientes. En definitiva, el proceso de negociación se va a llevar a cabo de acuerdo con una propuesta que está sobre la mesa desde julio, la propuesta que la Alianza Interinstitucional construyó durante todo un año de trabajo.

–¿Por qué crees que se da este avance, es decir, tuvo algo que ver el congelamiento de precios propuesto?

–Sí claro. Fíjate, en una primera etapa de negociación con el sector privado de salud el alto gobierno construyó con ellos una serie de acuerdos entre los cuales estaba el congelamiento de precios. Pero qué pasa, de agosto, cuando comenzó el congelamiento, hasta octubre, hemos demostrado de manera fehaciente (factura en mano) que no existió tal congelamiento. Que las clínicas privadas siguieron aumentando los precios indiscriminadamente de manera arbitraria, sin ningún tipo de consideración, sin ningún tipo de aviso previo, sino simplemente siguieron aumentando precios. O sea, que el congelamiento en la práctica no fue acatado. Las clínicas privadas violaron uno de los acuerdos a que llegaron con el alto gobierno. Esto demostró que la única manera real de hacer un congelamiento es tener una tabla de referencia. Esa tabla de referencia es el baremo.

El baremo es una lista de los precios máximos que vamos a pagar, y esa lista de precios máximos, si se aplica durante un año, estará congelando los precios durante ese lapso.

–Aunque ya lo has dicho es bueno recordar cuánto sería el ahorro que se lograría con la aplicación del baremo.

– Si, de aplicar el baremo tal cual como está en la propuesta, significaría aproximadamente 34 por ciento de ahorro respecto al monto que las instituciones de la AIS transfirieron al sector privado de salud el año pasado. Eso está en el orden de los dos mil doscientos (2.200) millones de bolívares fuertes. Pero, además, es importante, y bueno que lo pongamos

en el tapete, saber que la propuesta que tenemos en la mesa no solo significa ahorro de dinero, también estará normando la atención que reciben nuestros trabajadores y trabajadoras.

–¿Y con qué parámetros normaría la relación, con qué parámetros constituyeron ustedes ese tipo de convenio?

–El primer parámetro que significa la experiencia y cantidad de denuncias que nos venían haciendo nuestros trabajadores y trabajadoras. Recuerda que esta alianza tiene un elemento importantísimo, que quizás sea lo más rico de ella, es que estamos sentados los trabajadores y trabajadoras de la burocracia con el personal organizado de nuestras instituciones. Pasa entonces que los trabajadores/as organizados/as venían haciendo una serie de denuncias acerca de cómo son tratados en los servicios privados de salud, y además se evidenciaban las diferencias entre unas instituciones y otras, pues a los trabajadores/as de aquellas cuyas coberturas son menores, se les trata de manera más discriminada que a los trabajadores de instituciones cuyas coberturas son mayores. Entonces, se da una suerte de clasificación de nuestros trabajadores/as, como de primera, de segunda o de tercera, de acuerdo con el monto de su cobertura. Por eso nosotros pusimos especial énfasis en cómo debe ser la relación. Es un paso hacia la homogeneización, hacia la disminución de las brechas existentes entre trabajadores y trabajadoras del sector público.

–¿Significaría un trato más igualitario por parte de las clínicas hacia los trabajadores?

–Exactamente, por eso el baremo está amarrado a una serie de normas.

– ¿Qué ejemplo me podrías dar?

–Supongamos un trabajador del Ministerio de Educación cuyo monto de cobertura son de 20 mil bolívares, ese trabajador simplemente no es aceptado en ninguna de las clínicas tipo “A” de esta ciudad. Y nos dirán, bueno, pero es que 20 mil bolívares no alcanzan para nada, y contestamos en la Alianza, bueno, a lo mejor no alcanza para una enfermedad catastrófica o para una internación en terapia intensiva, pero, por ejemplo, si necesita hacerse un examen de hemodinamia, que solo se hacen en estas

clínicas tipo A, su póliza le alcanzaría; mas, qué pasa a este trabajador, simplemente se le dice “no, busque la ayuda en otra parte para que se pueda hacer el examen, porque su póliza aquí no la aceptamos”: esto es profundamente injusto e inequitativo.

También resulta que a los trabajadores y trabajadoras, los de CANTV por ejemplo, los dejan esperando, pues pasa por encima cualquier otro ciudadano o ciudadana que llega pagando cash o con tarjeta de crédito; el que va por una póliza del Estado tiene que esperar allí todo el tiempo que a ellos les parece. Existen asimismo otras discriminaciones, por ejemplo, a Pdvsa hay clínicas de esta ciudad que no aceptan a sus trabajadores/as, simple y llanamente se dan el lujo de decir “no, yo no trabajo con Pdvsa”.

Este tipo de cosas son realmente inaceptables, no las podemos seguir tolerando. Qué decimos nosotros, resulta que la Alianza es una agrupación donde estamos esas instituciones estatales, nuestros trabajadores/as tienen los mismos derechos, requieren las mismas condiciones, por lo tanto, si no aceptas mi trabajador, entonces tampoco aceptas el de las otras diez instituciones que están en la Alianza. Es decir, o aceptas a todos o no aceptas a ninguno. Y debes aceptarnos con las condiciones de humanidad, calidad y calidez posibles, con todo lo que garantice, por encima de lo que hoy estamos recibiendo, un servicio cabal.

–¿O sea, que además de especulación en los precios habría también una discriminación entre los propios trabajadores?

–Sí, eso fue el origen de este proceso, las constantes quejas que las trabajadoras y trabajadores organizados venían haciendo en nuestras gerencias con relación al trato discriminatorio que recibían en las instituciones privadas de salud.

–¿En qué consistiría la negociación?

–La negociación consiste en que la AVCH revise nuestra propuesta y haga sus observaciones y la Alianza verifique si esas observaciones son pertinentes y se llegue a un acuerdo. La primera reunión la tuvimos el martes 25 de octubre en la Vicepresidencia, donde el Vicepresidente Elías Jaua le comunicó a la Asociación que el Gobierno Nacional autori-

zaba a la AIS a negociar en bloque los precios que el sector privado nos impone. Allí llegamos al acuerdo de iniciar el proceso de negociación el martes 01 de noviembre; previamente el viernes 28 de octubre realizamos una reunión para establecer la agenda de negociación, la metodología y el cronograma.

En la reunión del martes la asociación de clínicas privadas presentaría sus observaciones con base en la propuesta que ya está en la mesa, y deberá convencernos con argumentos que estimemos válidos de la necesidad de modificar esa propuesta, como en toda negociación. O sea, yo te lanzo un grupo de propuestas, tú las revisas, nos dices las observaciones y discutimos para obtener términos que permitan llegar al consenso. Es preciso negociar sobre la base de nuestra propuesta, no tenemos ninguna duda, estamos dispuestos a llegar a un acuerdo, a revisar los puntos en los cuales las clínicas difieran, pero la negociación debe basarse sobre la propuesta en mesa, que es la del baremo construido por la Alianza y presentado a la AVCH en julio de este año.

–¿Qué expectativas tienes en relación con este tipo de negociación?

–Creo que estamos obligados a llegar a un acuerdo, ambas partes están obligadas a llegar a un acuerdo. Y por eso en esta reunión preliminar nos pusimos como condición la posibilidad de estar abiertos a la negociación, siempre dejando claro que no vamos a negociar calidad del servicio, no vamos a negociar la fragmentación de los servicios, no vamos a negociar cosas que consideremos vayan en perjuicio de los trabajadores y trabajadoras, eso no es negociable. Son negociables las observaciones de las clínicas cuya argumentación nos convenza de que realmente nuestra propuesta, en algún punto, es injusta o está evaluando el procedimiento o el acto médico quirúrgico muy por debajo de los límites justos y razonables. O sea, si hay una argumentación que nos demuestra o nos permite entender que ciertamente tal elemento o factor está por debajo de lo que en realidad corresponde, bueno ese factor se puede negociar, estará abierto a la negociación. Eso sí –es muy importante que lo digamos–, estamos abierto a la negociación, pero siempre

teniendo en claro que no es negociable lo que signifique perjuicio para los trabajadores y trabajadoras.

–¿Desde cuándo es que tiene conocimiento esta asociación de clínicas de la propuesta de ustedes?

–Es una pregunta muy importante, Carlos, fíjate, la asociación de clínicas privadas tiene en sus manos la propuesta desde julio de este año. Se la entregamos en una primera reunión realizada en Indepabis, lo que implica que han tenido suficiente tiempo de estudiarla y revisarla. Es importante enfatizar que dicha propuesta no fue sacada debajo de la manga, los precios no son inventados, extraídos de nuestras cabezas, son obtenidos de la propia facturación de las clínicas privadas, es decir, de su propio mercado. Resultaron de un estudio estadístico de las facturas cobradas a nuestras instituciones en el primer cuatrimestre de este año. Un estudio, lo dije antes, realizado con un grupo de especialistas, que investigaron con los métodos estadísticos y actuariales necesarios para llegar con seriedad a este resultado. Se trata de una propuesta técnicamente sólida.

–Muy bien, entonces, suponiendo que logran el acuerdo que están buscando, ¿se podría decir que se ha avanzado en la solución de este problema de la salud para los trabajadores?

–Es muy importante aclarar este punto también, lo que estamos trabajando con el sector privado pone en el debate público dos posturas, dos visiones ideológicas de país –¿La salud es un derecho o es una mercancía?– y no me canso de repetirlo, ya lo dije en la otra entrevista también, porque eso es lo que está detrás de esto.

Esas visiones ponen en el tapete la lucha capital-trabajo, ponen de relieve las dos concepciones acerca del país, cómo vez la salud, cuál es tu posición de clase, dónde estás situado cómo trabajador o trabajadora.

Entonces, el problema de la salud, tal como está plasmado en nuestra Constitución, se puede resolver sólo a través del Sistema Público Nacional de Salud, un sistema público, universal, equitativo e integral, solo así podemos resolver el problema de la salud. Ahora, esto que estamos haciendo no es revolucionario, está dentro de las mismas reglas del capital, solamente

estamos poniendo orden, normando la relación con el capital. Relación que además, en cualquier otro país, capitalista o no, está siendo regulada.

Lo revolucionario aquí es que el Estado, a través de estas instituciones articuladas, vio un problema y buscó una solución en conjunto. Es decir, nosotros logramos construir la posibilidad de plantear una solución donde el Estado está articulado, donde el Estado rompe con la fragmentación que aún se mantiene. Un Estado que todavía es un Estado burgués, y justamente una de las formas como el capitalismo logra lo que logra es a través de la desarticulación, de la fragmentación. Todo el mundo viéndose su ombliguito, cada ministerio se ve su pedacito. Lo que hemos logrado con la Alianza es que todas estas instituciones de diferentes ministerios estén sentadas en la mesa, vieron un problema común y le están buscando una solución común.

Además, fíjate, otra cosa importantísima, hemos dado el debate con los trabajadores y trabajadoras y ellos/as comienzan a entender que el problema va mas allá de “no me toques mi HCM”, “con mi HCM no te metas”, va mas allá de “auméntame la cobertura”, “vamos a regular los precios de las clínicas”. Los trabajadores/as saben que en este momento la lucha en común es por regular el mercado del sector privado de salud, pero que la cosa va hacia la consolidación de lo que sería un Sistema Público Nacional de Salud fortalecido y la migración de todos y todas a él.

-Entonces, ya hablamos de la equidad, hablamos de que es una solución de transición... Yo quisiera que, desde el punto de vista más humano, me cuentes cómo te sientes con estos cinco meses de lucha para tratar de imponer ese paso de avance en el grave problema de la salud de los trabajadores.

-Bueno, lo primero que tengo que resaltar es que creo que ha sido un proceso enriquecedor, un proceso que ha permitido mirar un problema desde diversas perspectivas. Porque cada una de las instituciones tiene su perspectiva, y sobre todo, lo más enriquecedor ha sido el trabajo con los trabajadores y trabajadoras organizadas, creo que el hecho de que ellos se hayan involucrado en el tema, hayan entendido el problema, lo hayamos

discutido desde las diferentes posturas, ha sido la mayor ganancia. Que los trabajadores y trabajadoras estén sentados en la mesa y apoyando es el logro más importante.

Y gracias a esa participación protagónica de los trabajadores/as organizados hemos llegado a donde estamos. Han sido ellos los que han logrado esto y yo quiero hacerles un reconocimiento, en general a todos, pero en especial a los trabajadores y trabajadoras organizados de Cantv. Creo realmente que la relación establecida por éstos con nosotros/as y con el tema ha permitido que desmenuemos el problema y lo profundicemos, y que en realidad sean ellos los voceros, impulsores y sostenedores de la propuesta.

Creo, entonces, que desde el punto de vista humano esta lucha nos ha enriquecido, una lucha común que nos ha permitido avanzar en la transformación de la relación de esos trabajadores y trabajadoras con la propia institución. Una institución que, aun cuando tiene cuatro años de nacionalizada, estuvo dieciséis años privatizada y la relación entre los trabajadores/as y la gerencia de la empresa era absolutamente distinta y distante. Este proceso ha permitido un acercamiento, una relación diferente entre gerentes y trabajadores/as organizados, lo que a su vez ha permitido discusión, avance y apoyo en un tema tan sensible para todas y todos. Creo que allí ha estado la mayor ganancia.

Lo más importante sin embargo es que hoy estamos a un paso de ponerle un freno a la discriminación y los precios abusivos.

Asociación de clínicas suspendió mesa de negociación con alianza gubernamental*

La Asociación de Clínicas Privadas suspendió temporalmente la mesa de acuerdos con la Alianza Interinstitucional de la Salud, por no estar conforme con la propuesta de una normativa que establece 60 días como plazo para el pago de servicios de por parte de los entes del Estado:

–Proponemos un plazo de 60 días (para el pago) porque es lo que ocurre en la práctica. En estas instituciones que conforman la Alianza y que tienen vinculación y convenios con la Asociación de Clínicas Privadas, esos son los tiempos en la práctica; y no sólo 60 días, sino que llegan a 70 u 80, explicó el Director Ejecutivo de Salud de Petróleos de Venezuela (Pdvsa), Freddy Rojas, en una rueda de prensa ofrecida en la sede principal de la Cantv.

Por su parte, la vocera de la Alianza Interinstitucional por la Salud, Luisana Melo, dijo que el sector privado de salud exigió un plazo de 30 días, alegando que el Estado “tiene una fuerte deuda” y que no se podían sostener en 60 días.

Sin embargo, destacó que, aunque el alegato de las clínicas privadas es que las instituciones estatales están morosas, lo cierto es que “el volumen de dinero que se está transfiriendo al sector privado de salud es del orden

*Nota de prensa elaborada y publicada por la “Agencia Venezolana de Noticias” (AVN), el 11 de noviembre de 2011.

de los 6 mil millones de bolívares, y el cuadro de deuda que ellos nos presentaron estima 230 millones”.

Melo puntualizo que “se trata de un mecanismo de demora para seguir prolongando el tiempo de medidas reguladoras que permitan controlar los precios especulativos de las clínicas privadas”.

Las conversaciones entre la Alianza Interinstitucional de la Salud, integrada por 12 instituciones del Estado, y la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales Privados, se iniciaron el pasado 25 de octubre para impulsar la aplicación de un baremo a los prestadores del servicio de salud privada, con el objetivo de establecer un precio justo.

La Alianza Interinstitucional de la Salud está conformada por el Banco Central de Venezuela (BCV), Banco Industrial de Venezuela (BIV), Cantv, Petróleos de Venezuela (Pdvsa), ministerios de Educación, Relaciones Exteriores y Justicia, Alcaldía de Vargas, Fábrica Nacional de Cementos (FNC), Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral (Insai) y Petroquímica de Venezuela, entre otros.

Desde esta Alianza se instó a la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados a que atiendan el llamado de negociación del Presidente de la República Hugo Chávez y a que no obstaculicen esta negociación, cuyo objetivo es llegar a un acuerdo en el sector salud que beneficie a los trabajadores y a Venezuela en general.

Estado continúa diálogo sobre baremo de salud*

Las negociaciones para lograr un acuerdo entre la Alianza Interinstitucional para la Salud (AIS) y representantes de clínicas privadas están aprobadas en 85%.

No obstante, Luisana Melo, vocera de la AIS, señaló que la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH) mantiene resistencia a aprobar las cláusulas sobre lapsos para la cancelación de deudas y el establecimiento de un baremo de precios para el próximo año:

-La Asociación de Clínicas ha suspendido en varias oportunidades la negociación, explicó Melo, quien señaló además que los voceros de la AVCH han puesto una piedra de tranca al solicitar tiempos de pago “imposibles de cumplir”, debido a las normativas vigentes de control y auditoría de las instituciones estatales:

-Hoy en día el Estado les paga a las clínicas privadas en un lapso que oscila entre 90 y 120 días; algunas instituciones pagan en menos. Nosotros proponemos pagarles en 60 días, pero ellos quieren un lapso de 30. Esto no es sólo imposible de cumplir, sino que, además, pretenden establecer intereses de mora o la suspensión de servicios médicos en caso de retrasos, dijo.

*Nota de prensa publicada por el diario “Ciudad Caracas”, en su página web: <http://www.ciudadccs.info>, el 22 de noviembre de 2011. La firma el periodista Andrés Paravisini.

Desde el pasado 25 de octubre la AIS representa a 11 instituciones del Estado, con fondos autogestionados de salud, que favorecen a más de cuatro millones de beneficiarios.

Por su parte la AVCH representa a 186 de 900 centros privados de salud que existen en todo el territorio nacional.

El objetivo es acordar mecanismos que permitan, entre otras cosas, regular los precios del sector de salud privado.

La iniciativa surgió en 2010, luego de que las referidas instituciones públicas se reunieran para discutir irregularidades en el aumento indiscriminado de precios y tarifas, suspensión de servicios y atención discriminatoria a trabajadores públicos en las clínicas, así como otros problemas que incidían negativamente en el uso de más de seis mil millones de bolívares al año.

Luisana Melo, Gerente de Salud

Estamos a un paso de ponerle freno a la especulación*

*Cantv, como miembro de la Alianza Interinstitucional por la Salud, impulsa la instauración de una relación transparente y justa entre instituciones públicas y los prestadores privados de servicios de salud, para lograr un sistema de protección en beneficio de los trabajadores y fortalecer el rol regulador del Estado en materia de precios.

Desde hace más de un año, diversas instituciones del Estado que manejan fondos autoadministrados para la salud, es decir, que no contratan con empresas de seguros sino que negocian directamente con las clínicas, conformaron la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS), en función de construir una lista de precios o baremo que permita controlar los altos costos impuestos por las clínicas privadas.

Esta experiencia inédita, que reúne a 14 entes estatales, entre ellos Cantv y sus empresas filiales, surge a partir de las innumerables denuncias realizadas por trabajadores del sector público sobre la especulación que ejercen las clínicas en la prestación de sus servicios.

En ese sentido, la AIS, sobre la base de la propia facturación de las

*Entrevista publicada en la revista institucional de la Cantv "Contacto", n° 219, noviembre-diciembre de 2011, págs. 18 a 21.

clínicas y con la participación de un grupo interdisciplinario, elaboró un riguroso estudio que develó un sinfín de irregularidades.

Diferencias de hasta 80% en los presupuestos por un mismo servicio, dependiendo de la institución estatal que cancela; incremento de hasta 1000% en los costos de los medicamentos con respecto al precio en farmacias; aumentos superiores a 18% en el lapso de un mes, y suspensiones inconsultas de los servicios por parte de las clínicas, fueron algunos de los hallazgos más alarmantes que puso en el debate la AIS.

La Gerente de Salud y vocera de la Alianza, Luisana Melo, explicó a *Contacto* que, en aras de permitir el uso eficiente y controlado de los recursos, se construyó un baremo o listado de precios máximos que pagarán las instituciones públicas por los servicios privados de salud:

–Para la construcción de los baremos las clínicas fueron clasificadas en tres grupos, tipos 1, 2 y 3, tomando como referencia la metodología de la Organización Panamericana de la Salud, que considera aspectos como estructura física, tecnología y servicios ofrecidos por la clínica, detalló.

La presentación pública de la propuesta y la instalación de una mesa de negociación con la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales, generó intensas pero productivas discusiones, que a finales de 2011 se tradujeron en un avance de 85% de las cláusulas aprobadas por ambas partes.

Fortaleza del Sistema Público de Salud

Al ser consultada sobre el respaldo que ha recibido esta iniciativa, Melo comentó: “Es importante destacar que el apoyo más significativo ha sido por parte de las trabajadoras y trabajadores de las instituciones adheridas a esta iniciativa, así como del Gobierno Bolivariano, que, fiel a su compromiso de garantizar la salud del pueblo, le dio un espaldarazo a la Alianza para que negociara en bloque con la asociación de clínicas privadas los precios que el sector privado de salud cobra”.

La Gerente indicó que el tema de la salud privada obliga al acuerdo entre grupos con intereses contrarios: “En estas reuniones preliminares hemos estado abiertos a la negociación, siempre dejando claro que no va-

mos a negociar la calidad ni la fragmentación de los servicios, ni aspectos que consideremos vayan en perjuicio de los beneficiarios”.

Asimismo, resaltó otro aspecto relevante de la propuesta: el ahorro que representa para el Estado la aprobación del referido baremo, recursos que pudieran ser reinvertidos en el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud:

–El ahorro significaría aproximadamente 34% respecto al monto que todas las instituciones de la AIS transfirieron al sector privado de salud en 2010. Eso está en el orden de los 2 mil 200 millones de bolívares. Además, es importante decir que la propuesta no sólo incluye ahorro de dinero, sino también norma la atención que reciben nuestros trabajadores y trabajadoras, detalló Melo.

Esfuerzo colectivo que revoluciona

Diversas reacciones ha despertado la presentación del baremo entre los servidores públicos de la Empresa. Algunos conocen de cerca la propuesta y comprenden la necesidad de tomar acciones contundentes en función de su propio beneficio. No obstante, existen trabajadores que, por desconocimiento, temen por la supuesta pérdida de beneficios.

Sobre este tema, la Gerente de Salud afirmó: “Hemos logrado todo esto porque los trabajadores y trabajadoras han acompañado la propuesta, la han entendido, la han discutido, la han llevado a sus puestos de trabajo. Quiero hacer un reconocimiento general a todos, especialmente a la clase trabajadora organizada de Cantv, que se ha convertido en vocera e impulsora de esta propuesta. A quienes aún no se involucran, les invito a conocerla y apoyarla, porque es una medida para el beneficio colectivo”.

Los avances alcanzados en la discusión del baremo han sido posibles gracias al trabajo conjunto de las instituciones públicas que conforman la Alianza: Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE), Ministerio del Poder Popular para la Cultura (MPPC), Ministerio del Poder Popular para el Interior y Justicia (Mppij),

Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral (Insai), Fundación para la Atención Médica al estudiante Universitario (Fames), Alcaldía de Vargas, Banco Central de Venezuela (BCV), Banco Industrial de Venezuela (BIV), Petróleos de Venezuela (Pdvsa), Petroquímica de Venezuela (Pequiven), Cantv, Fábrica Nacional de Cementos (FNC) y Seguros Federal.

–Lo revolucionario aquí es que el Estado, a través de estas instituciones articuladas, vio un problema y buscó una solución en conjunto, poniendo orden dentro de las mismas reglas del capital. Lo más importante es que hoy estamos a un paso de ponerle freno a la especulación en materia de salud, finalizó la Gerente de Salud.

*El Gobierno asegura que la deuda con el sector
no es tan grande como la pintan*

El 23 comienza a regir nuevo baremo de clínicas privadas*

*Empleados públicos pueden acudir ya a los centros

*Revisaron 23 mil facturas con sobrepagos

El próximo 23 de este mes comenzará a regir el nuevo baremo aplicado a 10 clínicas privadas que firmaron el acuerdo institucional con el Gobierno y que beneficiará a más de 6 millones de personas, entre empleados públicos y familiares.

Así lo señaló Luisana Melo, vocera de la Alianza Interinstitucional de la Salud (AIS), quien agregó además que los empleados de las 18 instituciones ahora suscritas en el acuerdo ya pueden recibir atención médica en los centros afiliados.

Explicó que, efectivamente, se le dieron 15 días a las 10 clínicas afiliadas para que actualicen su data y registren a los nuevos usuarios, pero “la salud es un asunto que no puede esperar y nunca se ha paralizado el servicio”, aclaró.

Dijo que el 23 de este mes se vence el plazo dado y que a todo empleado que ingrese a las clínicas se le cobrará el baremo establecido: hospi-

*Entrevista realizada y redactada por la periodista Lorena Ferreira, publicada en la pág. 2 del diario “Últimas Noticias”, el 14 de marzo de 2012.

talización Bs 2.300, emergencia/día Bs 1.242, terapia intensiva Bs 4.700, y por servicio de quirófano, la primera hora Bs 4750.

Estos precios son el tope máximo para esos renglones, ya que parten de un estudio exhaustivo a los centros con mejor infraestructura y tecnología en el país. Para el interior del país los costos serán menores.

Deuda. Aseguró que el Gobierno ha pagado 80% de la deuda que tenía con las clínicas: “Estamos sincerando los montos reales, y paralelamente daremos inicio al convenio interinstitucional”. En este sentido, informó que en 2011 le transfirieron Bs 7.742 millones al sector de salud privado.

En relación con los pasivos que mantiene la estatal Pdvsa con las clínicas, admitió que es la empresa que más dinero debe al sector privado; sin embargo, aclaró que esto ocurre porque en la mayoría de los casos los cálculos por los servicios médicos son especulativos.

Explicó que previamente la alianza revisó 23 mil facturas emitidas por las clínicas tipo 1, lo cual reveló que cobraban por una intervención quirúrgica en el mismo sitio hasta Bs 6 mil de diferencia. Los costos de servicios y honorarios médicos cambiaban dependiendo de la institución a la que se atendía.

Expuso como ejemplo el caso de las salas de terapia intensiva, las cuales, según los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), deben tener ciertos requerimientos básicos: “Ellas (las clínicas) facturaban por separado insumos médicos que por ley debe tener toda sala de este tipo, y lo hacían con incrementos de hasta 3000%”. En cuanto a los honorarios médicos, resaltó que se estudian sus planteamientos.

También se plantea la posibilidad de incluir más instituciones, pero se decidirá luego de transcurridos varios meses desde la puesta en vigencia del convenio.

Recordó que esta alianza es el resultado de 15 meses de investigación y negociación con las instituciones médicas: “Con esta firma se inicia un proceso de regulación de las clínicas, porque independientemente de

que estos centros sean privados, el Estado tiene que regular. La idea es avanzar hasta erradicar la mercantilización de la salud”.

Beneficiados 18 entes

En total serán 18 las instituciones del estado beneficiadas: Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE), Ministerio del Poder Popular para la Cultura (MPPC), Ministerio del Poder Popular para el Interior y Justicia (Mppij), Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral (Insai), Fundación para la Atención Médica al Estudiante Universitario (Fames), Alcaldía de Vargas, Banco Central de Venezuela (BCV), Banco Industrial de Venezuela (BIV), Petróleos de Venezuela (Pdvsa), Petroquímica de Venezuela (Pequiven), Compañía Anónima Nacional Teléfonos de Venezuela (Cantv), Fábrica Nacional de Cementos (FNC), Mercados de Alimentos (Mercal), Compañía de Mecanizado Agrícola y Transporte Pedro Camejo, Sistema Integral de Transporte Superficial y Seguros Federal.

Salud: ¿Derecho o mercancía?*

Primeramente, vamos a intentar definir qué se entiende por salud. Definición muy importante, pues de ella depende nuestra postura frente al tema.

Las definiciones de salud son variadas y van desde la perspectiva positivista y medicalizada a la de la concepción integral, humanista, social, que entiende la salud como “un proceso dialéctico de equilibrio biológico, psíquico y social, que potencia el desarrollo de las capacidades intelectuales y físicas de la población, tanto en lo individual como en lo colectivo, para satisfacer las necesidades materiales y espirituales de la sociedad. Proceso que está determinado por los modos de producción. Lo que significa que históricamente las características sanitarias de una población tienen que ver con el contexto político social y con el modelo económico hegemónico”**.

Quiere decir entonces, que la salud es el producto de la determinación social y que ésta es consecuencia de la estructura económica del país. Cuando hablamos de salud como producto de la determinación social, estamos diciendo que no mueren y enferman de lo mismo las personas de diferente condición social, que no es igual la enfermedad de un trabajador

* Conferencia dictada en el foro *Salud: ¿derecho o mercancía?*. Auditorio del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Innovación. Caracas, Abril 2012.

** Centro de Formación “Franklín Jiménez”: *Concepto de salud construido desde el proletariado*. Barquisimeto, estado Lara.

o trabajadora de la empresa petrolera que la de un dueño de los medios de producción, por lo tanto la estructura de clases condiciona la calidad de vida y salud de la población. Esto implica que salud no es sólo un problema de prestación de servicios, de hospitales, ambulatorios, médicos/as o enfermeras/os, la prestación de servicio es parte de la garantía del derecho a salud, pero la prestación de servicio sola no es la salud.

La salud es, también, una necesidad social, y al analizarla como un proceso ocasionado por condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales, culturales y espirituales [a su vez determinadas por la alimentación, educación, empleo, hábitat y ambiente, acceso a bienes y servicios esenciales (agua potable, red sanitaria, electricidad, transporte, recolección de desechos sólidos), infraestructuras básicas, telecomunicaciones, deporte, recreación, cultura, vivienda, tecnología, seguridad social], entendemos que hablar de ella es hablar de calidad de vida, lo cual nos lleva a inferir que para modificar la salud necesitaríamos intervenir todos los determinantes sociales.

Para que haya un cambio estructural en salud no basta con arreglar o pintar los servicios, o adquirir equipos para los entes prestadores, sino que tendríamos que ver cómo construimos políticas públicas que influyan, modifiquen o transformen los determinantes sociales de salud, para tener realmente una población sana.

En fin, la salud es un problema de estructura económica y social, de niveles de vida y cultura. Sólo en un proceso revolucionario, que busca la construcción de una Patria socialista, puede solucionarse de forma universal, integral y equitativa.

Ahora bien, de acuerdo con nuestro concepto, las condiciones de salud de las personas varían según la vivienda que habitan y el ambiente en que viven; el acceso a la alimentación, el vestido y el agua adecuada; su inclusión en el deporte, la cultura y el trabajo. A su vez, cada una de estas necesidades sociales se contempla como derechos en nuestra Carta Magna, y también está previsto que la salud, por ser una necesidad social fundamental, enlazada con la existencia de la vida, es un derecho.

Es una gran conquista para todas y todos que en nuestra Constitución se establezca la salud como un derecho. Tres artículos de ella (83,84 y 85) la instituyen como tal, estableciendo que es obligatoriedad del Estado garantizarlo, que debe hacerlo mediante el financiamiento por la fiscalidad y que, para cumplirlo, requiere construir el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). Además, en estos artículos se asienta que las comunidades deben participar, no solo en recibir los beneficios del derecho, sino en construir, discutir, evaluar y monitorizar las políticas públicas que desde este SPNS van a responder a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas en materia de salud. La participación protagónica, tal cual como está planteada, rescata a los sujetos como actores sociales, como sujetos de derecho, no como objetos de asistencia; los reconoce como sujetos políticos, lo cual los configura en sujetos de poder, en tanto tienen la potestad de transformar las situaciones, los espacios y las estructuras y así evitar que se constituyan en letra muerta los artículos antes mencionados.

Por otra parte, en los años 70, durante la presidencia de Rafael Caldera, se inicia la propuesta de introducir como elemento reivindicativo en las convenciones colectivas el aseguramiento en cuanto forma de protección de la salud de trabajadores y trabajadoras. Lo que se profundizó durante las décadas de los 80 y 90, cuando se aplicaron las “recetas” del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), las cuales claramente inducían a la privatización de la salud en detrimento del sector público, con el argumento de que éste es financieramente insostenible. Evidenciamos entonces que en todos los países de nuestra América, en menor o mayor grado, fue fortaleciéndose paulatinamente el sector privado de salud, creciendo al amparo del sector público, lo que ha conducido a una redistribución de fondos públicos hacia el sector privado. La inducción consistía en el aseguramiento, como una forma de responder individualmente al problema de salud y disminuir la responsabilidad del Estado en ese aspecto.

La implementación de las fórmulas del FMI, de menos Estado y más mercado por parte de los gobiernos de turno en la etapa neoliberal, se di-

rigía a la privatización total de la salud y de todo el sistema de seguridad social: pensiones de vejez, discapacidad, entre otras.

Particularmente en Venezuela, el sector privado de salud se vio y se ve fortalecido porque las instituciones estatales han venido amparando a sus trabajadores y trabajadoras a través de pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) y los planes de salud con fondos autoadministrados, los cuales derivan cuantiosas cantidades de los recursos del Estado hacia los prestadores de servicios de salud privados. Es un recurso limitado que sólo privilegia a los poseedores del mismo hasta el monto contratado, dejándolos en el abandono si el tratamiento de la enfermedad excede la cobertura; y que, además, atenta contra el derecho de los demás ciudadanos y ciudadanas que no integran la maquinaria laboral estatal.

El origen de este proceso de transferencia financiera al sector privado por el Estado venezolano, se remonta a la situación desastrosa en que se encontraban los diversos subsistemas públicos de salud al momento de triunfar electoralmente el presidente Chávez, producto de la política rigurosa, seguida por los gobiernos neoliberales, de estimular su deterioro continuo a través de la desinversión en insumos, infraestructura, equipamiento y recurso humano. Este proceso de desprestigio y destrucción paulatina pero inexorable del sector público de salud, creó las condiciones para que desde el propio gobierno revolucionario se haya dirigido un monto presupuestario igual o superior al destinado al sector público hacia un sector privado parásito e ineficiente.

Para el año 2010 se trasladaron a las arcas de los prestadores privados de salud, de sólo 10 instituciones estatales con fondos autoadministrados, Bs. 6.185.060.391,94 para beneficiar a 4.416.875 trabajadores/as y sus familiares. Para ese mismo período el presupuesto del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) fue de Bs. 9.332.105.290, que protege a 17.030.479 habitantes (población que asiste a los servicios del MPPS, 60% de la población total del país). Para el 2011 el monto transferido por 12 instituciones del Estado estuvo en el orden de Bs. 7.742.000.000, lo que evidencia un continuo incremento del precio de los servicios privados de

salud sin ningún tipo de control ni explicación racional política ni financiera. Además, el Estado, en su afán de responder a las necesidades y de garantizar el derecho a la salud, crea las oficinas de “atención al soberano”, donde el ciudadano o ciudadana acude con un presupuesto y se le cancela la intervención médica o quirúrgica sin ningún tipo de control ni sensatez, lo cual constituye otro desembolso dinerario que de nuevo va a parar en las cajas registradoras del sector privado de salud.

A pesar de este enorme traspaso de recursos financieros, el sector privado presenta enormes deficiencias en la prestación profesional del servicio, expresada en la baja calidad de los mismos, el trato deshumanizado y discriminatorio, la voracidad con que se traga los recursos financieros del Estado y la indolencia con la que recicla a los pacientes a un sector público de salud disminuido, porque una gran parte del presupuesto se destina al sector privado, lo que se ha traducido en constantes quejas de los usuarios y usuarias.

El aseguramiento tiene fundamentalmente tres formas de presentarse: la póliza a riesgo, el fondo administrado por tercero y el fondo autoadministrado; todas ellas constituyen una manera de limitar el derecho, porque de una forma u otra le pone techo a la cobertura de las necesidades en salud, le coloca un precio, y entonces, la salud cuesta lo que el monto de la cobertura indica: una vez consumido ese monto, usted deja de estar cubierto. Por otro lado, sea cual fuere su cobertura, siempre es insuficiente para atender los crecientes precios especulativos de la atención privada, lo que obliga a los ciudadanos y ciudadanas a desprenderse de bienes, contraer deudas, o bien, una vez agotado el límite de su cobertura, cuando sus problemas de salud no han sido resueltos en los establecimientos privados, a terminar en los establecimientos de salud del sector público, pues es expulsado sin ninguna consideración.

Es significativo destacar que en los actuales momentos y mientras se fortalece de forma definitiva el Sistema Público de Salud, consideramos como el mal menor entre los males el que las instituciones públicas eliminen la intermediación a través de empresas aseguradoras y administren

los presupuestos asignados para dar cobertura a sus trabajadores y trabajadoras, así como implementen claros mecanismos de regulación de los precios de los establecimientos privados. Sin embargo, debe quedar claro que el aseguramiento en cualquiera de sus formas (póliza a riesgo, fondo administrado por tercero o fondo autoadministrado) destruye lo público, tiene un alto costo de transacción y no produce una cobertura capaz de dar respuesta a las necesidades del individuo y de la población.

Hemos insistido en que el derecho a la salud no puede ser garantizado a través del aseguramiento y no puede permitirse que sea “la mano invisible del mercado” la que maneje los recursos destinados a la atención de salud. Como dijimos al comienzo de la exposición, la salud es un derecho, por tanto un bien público, independientemente de que el prestador sea privado. Como bien público, la salud es susceptible de ser regulada en resguardo del ciudadano o ciudadana.

Las reglas del capitalismo, nos dicen que el mercado de la salud es imperfecto ya que presenta:

*Asimetría de la información acerca de la enfermedad: es el médico quien tiene conocimiento sobre el problema, las pruebas diagnósticas que se requieren para corroborar dicho problema, el tratamiento a aplicar y las recomendaciones necesarias. El paciente simplemente confía en la experiencia y conocimientos de su médico.

*Se establecen prácticas monopólicas en la fijación de precios: son las empresas prestadoras de servicios o los médicos/as quienes imponen los precios que cobran por la atención, no se realiza ninguna negociación previa al respecto.

*Riesgo moral al abusar del uso de servicios: el manejo de la información hace posible que se indiquen pruebas diagnósticas y terapéuticas que no están realmente indicadas, con la única finalidad de consumir los recursos destinados a las coberturas.

La inmensa transferencia de recursos financieros que efectúa el Estado se ha llevado hasta ahora sin ningún tipo de normativa ni un mecanismo claro y eficiente de control estatal o del poder popular. El proceso venezola-

no que ha manifestado la intención de marchar al socialismo evidencia en la realidad concreta del sector salud una profunda contradicción, pues ha tendido hasta ahora a fortalecer a la empresa privada y a guiarse por una dinámica de mercado que es expresión inequívoca de la concepción neoliberal, negadora del derecho a la salud, generando de esa manera inequidad entre el grupo poblacional que se encuentra asegurado por las instituciones públicas y los que no cuenta con el beneficio, y aún más, se presenta inequidad entre los trabajadores y trabajadoras de las distintas instituciones del Estado que cuentan cada una con montos de cobertura diferentes.

Lo antes expuesto, evidencia que hoy, en el país, hay una confrontación entre dos formas diferentes y contradictorias de entender la salud:

Salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado versus salud como una mercancía sujeta a oferta y demanda, como un espacio para hacer negocios. Nos encontramos ante una lucha de carácter ideológico entre una visión humana-socialista y la mercantilización deshumanizada de la salud.

Cuando decimos que la salud es un derecho estamos desmercantilizando el término, lo colocamos en el ámbito de lo colectivo, de lo público, del bien común, por tanto, el Estado se hace responsable de las respuestas a las necesidades de salud que deben ser universales (para todas y todos), integrales (que abarquen todos los aspectos de la necesidad) y equitativas (a cada quien según su necesidad). Cuando vemos la salud como mercancía colocamos la respuesta en el ámbito de la responsabilidad individual, personal, depende de cuánto dinero puede usted desembolsar para cubrir su necesidad.

Es muy importante que trabajadores, trabajadoras y ciudadanos, ciudadanas en general, pongan en el debate que el aseguramiento es la forma con que el capitalismo y el neoliberalismo dan respuesta a las necesidades de salud, por lo que no hay garantía del derecho a través de él.

Por último, es un mandato político y ético para los gobiernos progresistas y los movimientos sociales defender el derecho a la salud y luchar por la universalidad del derecho como un arma frente al neoliberalismo y la exclusión.

Los y las exhorto a que nos organicemos para disputarle al sector privatizador y a la burocracia cómplice la construcción de un Sistema Público Único de Salud, como pilar trascendental para garantizar la atención cabal de ella, reivindicando lo plasmado en la Constitución Bolivariana.

¡Muchas Gracias!

La salud es un derecho que el pueblo debe conquistar*

*En Venezuela un médico del sector privado puede llegar a ganar hasta 75 salarios mínimos mensualmente, pese a ello no aceptan que se regulen sus honorarios profesionales, lo que merma el derecho a la salud del pueblo venezolano.

Aunque la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS) logró negociar un baremo para los costos fijos para las clínicas tipo 1 del área metropolitana de Caracas, el resto de las negociaciones están en un punto muerto debido a que los médicos no aceptan regular el costo de sus honorarios profesionales, pese a que, por ejemplo, un ginecólogo puede llegar a ganar un monto mensual equivalente a 75 salarios mínimos, lo que anualmente supondría 1.841.760 bolívares, señaló Luisana Melo, vocera de la AIS.

La Alianza Interinstitucional por la Salud está conformada por 35 instituciones del Estado, entre las cuales está el Banco Central de Venezuela (BCV), Banco Industrial de Venezuela, Cantv, Pdvsa, los ministerios de Educación, Relaciones Exteriores y Justicia, alcaldía de Vargas, la Fábrica Nacional de Cemento, Instituto Nacional de Salud Agrario Integral, Petroquímica de Venezuela, entre otras. Esta agrupación ampara cerca de 9 millones de ciudadanos, cuyo objetivo es trabajar coordinadamente para luchar contra los excesivos precios que las clínicas privadas cobran a las instituciones del Estado, por lo que han propuesto un baremo único que

*Reportaje publicado en "La Red. Perseverancia". Edición comunidad. Caracas, N° 9. Mayo 2012.

fije una lista de precios máximos a los costos de la salud, basado en la investigación que realizaron 10 instituciones del Estado sobre la facturación de las clínicas privadas a los organismos gubernamentales.

La AIS, que cubre los costos de salud de sus afiliados a través de fondos autogestionados, decidió negociar como un bloque con las clínicas privadas. Luisana Melo explica que, pese a que llevan 9 meses negociando los honorarios profesionales de los médicos, todavía se siguen pagando precios que no se justifican: “Se trata realmente de una imposición y no de una negociación”, enfatiza.

El 2 de marzo se firmó la primera fase del convenio entre la Alianza Interinstitucional por la Salud y la Asociación de Clínicas Privadas, en donde se fijó un baremo para los costos fijos para las clínicas tipo 1 en el área metropolitana de Caracas. Y se restablecieron las mesas de negociaciones para la regionalización del baremo de costos fijos para el resto del país y el establecimiento de un baremo para los honorarios profesionales, quedando pendiente la discusión en torno al costo de los medicamentos.

En Junio de 2011 la AIS hizo una primera propuesta de baremo para los honorarios profesionales, que la Asociación de Clínicas y Hospitales no aceptó e hizo cinco contrapropuestas, que fueron variando desde 150% a 18% por encima de lo sugerido originalmente por la AIS. “Pero consideramos que este 18% sigue siendo especulativo y por eso no lo aceptamos”, señaló Luisana Melo, quien explicó que el baremo de la AIS para los honorarios profesionales se elaboró con base en un estudio en torno a lo que pagan dos instituciones miembros (PDVSA y el Banco Central de Venezuela), además se analizaron las tarifas de las diferentes clínicas privadas.

Luego de esa propuesta de 18%, la AIS hizo una contrapropuesta en donde se llegaba a 5% por encima del baremo inicialmente presentado, pero este monto tampoco fue aceptado por la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales, la cual el 25 de abril manifestaría que las reuniones estaban en un punto muerto, puesto que los médicos no querían aceptar ningún tipo de regulación: “Todo lo contrario, las clínicas privadas no cesan de aumen-

tar sus tarifas, con incrementos que no se justifican, ni tienen que ver con el comportamiento de los índices de inflación”, señala Luisana Melo.

Un estudio realizado por la AIS sobre las variaciones de honorarios profesionales impuestos por una misma empresa de salud privada, para un mismo procedimiento en un período de tiempo menor de 6 meses, evidenció que una facoemulsificación con implantación de lente intraocular en septiembre de 2011 costaba 3.170 bolívares, y para enero de 2012, 4.440 bolívares, lo que significa un incremento de 38%.

Los honorarios del médico para una cesárea en noviembre de 2011 eran de 4.843,80 bolívares y para abril de 2012 habían subido a 6.180,69 bolívares, lo que supone un incremento de precio de 28% en ese breve período.

De la misma manera de septiembre a marzo una cirugía endonasal se incrementó 41%, y de septiembre a abril una colestectomía por laparoscopia se incrementó 67%; la reparación del túnel carpiano de noviembre a marzo ascendió 50%; y hay casos asombrosos, como la cura operatoria de una hernia umbilical que se incrementó de diciembre a abril en 280%: “¿Qué justifica éstos incrementos, cuando por el contrario se ha reducido el crecimiento del ritmo inflacionario”?, se pregunta Luisana Melo.

En ese mismo estudio se determinó que un ginecólogo con sólo tres días de consulta, que vea cinco pacientes por día y le cobre 500 bolívares por la consulta a cada paciente, supone un ingreso semanal de 7.500 bolívares, y si además realiza 6 cesáreas a la semana y cobra cada cesárea a 5.145 bolívares, ese mismo ginecólogo habrá ganado en una semana 38.370 bolívares, lo que en un mes significa unos ingresos de Bs 153.480, y al año de 1.841.760 bolívares. Esta cifra exorbitante, equivale a un monto mensual de 75 salarios mínimos. “Y éste es un ejemplo por debajo del promedio de los pacientes que suelen atender”, comenta Luisana Melo.

La propuesta de regulación del baremo de la AIS, en el caso de un ginecólogo, sólo le bajaría sus honorarios profesionales a 51 salarios mínimos al mes, lo que supone un ingreso mensual de 104.400 bolívares, pro-

puesta que no fue aceptada por considerarla insuficiente. Bajo este mismo estudio se determinó que un traumatólogo puede llegar a ganar 252.000 bolívares mensuales, unos 3.024.000 bolívares al año, lo que supone 123 salarios mínimos mensuales. La propuesta de la AIS reduciría este ingreso al equivalente a 72 salarios mínimos, o a un ingreso mensual de 148.000 bolívares y de 1.176.000 bolívares al año.

Luisana Melo muestra también facturas de una clínica que en marzo de este año cobraba por la atención del residente 811 bolívares, y para abril ya cobraba 1.111 bolívares: “Tampoco estamos de acuerdo que otros procedimientos como la fisioterapia respiratoria, o cualquier otra asistencia técnica, se cobren de manera fragmentada y no se incluyan en el cobro de los honorarios”, agrega. Y explica que la cadena de precios depende de lo que cobre el médico. Cita como ejemplo el caso de un curetaje: si el cirujano cobra 4.000 bolívares, el anestesiólogo y el primer ayudante cobrarán 40% de ese monto, es decir, 1.600 bolívares, y el segundo ayudante 30%, o sea, 1.200 bolívares; por lo que si se logra controlar el precio de los honorarios profesionales del médico, el resto de los costos asimismo descenderían.

Luisa Castillo, también vocera de la AIS, considera necesario regular 100% de los costos de las clínicas, ya que hasta el momento sólo se ha logrado un baremo para los costos fijos, que sólo representan 40% del monto a pagar; mientras que los honorarios profesionales significan 20%, y el otro 40% son los medicamentos, insumos y el instrumental especial: “Si el 60% restante no se regula, se seguirán pagando precios especulativos”, enfatiza.

Por su parte, la Asociación de Clínicas y Hospitales alega que ellos son sólo facilitadores, porque los médicos tienen libre ejercicio de la profesión, a lo que la AIS ha respondido que se trata de servicios en donde están incluidos los recursos humanos.

Ante esta situación la AIS ha decidido implementar los precios del baremo en torno a los honorarios profesionales que ya discutieron con las clínicas y que los médicos no aceptan: “Es una medida que inevitablemen-

te hay que asumir, porque son las clínicas las que le imponen al gobierno sus precios especulativos”, enfatizó Luisana Melo.

El baremo de costos fijos representa un ahorro de 34%, pero como el resto de los costos siguen incrementándose especulativamente, el total de la factura que paga el Estado a las clínicas privadas sigue siendo excesiva.

Luisana Melo Solórzano

**Lograr que trabajadoras y trabajadores se movilicen
para defender su derecho a la salud es
el mayor triunfo de la AIS***

*Cada día nuevas instituciones públicas se incorporan a la AIS

Para Luisana Melo Solórzano, ex-Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas y actual Gerente de Servicios de Salud de CANTV, vocera de la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS), la salud como derecho “implica una triada indisociable: universalidad, integralidad y equidad”. Su concreción definitiva se hará cuando el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) esté en capacidad de asumir la totalidad de la demanda nacional de servicios de salud, y cuando la abrumadora mayoría de la población comprenda que el estado nacional no puede seguir financiando a una burguesía inconciente, que se ha enriquecido hasta la obscenidad con recursos que deberían dirigirse al SPNS, pero que no acepta hacer la menor concesión a las mayorías populares. Los logros alcanzados en materia de regulación de precios y de la calidad en la prestación de servicios se deben a la lucha constante e indomable de la AIS.

*Entrevista realizada en marzo de 2013.

-Juan Mata: ¿Nos puede explicar en qué consiste la Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS)? ¿Es una organización interinstitucional? ¿Es una iniciativa de grupos de trabajadores?

-Luisana Melo Solórzano: La Alianza Interinstitucional por la Salud es una agrupación de instituciones del Estado venezolano. Se unieron inicialmente frente al problema del aumento exorbitante de los precios de los servicios privados de salud, para atender a la población de trabajadores y trabajadoras y a sus familiares. Las instituciones que dieron origen a la AIS tienen fondos autoadministrados como instrumentos o herramientas para garantizar el derecho a la salud de sus trabajadores y trabajadoras; es decir, tienen un presupuesto administrado por la propia institución y contratan directamente a los prestadores privados de salud, los servicios para atender a la población de cada una de estas instituciones.

Es una forma de “autoseguro”, porque si bien se basa igualmente en la protección de cada uno de los trabajadores y trabajadoras, elimina la intermediación y humaniza la relación, porque el trabajador o la trabajadora que en el sistema tradicional se le identifica de acuerdo con el número de su póliza, en este sistema como la persona que efectivamente es; por ejemplo: “Pedro Pérez, trabaja en el segundo piso y es mi compañero de faena”. Además, elimina las trabas que en las compañías de seguros se conocen como “exclusiones”.

-JM: ¿Cómo llegaron a estos mecanismos más óptimos y eficientes para reducir costos y mejorar algunos elementos vinculados a la calidad de salud?

-LMS: Cuando asumo el cargo de Gerente de Servicios de Salud en la empresa CANTV, en septiembre de 2010, comencé junto a mi equipo a realizar una evaluación y encontramos dos situaciones: una queja constante de los trabajadores y trabajadoras con respecto a la calidad del servicio que se les estaba prestando (por ejemplo: “nos atendieron mal, nos dejaron esperando, me hicieron un examen que no me tenían que hacer, no me realizaron tal examen porque decían que tenía que hacerme otro más caro, etc.”); y la cantidad de dinero que se erogaba para cum-

plir con los beneficios de la contratación colectiva que despertó nuestras alarmas. Dentro de esos beneficios está precisamente la póliza de HCM (Hospitalización, Cirugía y Maternidad) para los trabajadores y trabajadoras y sus familiares.

Estos dos elementos fueron los que nos hicieron evaluar qué era lo que estaba ocurriendo. Encontramos un desembolso de dinero impactante, sin ningún tipo de regulación y con deficiente calidad de la atención. Esto hizo que nos preguntáramos si esto ocurría sólo en CANTV o en otras instituciones. Hallamos que otras instituciones tenían fondos autoadministrados y comenzamos los contactos con las otras dos instituciones con las que iniciamos el tema de la Alianza: PDVSA y Banco Central de Venezuela, ambas instituciones con una experiencia en fondos autoadministrados, de 20 y 17 años de experiencia, respectivamente.

-JM: ¿Por qué sólo buscaron apoyo o coincidencias con empresas del Estado que tuvieran como factor común los servicios de autoadministrados de salud?

LMS: Los fondos autoadministrados, entre otras ventajas, incluyen la potestad de poder negociar los precios. Si tienes un intermediario que es el seguro, entonces estas instituciones negocian los precios y cobran una prima. La intermediación disminuye la capacidad de la institución para controlar los precios. Bajo un fondo autoadministrado se puede negociar y establecer cuáles son los precios. Nosotros necesitábamos en esa primera instancia conocer si esta negociación era muy injusta para la institución, dado que los precios eran exorbitantes, no había ningún mecanismo de regulación y las clínicas se daban el lujo de decir: “Como me debes 5 bolívares, te cierro los servicios”. Esto también era común en el resto de las instituciones. ¿Por qué escogimos éstas dos instituciones para apoyarnos en el arranque? Porque eran instituciones que tienen mucha experiencia en los fondos autoadministrados.

-JM: ¿Cómo se articuló con instituciones del Estado en la creación de la Alianza para establecer políticas y regulaciones en el sector salud?

LMS: La génesis de la AIS está asociada a un problema básicamente económico. Cuando nos sentamos en la mesa con otras instituciones, comienza a surgir el tema de la regulación y la concepción de la salud. En esa discusión en la que establecimos elementos “técnicos” —cuánto era el abuso, cómo era que nos diferenciaban, cómo nos cobraban diferente por un mismo procedimiento dependiendo de la institución, etc.—, se da una discusión conceptual y se expone la contradicción que implica la salud como derecho versus la salud como mercancía. ¿Y por qué se impone esta definición en el debate? Porque tenemos una Constitución que afortunadamente es una de las más avanzadas del mundo, la cual explicita que la salud es un derecho; y dentro de ese contexto, agrega tres artículos en los que encomienda al Estado el deber de regular al sector privado de salud. En el marco de esa discusión, establecimos cuál era la postura que tienen nuestras instituciones frente a la transformación del Estado, de uno burgués a uno socialista.

Este debate se convirtió en el hilo conductor de todo lo que se ha venido desarrollando alrededor de la Alianza. Pasó de una problemática de regulación de precios y calidad de servicios a una discusión política que ha puesto en el tapete a nivel nacional la contradicción: Salud: ¿derecho o mercancía? Que la salud es un derecho, no una cuestión panfletaria, significa que cuando la colocas en el ámbito del derecho estás desmercantilizando la salud y le quitas la posibilidad de que pueda ser utilizada como una mercancía en el aseguramiento, cualesquiera que sea su forma: a través de una póliza de riesgos o de un fondo autoadministrado, la salud tiene un precio. Este precio está implicado en la cobertura. Si tu cobertura es de 30 mil bolívares, la salud cuesta 30 mil bolívares; si es de 200 mil bolívares, cuesta 200 mil bolívares.

La salud como derecho supone una triada que es indisociable: universalidad, integralidad y equidad. Universalidad es que a todos los ciudadanos y a todas las ciudadanas venezolanas se les reconoce que tienen derecho a la salud. La condición de ciudadanía da el derecho a la salud en Venezuela. La integralidad significa que cada una de las necesidades que

tengas en materia de salud debe ser cubierta. Esto involucra la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, la curación con el tratamiento y la rehabilitación; es decir, cada uno de los momentos que determinan la reparación de un evento de salud. El tercer elemento es importante y, además, hace la diferencia en relación a si tenemos o no una visión socialista de la sociedad: se trata del tema de la equidad. La equidad en sociedades tan desiguales como la nuestra implica el camino hacia la igualdad. Esto significa: a cada cual según su necesidad. ¿Qué involucra esto? Que a cada uno de los ciudadanos se le tiene que proporcionar las condiciones para reparar su salud de acuerdo a sus necesidades.

Esto nos conduce a definir lo que entendemos por salud. Una visión socialista aborda la salud como un problema dialéctico que involucra las condiciones de vida y las de trabajo.

Las instituciones del Estado tienen un HCM, ya sea por fondos autoadministrados o por pólizas de riesgos, que conlleva a una gran inequidad para los ciudadanos y ciudadanas que no tienen ningún tipo de cobertura y es una inequidad entre las mismas instituciones. Tenemos instituciones donde las pólizas son de 200 y otras 20 mil bolívares, y de allí una amplia gama de diferencia, creando trabajadores de primera, de segunda y de tercera, y de esa misma manera los prestadores de servicios de salud los tratan.

-JM: ¿Cómo han comprendido los trabajadores de CANTV, la cotidianidad de sus solicitudes de atención médica con la importancia política de esta transformación?

LMS: No ha sido un trabajo fácil. Es un trabajo que nos ha llevado unos dos años de debate con los trabajadores y las trabajadoras. Aún mantenemos un diálogo constante para que todas y todos entendamos que el problema de la salud no es un problema individual, sino colectivo; que, en la medida en que logremos crear las condiciones para la atención de las necesidades colectivas, estaremos al mismo tiempo sentando las bases de mejores y más efectivas respuestas a los problemas individuales de cada quien.

Inicialmente nos encontramos con un fenómeno ideológico consecuencia de este tipo de aseguramiento, que es el llamado “tercer pagador”; es decir: “no estoy desembolsando yo; eso lo paga CANTV”. El problema que nunca se plantearon aún en medio del proceso de renacionalización de la empresa es: ¿Quién es CANTV? CANTV somos todas y todos. ¿El dinero que CANTV produce de quién es? No es sólo de la empresa: es de todos los ciudadanos y las ciudadanas de este país, porque ésta es una empresa del Estado. Por lo tanto, cualquier cosa que produzca es de todas y todos, venezolanos y venezolanas. Hemos tratado de llamar a la reflexión y hacer entender que quienes laboramos en CANTV somos privilegiados y privilegiadas, en la medida en que tenemos una cobertura con un dinero que pertenece a toda la población venezolana.

Una indagación más profunda sobre las raíces de esta concepción individualista con la cual estamos en permanente diálogo y debate, nos lleva hasta la ideología neoliberal, que representa la expresión más acabada de los intereses de clase de la burguesía mundial. Hegemónica en particular en las décadas de 1980 y 1990, promueve el triunfo del egoísmo, la pérdida de cualquier perspectiva colectiva y el repudio a las ideas de solidaridad de clase y de soberanía nacional entre los trabajadores y desposeídos del mundo. Todo ello con la finalidad de facilitar la implementación de sus propuestas de política económica; las cuales suponen la desregulación de cualquier control en la actividad económica, dejando a la burguesía mundial y a sus acólitos a sus anchas para depredar todas las riquezas del mundo, y el desmantelamiento de cualquier consesión que las clases dominantes le hayan realizado al proletariado mundial, como consecuencia de las luchas de clases de los siglos XIX y XX; comenzando por el llamado “estado de bienestar social”, lo cual trajo como una de sus consecuencias la dependencia del aseguramiento a la cantidad de dinero de que puedas disponer para contratar una póliza mejor o peor.

Esto creó una cultura dentro de los propios trabajadores y trabajadoras que es la trampa de la HCM, que sólo llega hasta el tope de la cobertura. Ese fraude dentro de las convenciones colectivas es parte de

una política neoliberal en salud; que, además, es una instrumentalización transnacional de aquellas que se están aplicando en Europa; en países donde sistemas públicos nacionales de salud que le garantizaban en la mayoría de los casos la salud a sus ciudadanos, hoy en día están siendo desmantelados y destruidos por las políticas neoliberales del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, principalmente.

JM: ¿Cómo ha sido este tránsito de comprender este tema de las reivindicaciones? ¿Cómo se ha hecho en el contexto de la Alianza?

LMS: Uno de los legados más importantes que dejó el Comandante Chávez fue justamente permitirnos a los ciudadanos y ciudadanas, a los trabajadores y trabajadoras, plantear los debates. El tema de la solidaridad, dicho constantemente por Chávez, del amor, de mirar al otro, además expresado en miles de anécdotas que él contaba, permitió establecer condiciones objetivas para poder dar el debate con los trabajadores y las trabajadoras desde otra perspectiva, desde otro ámbito. Permitted colocar el tema de la salud para todos y develó que no somos individuos aislados, sino que vivimos dentro de una sociedad y de un país. No hay posibilidades de transformar nada desde el individualismo. La transformación tiene que ir con el aporte de cada uno, pero al fin y al cabo es un aporte en común.

Esto permitió que pudiéramos dar el debate, primero aquí en CANTV y luego en la Alianza. Esto ha sido una dialéctica, en la que nos hemos enriquecidos de los trabajadores. El fin último de esta lucha no es fortalecer los fondos autoadministrados de salud, sino lograr que todos los ciudadanos y ciudadanas, incluyendo a los trabajadores y trabajadoras, seamos atendidos en un Sistema Público Nacional de Salud que sea universal, equitativo e integral.

-JM: Desde la perspectiva financiera, es decir, la minimización de los costos y la racionalización de los recursos, ¿qué resultados globales ha tenido en CANTV este primer año de aplicación del Baremo?

-LMS: En CANTV hubo un ahorro de 77 millones de bolívares, lo cual implica un porcentaje importante de reserva que pudo haber sido mayor, si el convenio se estuviese aplicando como se firmó. Pero aun así, se

logró un ahorro que es poco en términos absolutos de dinero, pero permitió demostrar que es conveniente la regulación, —que no fue sólo en CANTV, Lácteos Los Andes tuvo un ahorro del 60%, PDVSA también—. En conjunto influye de manera determinante en el INPC, ya que uno de los elementos que se evalúan son los precios en el sector privado de salud. Ese ahorro logró una tendencia a la disminución. Esto no implica que las clínicas rebajaron sus precios, pero se registró una desaceleración de las ganancias y del ritmo especulativo; una disminución de la inflación y esto, a su vez, viene a ser un elemento de beneficio para cualquier ciudadano y ciudadana porque significa cuidar el sueldo.

La alianza de estas instituciones, a medida que avanzaba fue estableciendo diferentes aristas que nos obligó a estudiarlas. A medida que se iba develando el problema, nos obligaba a estudiar y a discutir con expertos sobre determinado elemento que evidenciábamos en los estudios. Realizamos una propuesta que tiene un marco regulatorio, un convenio con una serie de normas que tratan de colocar en su justa dimensión, elementos que habían sido despilfarrados.

-JM: En torno al tema político, han sido públicas algunas acusaciones de reformismo. ¿La Alianza es una alternativa que transversaliza realmente la política?

-LMS: Sería realmente irresponsable que cualquiera de nuestras instituciones, desde sus gerencias de salud, nos planteáramos que a partir de mañana vamos hacia el sistema público de salud y elimináramos el aseguramiento, porque esto fue un proceso instalado de manera ideológica.

Los trabajadores y las trabajadoras tienen que dar el debate para convencerse, así como fueron persuadidos que el sector privado era la respuesta y el sector público no servía. Tenemos que dar un debate en el que ideológicamente se entienda que para la garantía del derecho a la salud, debemos construir y fortalecer un sistema público único. Es un debate ideológico en escalas.

Primero es pasar de los seguros a fondos autoadministrados y eliminar la intermediación. Una segunda tarea es el debate sobre por qué

nosotros tenemos que entender a la salud como un derecho explicitado en nuestra Constitución; pero tenemos que preguntarnos: ¿Qué significa universalidad, integralidad y equidad? ¿Qué significa un servicio único de salud donde las políticas las rige el Estado? Luego pasar a todos los trabajadores y trabajadoras a un sistema público nacional de salud que nos garantice el derecho.

Todavía no hay capacidad en el sistema público nacional de salud para atender todas las necesidades del país. Estamos en un proceso de mejoramiento para poder atender a toda la población. Lo que sí es posible y necesario es dar el debate que vaya convenciendo a los trabajadores y a las trabajadoras de la necesidad de ir al sistema público nacional de salud como única alternativa para la garantía del derecho, en el mismo momento en que vamos trabajando para adecuarlo, ampliando su capacidad de respuesta.

-JM: ¿Qué viene a continuación? ¿Qué es indispensable atender en el contexto de esta alianza? ¿La Alianza se convierte en un insumo para el Ejecutivo del diseño de los mecanismos que deben implementarse?

-LMS: A medida que los trabajadores se van empoderando y asumiendo la movilización y organización frente a este tema, estamos luchando en contra de la especulación. La Alianza ha logrado poner el debate en todo el país y ha logrado escalar diferentes eslabones del quehacer nacional. Hemos transitado por el poder legislativo, fuimos a la Asamblea Nacional y tuvimos un derecho de palabra. En el Poder Ejecutivo hemos llevado nuestras propuestas a la Vicepresidencia. También se ha involucrado con las instituciones que tienen como objetivo la regulación, como INDEPABIS y la SUNDECOP. Esta última, además, viene realizando un trabajo importantísimo para la Alianza, que es el tema de la regulación de los medicamentos; lo cual es parte de esa regulación global. El impacto que ha tenido es tímido aún para las necesidades de la lucha y la magnitud de nuestros deseos; pero pudiera ser un gran golpe, si todos los elementos que involucran la prestación del servicio de salud privado terminan siendo regulados.

Uno de esos elementos es el tema de los medicamentos, el cual tiene una magnitud incalculable. La industria farmacéutica es la cuarta industria más poderosa en el mundo. Lo que quiere decir que sentarse a regular el tema de los medicamentos es una verdadera postura regulatoria del Estado.

Dentro de la Alianza estamos en el proceso de discusión de cuáles deberían ser los próximos pasos. Uno de ellos puede ser la movilización y organización de los trabajadores de manera que sigan pugnando por una mejor atención, con precios justos y razonables. Un segundo paso debería ser la regulación desde el Estado Nacional, a través de las instituciones que tienen competencia en el tema.

La Alianza sigue manteniendo sus estudios, evidenciando problemas, demostrando los números; es decir, continúa exponiendo ante el país la situación y dando el debate a nivel nacional. Todos los días nos llaman instituciones hermanas, para que los acompañemos en el proceso de pasar a fondos autoadministrados e incorporarse a la Alianza. Es un proceso que va siempre en crecimiento, porque es indudable que este tema afecta a la abrumadora mayoría de la nación.

Incluso nos han llamado empresas privadas que quieren formar fondos autoadministrados y pertenecer a la Alianza. El problema en este caso es que las compañías de seguro que contratan las empresas privadas cobran cada vez más por atender a su población laboral y, por ende, los beneficios son menores. Entonces los sindicatos de trabajadores de esas instituciones privadas dicen: “Vámonos a los fondos autoadministrados para eliminar al intermediario”. Lo que significa un ahorro inmediato del 40%, sólo con el hecho de pasar a los fondos autoadministrados.

-JM: ¿Cómo comprendemos la presencia de una empresa aseguradora, como Seguros Horizonte, en la Alianza?

-LMS: La incorporación de Seguros Horizonte y Seguros Federal a la Alianza fue ampliamente debatida dentro del seno de la organización porque, inicialmente, habíamos incluido sólo a las instituciones que tenían fondos autoadministrados y era éste un requisito para poder pertenecer a

ella. Pero ambas instituciones expusieron que eran del Estado y se ha dado un debate interesantísimo, porque afirmábamos que los seguros no deben incorporarse en la garantía del derecho a la salud. Ellos entienden que la salud no puede ser un problema de aseguramiento, porque eso rompe o viola lo que es la concepción de la salud como derecho. Ambas aseguradoras tienen direcciones progresistas y apuntan a la transformación del estado burgués. Han entendido nuestra misma política y colocado a sus trabajadores y trabajadoras en las mesas de discusión donde se debate que el aseguramiento no es la vía para tratar la salud. Esto ha ocurrido con ambas aseguradoras.

-JM: Más de 10 millones de trabajadores y trabajadoras se ven reflejados en esta iniciativa de la Alianza: ¿A donde conduce esta propuesta?

-LMS: La Alianza ha puesto en el tapete una discusión a nivel nacional. Este es un país donde las políticas neoliberales fueron profundamente aplicadas. El Presidente Chávez encontró un sistema público de salud en un estado calamitoso y privatizado. Entonces, ese debate político de la concepción de la salud es fundamental; y ha permitido que nuestros trabajadores y trabajadoras, públicamente tomen la batuta. Como ciudadanos y ciudadanas es fundamental este debate porque se trata de establecer desde la perspectiva del derecho lo que significa la salud, lo que nos va a permitir ir realmente a la construcción de un sistema único. Tenemos que superar la fragmentación que hoy tenemos en el sistema de salud.

-JM: ¿Colabora la Alianza en posicionar este tema en un debate nacional?

-LMS: Hemos puesto el tema sobre la mesa a nivel nacional. Incluso con la misma burocracia con la que nos reunimos para ver el tema de los precios y la regulación. El debate fundamental es la visión que tenemos sobre la salud, lo cual nos permitió introducirlo con las trabajadoras y trabajadores que ahora son capaces de movilizarse para exigir precios justos y razonables a una clínica privada. Hasta el momento, es el triunfo más grande de la Alianza.

Luisana Melo Solórzano

La regulación de las clínicas beneficiará a toda la población*

*Es una medida que impacta positivamente en la inflación y en el acceso de la ciudadanía a los servicios de salud que están en capacidad de ofrecer las clínicas.

La Gerente de Servicios de Salud de CANTV, Luisana Melo Solórzano, sostiene que el proceso de regulación de las empresas que prestan servicios de salud está sustentado en un profundo estudio teórico, técnico y metodológico, y en una permanente colaboración entre especialistas de los diversos organismos del estado involucrados en la materia. Para la vocera de la Alianza Interinstitucional por la Salud, AIS, esto es posible porque el gobierno bolivariano está comprometido integralmente con la elevación de la calidad de vida de toda la sociedad venezolana.

-Juan Mata: En el marco de la evaluación a los centros de salud privados, la AIS realizó una clasificación de los mismos: ¿Cómo ha sido la participación de los organismos del Estado con responsabilidad rectora y reguladora? ¿Hacia dónde va dirigido este esfuerzo?

-Luisana Melo Solórzano: Desde el comienzo del proceso de regulación del sector empresarial dedicado a la salud, la Alianza planteó la necesidad de clasificar las clínicas.

*Entrevista realizada en julio 2013.

Estas empresas venían ya catalogándose entre ellas, según su rentabilidad económica. Que este criterio predomine en ellas es lógico, no sólo porque en su estructura organizacional y en su práctica cotidiana de relación con las personas que solicitan sus servicios predomina el momento mercantil antes que el de prestadores de servicios de salud, sino porque de hecho esta misma predominancia es la expresión de la ideología neoliberal como pensamiento hegemónico también en el sector salud.

El neoliberalismo, a su vez, forma parte de ese conjunto de ideologías que atraviesa las disciplinas de las llamadas ciencias humanas o sociales, que poseen un trasfondo epistemológico positivista; el cual, como se sabe, tiende a abordar el estudio de la realidad fragmentándola, dividiéndola, aislando cada una de sus partes, subestimando y desconociendo las interrelaciones e interacciones existentes entre los elementos que conforman una totalidad concreta. Incluso al propio ser humano se le aísla de su contexto, se le presenta sólo como individuos que no tienen interrelación entre sí, ni con su medio ambiente, ni con el ambiente de trabajo: se le cosifica y reduce a la condición de cliente o, aún peor, de mercancía. La ultraespecialización en medicina es parte de este culto a la fragmentación positivista del conocimiento humano y de la cosificación y mercantilización propia de la ideología neoliberal, pensamiento hegemónico en el capitalismo contemporáneo, el cual le pone precio a todo.

Necesitábamos, por consiguiente, unos elementos de clasificación y regulación propios, que nos orienten en una dirección diametralmente opuesta a la de la ideología de la reacción. No se trata sólo de sincerar los costos para bajar los precios de los servicios privados de salud, sino de establecer una metodología y un sistema de análisis que nos permitiera dilucidar con precisión la existencia real y la utilización efectiva de la totalidad de los elementos que desagregan y cobran esas empresas para abultar la factura. Necesitamos separar la paja del grano, la mera intencionalidad crematística de las capacidades reales que posean para cubrir con efectividad las necesidades de salud de la población que asiste a ellas a atenderse.

Desde esa perspectiva, la Alianza se planteó buscar instrumentos que permitieran una clasificación rigurosa y confiable. PDVSA venía trabajando un instrumento que provino de la OPS-OMS, el cual se adecuó para su aplicación en Venezuela. Posteriormente, a raíz de todo este proceso, y por instrucciones del alto gobierno, asumió la SUNDECOP el tema de la regulación y se le entregó la información sobre los avances alcanzados en la materia. La SUNDECOP establece su propio criterio como organismo rector en el tema de los costos y los precios, e instituye que las normas COVENIN, y toda una serie de reglas que vienen luego, sean las que se utilicen para la clasificación de las clínicas.

-JM: ¿Existen garantías de que estas normas que se están estudiando y evaluando permitan una ponderación apropiada, justa y racional de las clínicas?

-LMS: Hay una mesa de trabajo entre el Ministerio de Comercio y la SUNDECOP, que está ocupándose del tema de las normas.

Creemos que trabajando las normas COVENIN —que datan del año 1987—, e introduciendo en ellas el resto de los aportes incluidos en las gacetas publicadas sobre este tema desde entonces, se pueden establecer algunos criterios que permitan la clasificación de las clínicas desde un criterio quizás menos funcional, puesto que la regulación no es un proceso estático sino dinámico. También pensamos que un trabajo conjunto entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud —que es el ente rector en materia de salud— y la SUNDECOP —regente de los precios—, lograría un instrumento más integral para la clasificación de las clínicas.

De todas formas, quiero ratificar que desde la AIS estimamos que, en una primera instancia, las normas COVENIN, junto a las incluídas en esa serie de gacetas que vienen luego de la aprobación de las mismas, pudieran establecer criterios rigurosos para la clasificación de las clínicas.

-JM: ¿Cómo piensan Uds. sensibilizar a las personas sobre el trabajo que se está desarrollando y la perspectiva de la aplicación de la regulación?

-LM: Esta pregunta tiene varias aristas. Una primera, es la necesidad de hacerle seguimiento a la campaña mediática que mantienen desde

el principio las empresas de salud y sus aliados de la industria cultural. Afortunadamente, aún cuando las clínicas se la pasan todos los días del mundo clamando que han perdido su margen de ganancia, que están al borde de la quiebra y que por tanto se les debe permitir poner los precios a su real entender, no han encontrado eco en la población, no han logrado engañar a las mayorías populares. Incluso en los medios mas abiertamente militantes de la derecha, cuando entrevistan a un ciudadano o ciudadana común sobre el tema, en la mayoría de los casos las opiniones versan sobre la necesidad de regular a las clínicas porque: “Son muy caros los precios”.

Esta incapacidad que han tenido hasta ahora los empresarios de la salud para confundir a la mayoría de la población y lograr apoyo popular, no debe favorecer la inacción gubernamental en la materia. Por el contrario, se hace necesario que todas las instituciones del Estado comiencen un proceso de información sobre lo que está ocurriendo. Creemos que la Alianza debe tener particular protagonismo dentro de las instituciones del Estado, para dar el debate con los trabajadores y las trabajadoras. La consigna de la Alianza: “Salud: ¿derecho o mercancía?”, no es un simple lema, es todo un planteamiento político, ideológico, conceptual acerca del significado de la salud. Por lo tanto, la Alianza debe tener la oportunidad de realizar foros de información en las comunidades, discusiones, reuniones, espacios para que la población pueda informarse y formarse acerca del tema. Esto sólo es una muestra, porque el tema de la regulación del sector privado genera por sí mismo una discusión acerca de lo que significa la salud como un derecho y no como una mercancía.

Finalmente, la otra arista del problema es el comunicacional. ¿Cuándo y cómo se plantea desde el gobierno una campaña comunicacional? Es muy importante insistir en que las medidas de regulación no sólo beneficiarán a los trabajadores y a las trabajadoras de la Alianza. Se trata del desarrollo de una legislación para regular las clínicas a nivel nacional y para beneficiar a todos los ciudadanos y a todas las ciudadanas. Es una medida que impacta positivamente en el problema inflacionario y en el acceso de

las ciudadanas y los ciudadanos a los servicios de salud que están en capacidad de ofrecer estas empresas.

-JM: ¿Los entes del alto gobierno con responsabilidad reguladora y rectora están conscientes del papel que juegan en esta evolución indispensable hacia el Sistema Público Nacional de Salud?

-LMS: Hay una voluntad evidente del Gobierno Nacional en el tema de la regulación. En el Ministerio del Poder Popular para la Salud están conscientes de cuál es el problema, y de la necesidad de construir reglas que permitan normar la relación entre la ciudadanía y el sistema empresarial de salud.

Esto va más allá de sólo un problema de control de precios. Se trata de garantizar que un Estado que necesita —por ahora— comprar servicios de salud en el sector empresarial, pueda ir liberando recursos y creando las condiciones para desarrollar el Sistema Público Nacional de Salud que anhelamos y necesitamos todas y todos en Venezuela. Cuando eso ocurra el sector empresarial de la salud podrá seguir existiendo, pero ya no ejercerá ninguna influencia relevante en el mantenimiento de la salud de nuestro pueblo.

-JM: ¿El Presidente de la República, Nicolás Maduro conoce este trabajo?

-LMS: El Presidente Maduro está en cuenta. Lo ha dicho públicamente y ha apoyado de manera determinante todo este proceso que se viene realizando en torno a la regulación del sector empresarial de la salud.

Tenemos un gobierno nacional consecuentemente revolucionario, consciente de que la salud es un derecho, y por eso está trabajando para fortalecer el sector público de salud.

Hemos realizado un taller en el cuál se está evaluando el alcance de la Providencia 294 de la SUNDECOP y cómo vamos a implementarla desde las instituciones del Estado.

Contenido	Página
Prólogo: Sólo derrotando al capitalismo, podremos tener buena salud.....	5
Prefacio: Un tema prioritario y multidimensional.....	13
La Salud en Venezuela	19
Declarar a Caracas como Ciudad Protectora de la Vida	21
Situación organizativa y funcional de la Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas.....	27
Una información sesgada	51
“Óbitos fetales no se cuentan como muertes neonatales”.....	55
Es necesario unificar el sistema sanitario público nacional.....	57
Sobre la Empresa Bolivariana de Seguros.....	61
La Salud en Venezuela	67
¿Qué hacer?.....	77
Comunidades participarán en dirección de hospitales.....	79
Juntas y juntos buscamos soluciones.....	81
Presentan proyecto de salud para el área metropolitana.....	85
Una respuesta necesaria	87
Un sistema para evitar el ruleteo.....	89
El Sistema Público Nacional de Salud: un imperativo ético, un camino necesario.....	95
El Sistema Público Nacional de Salud: un camino hacia el Socialismo	117

Sobre la construcción de un Sistema Público	
Nacional de Salud	129
La Salud como derecho	145
¿Qué hacer?	159
Una mirada diferente	169
Cada día más vigente	173
La salud no se puede regir por las leyes del mercado	179
Instituciones se alían ante especulación de clínicas	181
La salud no se puede regir por las leyes del mercado	185
Clínicas son más caras que hoteles de lujo	199
“Baremo propuesto por la AIS parará estafa de clínicas privadas contra ciudadanos”	203
El Baremo es el instrumento idóneo para congelar precios de clínicas	207
Clínicas no han respetado congelación de precios	211
Estamos a un paso de ponerle freno a la discriminación y a los precios abusivos de las clínicas	215
Asociación de clínicas suspendió mesa de negociación con alianza gubernamental	225
Estado continúa diálogo sobre baremo de salud	227
Estamos a un paso de ponerle freno a la especulación	229
El 23 comienza a regir nuevo baremo de clínicas privadas	233
Salud: ¿Derecho o mercancía?	237
La salud es un derecho que el pueblo debe conquistar	245
Lograr que trabajadoras y trabajadores se movilicen para defender su derecho a la salud	251
es el mayor triunfo de la AIS	251
La regulación de las clínicas beneficiará a toda la población	263

Esta edición de 1000 ejemplares de la obra
El Sistema Nacional de Salud Pública:
Un camino al Socialismo
se imprimió en Mayo de 2017,
en los talleres de la Imprenta del Inces Rector
II transversal de Los Cortijos de Lourdes,
sótano 1 del edificio Green, sede del Inces Miranda,
Caracas, República Bolivariana de Venezuela.