

Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Comentarios sobre la experiencia venezolana

Óscar Feo^a

Introducción

Comentar el impacto de las políticas neoliberales sobre la formación en Salud Pública implica revisar brevemente los siguientes temas:

1. Algunos conceptos básicos, como neoliberalismo, globalización y sistemas de salud.
2. Impacto de las reformas neoliberales sobre la salud.
3. La situación venezolana: líneas fundamentales para la formación de profesionales y técnicos en salud en el marco de un modelo de desarrollo nacional autónomo y soberano.
4. Reflexión final. Desafíos para los próximos años.

Neoliberalismo

Desde una perspectiva progresista, el neoliberalismo ha pasado a ser una de las categorías explicativas más importantes para comprender lo que sucede en el mundo. Entendemos al neoliberalismo no como una doctrina económica, sino más bien como una fase del desarrollo del capitalismo que impone una forma de comprender el mundo y organizar la sociedad basada en el mercado. Chomsky (2001) señala que el rasgo fundamental del mundo globalizado es la imposición de un modelo de

pensamiento, de una forma de concebir el mundo, la sociedad, la producción y distribución de bienes, y las relaciones entre las naciones, que se conoce como *neoliberalismo* y se constituye en el paradigma económico de nuestro tiempo. Se trata de una forma de gobierno global, sin estado global, en el cual un grupo de instituciones estrechamente vinculadas a los grandes intereses financieros de las corporaciones, dominan el mundo para satisfacer sus expectativas y mantener el control de la vida social por los intereses privados, con un sólo objetivo: maximizar sus ganancias y beneficios.

Lo que conocemos como neoliberalismo está sustentado en tres grandes principios:

- 1.- El fundamentalismo del mercado, que exalta la libre movilización del capital, la libertad de comercio y el libre flujo de los factores de la producción, excepto la fuerza de trabajo, que continúa sometida a múltiples y variadas restricciones.
- 2.- El desmantelamiento de los estados nacionales, la desaparición de las fronteras para la actividad económica, y la pérdida de poder y soberanía de las naciones periféricas, en lo que algunos llaman la monarquía del capital. Se plantea que la soberanía de los estados ha sido desbaratada por la globalización, y que la soberanía radica actualmente en el mercado.
- 3.- La homogenización de las culturas y costumbres, imitación de patrones de consumo, fortalecimiento de la ideología consumista, que genera un “consumismo desaforado” y una alienación que crea

^aÓscar Feo. Médico venezolano, especialista en salud pública y salud de los trabajadores; profesor titular de la Universidad de Carabobo. Actual Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud; correo-e: oscarfeo@msn.com

expectativas de vida no acordes con la realidad, en lo que Galeano llamó la cultura del “úselo y tírelo”, con el consecuente deterioro ambiental y agotamiento de los recursos naturales.

Asimismo, el neoliberalismo promueve diversas acciones para lograr sus intereses:

1.- Privatizaciones: no sólo en la perspectiva de transferencias de empresas del sector público al privado, sino la conversión de derechos sociales en objetos de mercado. La salud y la educación, tradicionalmente considerados derechos ciudadanos, pasan a formar parte de los intereses económicos y en muchos países se integran a los circuitos de acumulación. Es evidente que la privatización de los fondos de pensiones de la seguridad social ha pasado a constituir uno de los elementos más apetecibles para el capital financiero, convirtiéndose en un rubro de gran rentabilidad. Hasta el agua la están privatizando en algunos países.

2.- Desregulación del mercado de trabajo: el modelo neoliberal produce desempleo, flexibilización y precarización del empleo, aumento del empleo informal, y un notable incremento de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.

3.- Focalización de los programas sociales: usualmente las instituciones internacionales y las naciones identifican a la pobreza y la exclusión social como grandes problemas a combatir y diseñan medidas para ello. No advierten que el problema fundamental no es la pobreza; que ella es sólo manifestación y síntoma de la inadecuada e injusta distribución de la riqueza social. En consecuencia, diseñan programas focalizados hacia los “pobres”, en ausencia de políticas sociales de carácter estructural para enfrentar los problemas reales de la economía, no sólo de los países, sino del mundo.

4.- La inversión especulativa: con un claro predominio de operaciones de capital a corto plazo, cuyo objetivo es obtener ganancias especulativas desvinculadas de la producción de bienes materiales. Se estima que el 95% de las operaciones en los mercados cambiarios consiste en movimientos especulativos. Amin (1997) señala que ese desplazamiento de la actividad productiva por la especulativa es la causa real de

la crisis de la economía capitalista. En definitiva, los mercados financieros altamente especulativos son protagonistas decisivos del proceso globalizador neoliberal.

Globalización neoliberal y salud

Generalmente, se entiende a la globalización como un fenómeno derivado del desarrollo y las grandes transformaciones en la informática y las telecomunicaciones que se percibe como un proceso evolutivo, casi natural. Stiglitz (2002) lo relaciona con la mundialización de la economía y la supresión de las barreras al “libre comercio” y señala que uno de sus rasgos fundamentales es la aceptación del capitalismo triunfante norteamericano como única vía posible al progreso. Otros lo ven como una expansión planetaria del capital transnacional, sobre la base de una nueva división internacional del trabajo en la cual las mercancías pierden nacionalidad y no pueden considerarse como de un país particular. El Sistema Económico Latinoamericano (SELA) la conceptualiza como una nueva forma de colonialismo, que ha reemplazado las viejas formas de dominación por otras más sofisticadas, que impiden una mejor distribución de la riqueza, acentuando la concentración del poder y el capital. Todas esas concepciones constituyen diferentes facetas y dimensiones de la globalización.

Comprender lo que sucede en el sector salud implica comprender el impacto de la globalización sobre la calidad de vida y los servicios de salud. Una de las características fundamentales del mundo globalizado es la concentración del capital y el incremento de las inequidades y la pobreza. La globalización neoliberal ha hecho que los ricos sean cada vez más ricos y los pobres más pobres. En la última década, los pobres constituyen más de una tercera parte de la humanidad y han aumentado a un ritmo inusitado; hoy existen 2,500 millones de habitantes en situación de pobreza, paradójicamente en un mundo que es más rico y produce mayor riqueza, pero que la concentra cada vez en menos manos.

Es necesario afirmar, contrariamente a lo que asumen muchos teóricos e instituciones a nivel

mundial, que el problema fundamental no es la pobreza, la cual constituye sólo la expresión de lo que realmente es el problema y el mayor obstáculo al desarrollo: la irracional concentración del capital y la muy injusta distribución de la riqueza social.

De ser concebidas como derechos sociales, la salud y la educación pasan a ser espacios para el lucro y la inversión privada, abriendo la posibilidad del manejo por parte del capital financiero de grandes masas de dinero, antes reservadas a los estados nacionales. Los mercados de la salud y la educación se convierten en uno de los más atractivos y rentables, y los organismos multilaterales en uno de sus más activos promotores.

Sistemas de salud

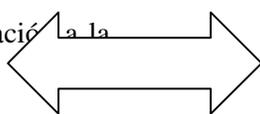
Definimos a los sistemas de salud como el conjunto de respuestas institucionales, programas y actividades que una sociedad construye para responder a las necesidades de salud de su población. En general, se plantea que el objetivo de un sistema de salud debe ser promover, proteger y restituir la salud de una población o comunidad. En términos políticos, el sistema de salud es la respuesta institucional que una nación desarrolla para enfrentar y resolver los problemas de salud y enfermedad de sus habitantes. El sistema de salud es, por tanto, una respuesta política, una “construcción social” y como tal responde a las concepciones político-ideológicas que predominan

En Venezuela, en el marco de la Constitución aprobada en el proceso constituyente de 1999 se define la salud como **derecho social fundamental**, que debe ser garantizado por el estado como parte del derecho a la vida. Para garantizar ese derecho se prevé la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), que se caracteriza como participativo, descentralizado e intersectorial. En otros países, por ejemplo en los Estados Unidos de Norteamérica, y también en muchos de América Latina, influenciados por las políticas neoliberales promovidas por los organismos financieros multilaterales, se ha impuesto el concepto de Salud como bien privado, que si bien no es claramente asumido en el discurso, ya que muchos continúan conceptuándolo como derecho, en la práctica terminan colocando la salud en el mercado. Decía Bush en la última campaña electoral, que su ideal de sistema de salud, es aquél en el que cada ciudadano pueda pagar los servicios que requiere. Asimismo, escuchamos a un ministro de salud de un país del continente señalar que la salud debe ser colocada en el mercado, y que al estado le corresponde intervenir sólo para garantizar atención a pobres e indigentes.

Es clara la diferencia que existe entre estas concepciones. De un lado, la salud es un derecho que debe ser garantizado por el estado a todos los individuos, sin distinciones de ningún tipo; y de otro, la salud es una mercancía que se adquiere en el juego de la oferta y la demanda, y el estado la garantiza sólo a los pobres.

en cada estado, particularmente con relación a la

Sistemas universales, en países donde la salud es un derecho social y el estado es garante de ese derecho.



Sistemas de mercado, donde la salud es una mercancía y cada persona lo resuelve individualmente.

concepción de la salud y al papel que se le asigna al estado para garantizarla y proveerla. En consecuencia, cada país construye un sistema de salud acorde con los conceptos, principios y valores que sustentan esa sociedad.

En el mundo coexisten diversos modelos de Sistemas de Salud que se sitúan en un espectro muy variado entre esas dos concepciones polares: [Ver cuadro]

En síntesis, cada estado construye el sistema de salud que responde a sus criterios políticos e ideológicos, para desde allí enfrentar y tratar de resolver los problemas de salud y enfermedad de la población. Por ejemplo, en Europa, en el marco del “estado de bienestar” predominante después de la segunda guerra mundial, se afianzó la concepción de salud como derecho social y se construyeron diferentes modelos de sistemas de salud, pero en todos, a pesar de su diversidad, el papel del estado es fundamental. En la gran mayoría de los países de América Latina, se construyeron sistemas de salud mixtos, que expresaban una mezcla de influencias y desarrollaron paralelamente instituciones de seguridad social dirigidas a la población trabajadora asalariada y al mismo tiempo, ministerios de salud para el resto de la población. Esa situación creó sistemas de salud fragmentados en una multiplicidad de instituciones públicas para cubrir diversos segmentos de la población, generando grandes inequidades en el acceso y la distribución del financiamiento público. Esos sistemas de salud sufrieron, durante la década de los años noventas, el embate de las políticas neoliberales de reforma del sector salud, que privatizaron los servicios, con consecuencias nefastas. Una minoría de países ha desarrollado sistemas públicos nacionales de salud, tales como Brasil, Cuba, y ahora Venezuela.

En síntesis, para caracterizar adecuadamente un sistema de salud se deben distinguir, entre otros, los siguientes aspectos:

1. La concepción dominante de la salud: derecho social o bien privado individual.
2. El modelo de atención que define la organización de los servicios: integral o fragmentado, básicamente dedicado a la atención de la enfermedad.
3. El carácter y gestión de los establecimientos donde se prestan los servicios.
4. El tipo y las fuentes de financiamiento del sistema.
5. El papel de los ciudadanos en su organización y control.
6. Los resultados obtenidos en términos de salud de la población.

Impacto de las reformas neoliberales sobre el sector salud

En la década de los noventa, las políticas de salud en el continente estuvieron marcadas por las propuestas de REFORMAS DEL SECTOR SALUD, ampliamente promovidas por organismos financieros multilaterales. En ese sentido, es pertinente enfatizar que esas reformas no fueron procesos aislados, formaron parte de procesos más amplios de reforma del estado, que conocimos como ajustes estructurales, que se desarrollaron a partir de las propuestas generadas en el “consenso de Washington”.

Eso que conocemos como “consenso de Washington”, no fue otra cosa que un conjunto de medidas de política económica generadas por una reunión de expertos del Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial, reserva federal de los Estados Unidos y el congreso de ese país, realizado en Washington en 1989, en plena crisis del “campo socialista”, cuyo propósito fundamental era elaborar un conjunto de propuestas para incorporar al mundo del mercado, a los países que proviniendo del campo socialista y la Unión Soviética se caracterizaban por economías centralmente planificadas. Sin embargo, esas medidas fueron aplicadas como prescripción uniforme a todos los países del “mundo en desarrollo”.

Tales políticas aplicadas en casi todos los países del continente americano, bajo la amplia promoción y financiamiento de los organismos financieros multilaterales, se resumen en la propuesta de **reducir el tamaño del estado y facilitar el predominio del mercado**. Con relación al impacto catastrófico de esas medidas hay una extensa bibliografía, pero por su singular importancia destacan: Stiglitz, premio nóbel de Economía, que en sus libros: *El malestar de la globalización* y *Los felices noventa* relata la aplicación de dichas medidas y su fracaso. Armada (2001), revisó las cartas de intención firmadas entre el FMI y cada uno de los países, y señala su asombrosa similitud. En todas ellas se incluyen reformas de salud y seguridad social, que promueven la “eficiencia económica”, la focalización para atender básicamente a los más

pobres y el desarrollo de “paquetes o canastas básicos de prestaciones” en el marco de propuestas para abrir la participación del sector privado y privatizar diversas esferas de la prestación y aseguramiento de la salud.

Esas propuestas de reforma, contaron con préstamos que incrementaron la deuda externa y sirvieron para financiar unidades especiales de reforma, que terminaron por convertirse en unidades elitescas, que restaron recursos y rectoría a los ministerios de salud, y generaron una casta de consultores que seguían instrucciones de la banca, para realizar estudios que nunca tenían utilidad real, y acabaron por imponer propuestas de reforma, que se caracterizaron por cinco grandes planteamientos:

1.- Separación de funciones. Se partió del criterio - que no compartimos y que debe ser discutido con más amplitud- de que las funciones de los sistemas de salud son cuatro: rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios.

2.- Las reformas planteaban dejar a los ministerios de salud solamente la rectoría, transfiriendo el resto de las funciones a otros actores, generalmente del sector privado, generando procesos de privatizaciones.

3.- Descentralización, concebida como proceso para disminuir el tamaño del estado, transfiriendo funciones y competencias administrativas a los niveles regionales y/o locales, sin los recursos ni conocimientos necesarios para su desempeño, y muchas veces como paso previo a la privatización de los servicios. Es necesario diferenciar estas propuestas descentralizadoras que atomizaban y anarquizaban los sistemas de otra descentralización concebida como instrumento político de transferencia de poder y recursos para el fortalecimiento de los gobiernos locales y comunidades.

4.- Focalización, que plantea el desarrollo de proyectos dirigidos a los más pobres, dejando al resto de la población en el marco del mercado. Esta propuesta atenta contra la universalidad de la salud y genera programas generalmente reducidos

y concebidos como paquetes o canastas básicas, sólo para los sectores más empobrecidos de la población.

5.- Todas estas propuestas incluían un financiamiento con diversos mecanismos de recuperación de fondos o cobro directo de los servicios a la población, creando inequidades y obstáculos económicos al acceso a los servicios y generando exclusión social en salud. Hoy, casi el 30% de la población del continente carece de acceso permanente a servicios de salud.

En resumen, en el contexto de las reformas neoliberales, se impuso una concepción que plantea a la salud como bien de consumo, que pertenece al ámbito de lo privado, y que debe ser resuelto en el marco de la relación entre las personas y la iniciativa privada, dejando al estado sólo la responsabilidad de garantizarla a los sectores más pobres de la población. Esta dinámica privilegió los proyectos coyunturales, por encima de los programas regulares, deteriorando a los ministerios de salud, que perdieron capacidad y rectoría, generando una gran debilidad en la salud pública.

Impacto de las reformas en la formación en salud pública

En la educación en salud Pública, en muchos países se impuso la lógica neoliberal que concibe a la educación, particularmente la de postgrado, como bien de consumo individual que se adquiere en el mercado; y que en función de la elevada demanda individual se amplía sin ningún tipo de control ni calidad. Así, surgen en el continente numerosas escuelas y cursos privados, que imparten pre y postgrado en ciencias de la salud y salud pública elitescos, costosos, dirigidos a satisfacer demandas individuales y, en general, desvinculados de las necesidades sociales y la situación real de salud de nuestros pueblos. Es asombrosa la proliferación de escuelas de medicina privadas para satisfacer las necesidades de un mercado reducido, pero de alta capacidad adquisitiva; Venezuela fue uno de los pocos países que no autorizó la creación de esas escuelas en el ámbito privado; sin embargo, como en muchos otros países, la formación de especialistas

en salud pública se convirtió en un bien privado, llegando a existir infinidad de programas, promovidos por universidades sin experiencia en el área, en un proceso conocido como “postgrados de maletín”, que respondían a una demanda creciente de profesionales que deseaban obtener una certificación de especialistas para incorporarse al mercado de trabajo. La formación de cuadros de dirección para el sistema público de salud dejó de ser una responsabilidad del estado y se transfirió al sector privado y a las universidades. Las políticas neoliberales convirtieron los postgrados en negocios para la generación de ingresos. El postgrado pasó a ser una mercancía para satisfacer expectativas personales, usualmente a un costo muy elevado y sin retribución académica sólida. Muchos de esos cursos eran excesivamente teóricos, elitescos, excluyentes, descontextualizados de la realidad y marcados por conceptos foráneos.

Los elementos que caracterizaron esos postgrados fueron los siguientes:

1. Predominio de un modelo conceptual medicalizado, centrado en la enfermedad, y no en una concepción integral de la salud.
2. Enseñanza fragmentada, típicamente flexneriana, centrada en la teoría y el conocimiento académico, aislado de la realidad y con escasa reflexión sobre la práctica social.
3. Esa educación colocada en el mercado, a espaldas de las necesidades del país, se orientaba a resolver necesidades individuales y producía profesionales básicamente para el sector privado, a pesar de que muchas veces se formaban en espacios y con financiamiento público.

La salud pública en la Venezuela actual

Nuestra Constitución define las características que debe tener el Sistema Público Nacional de salud (SPNS), señalando en su artículo 84:

Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad,

integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Por años hemos señalado la importancia de un sistema de salud integral y articulado, que además de dar respuestas, permita el seguimiento de las intervenciones en el sector salud. Sin embargo, en la práctica hemos construido un modelo fragmentado, basado en la oferta y la capacidad de respuesta particular de cada institución, que no garantiza a la población una solución real a su problemática, que separa lo curativo de lo preventivo, no define puerta de entrada, no dispone de mecanismos de referencia y contrarreferencia eficaces, y en su estructura jerárquica considera al hospital como el centro del sistema. En conclusión, el modelo vigente no responde a las necesidades de salud de la gente, no organiza al sistema, al contrario, genera incoherencias que dificultan su funcionamiento.

Tenemos el imperativo ético de construir un SPNS que responda con calidad y calidez a las necesidades de la población, que opere con integralidad, interdisciplinariedad y a puertas abiertas, con responsabilidades con su territorio social y que trabaje sobre metas concertadas con la comunidad.

En Venezuela, a partir de 1999, con el triunfo popular del presidente Chávez, se inicia una ruptura con el modelo neoliberal que responde a los intereses del imperio y, con altibajos, comienza un período de reconstrucción nacional que busca construir una democracia participativa y protagónica, en el marco de un estado de derecho y justicia social.

En ese marco, las medidas sanitarias más importantes pueden resumirse en cuatro puntos:

1. Suspensión y reversión de la aplicación de las políticas neoliberales aprobadas en 1998 y dirigidas a la privatización de la salud.
2. Definición de un conjunto de políticas públicas dirigidas a delimitar un plan estratégico y un nuevo modelo de atención en salud, basados en la integralidad y en la vinculación de la salud a la calidad de vida.
3. El inicio de un programa especial, denominado “Barrio Adentro”, dirigido a garantizar inclusión y

cobertura a millones de personas que habitan en sectores urbano-marginales y habían sido tradicionalmente excluidos del sistema de salud y del acceso a los servicios. Barrio Adentro, con presencia de la solidaridad cubana, se ha convertido en el centro del desarrollo del nuevo SPNS, organizado en un conjunto de redes, que se señalan a continuación:

Red de consultorios populares, que constituye la puerta de entrada al SPNS, territorializados: uno por cada 250 familias, con un modelo de atención integral, con criterios ampliamente participativos e intersectoriales que, además, es la puerta de entrada a la red de programas sociales del estado venezolano, vinculando la acción en salud con los programas y misiones de educación, deporte, cultura, alimentación, economía popular, vivienda, ambiente, en el marco de lo que se ha venido construyendo como un modelo de desarrollo endógeno, que en el sector salud se expresa en la combinación de las acciones de un modelo promocional de la calidad de la vida y la salud, con las acciones de prevención y atención a la enfermedad. Ese modelo -con altibajos- se viene construyendo con una activa participación de la solidaridad cubana.

Red de centros diagnósticos y clínicas populares, integrada hasta ahora por 426 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), unas 500 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), 40 Clínicas Populares y 20 Centros de Alta Tecnología (CAT) dotados de adecuada capacidad diagnóstica y resolutoria para garantizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos. Esta red se viene construyendo y aspira alcanzar 600 CDI y SRI en los próximos meses.

Red de hospitales del pueblo y hospitales especializados, para la solución de aquellos casos que ameriten hospitalización.

Todo ese sistema dirigido por un ministerio de salud en reconstrucción, que hace esfuerzos para diseñar y dirigir una política nacional de salud y garantizar la integralidad de las acciones, que van desde la promoción de la salud en el ámbito de políticas sociales intersectoriales para promover la calidad de la vida, hasta la atención individual a la

enfermedad. Ese ministerio, en correspondencia con el carácter intergubernamental del sistema de salud expresado en la legislación vigente, debe articularse con los niveles estatales y municipales funcionando como un todo integrado que responda a una política nacional de garantizar el derecho a la salud y mejorar la calidad de vida a toda la población.

Lineamientos fundamentales para la formación en salud pública en Venezuela

La formación de los profesionales y técnicos que requiere el sector salud y particularmente el nuevo SPNS hace necesario el desarrollo de nuevas políticas educativas, que rompan con los paradigmas dominantes en la formación tradicional en salud pública. Ello debiera hacerse en alianza estratégica con las universidades y otros centros formadores, pero es indispensable que estos comprendan y asuman las nuevas realidades y políticas de educación en salud, cuyos lineamientos generales se describen a continuación:

1. Educación sin exclusión

Durante muchos años el estado venezolano formó sus profesionales y técnicos de dirección en la Escuela de Salud Pública y la Escuela de Malariología; esta última adscrita directamente al Ministerio de Salud. Esa situación cambió radicalmente a fines de los ochenta, con la aplicación de las políticas neoliberales en educación, que hicieron que el estado abandonara su responsabilidad de formar sus cuadros de dirección, y los cursos de postgrado se transformaron en “bienes de consumo” que se colocaban en el mercado para los profesionales que individualmente estaban dispuestos a pagar por ello. Las escuelas de salud pública respondieron a las demandas del mercado y a ofrecer cursos que se vendían a los profesionales interesados. En esa línea, es notable el surgimiento de numerosos cursos, que sin control ni calidad ofrecen diversas posibilidades de formación.

En la actualidad, hay más de veinte mil jóvenes cursando primero, segundo y tercer año de medicina en 853 aulas multipropósito, ubicadas en 318 municipios de toda la geografía nacional. A partir de este año se incorporan al primer año alrededor de 500 alumnos de diversos países latinoamericanos y de África.

En Venezuela, esa situación comienza a ser revertida con la conversión de la Escuela de Malariología en Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) y, posteriormente, con la eliminación de los cobros y la retoma de la formación como responsabilidad del estado, pasando el ministerio a seleccionar y enviar sus cuadros de dirección a formarse en función de las necesidades del estado.

La línea fundamental de la política de formación en salud pública es la universalización y democratización de los postgrados, pasando de una formación elitista y costosa, a postgrados al servicio del sistema de salud, que forman intensivamente los cuadros de dirección que requiere el SPNS. De postgrados para unos pocos estudiantes al año, se pasó a postgrados regionalizados con cientos de estudiantes, que se forman en contacto permanente con la realidad.

Asimismo, “Barrio Adentro” se convirtió en una gigantesca escuela de medicina donde, en cursos con rigurosa supervisión de docentes altamente capacitados, se forman varios miles de estudiantes a nivel de pregrado para las carreras de medicina y enfermería, y a nivel de postgrado, donde se forman más de 3,000 especialistas en medicina general integral.

2.- Nuevo Modelo Educativo

Una formación de ese tipo requiere hacerse fuera de esquemas y espacios tradicionales y en plena convergencia con la nueva institucionalidad. Esa es la segunda gran línea de acción; el espacio docente es la comunidad, el barrio, los consultorios populares y los centros diagnósticos de “Barrio Adentro” pasan a ser la gran universidad nacional para la salud, y constituyen el eje del desarrollo de la nueva institucionalidad sanitaria del SPNS. En

esa perspectiva, el proceso enseñanza aprendizaje se traslada a los servicios, bajo una concepción donde el estudio, el trabajo y la práctica transformadora, son los ejes centrales de la acción de los cursantes. Ello obliga a repensar el modelo educativo, haciéndolo realmente andragógico, que responda a las necesidades del sistema de salud, que genere conocimientos para conocer y resolver sus problemas, con una estructura curricular flexible y dinámica, auto evaluable, capaz de responder con agilidad y rapidez a las necesidades del SPNS. En resumen, las nuevas políticas de formación plantean la ruptura con los viejos paradigmas docentes, salir del aula encerrada y de la concepción enciclopédica y teórica. Abrirse a formas masivas de enseñanza que, con calidad y pertinencia social, produzcan profesionales reflexivos, capaces de afrontar y resolver situaciones complejas, con valores y principios éticos de trabajo en equipo, mística y compromiso, para usar los conocimientos en servicio de la colectividad.

Reflexión final. Desafíos de la salud pública para los próximos años

Para consolidar el SPNS y articularlo con la política nacional de construcción de un nuevo modelo de sociedad, desde el sector salud, es necesario avanzar en los siguientes retos:

1. Reafirmar la salud como derecho fundamental vinculado a la vida, y continuar confrontando las políticas “neoliberales” centradas en el mercado, revirtiendo los elementos de privatización que persisten en salud y educación.
2. Combatir y cerrar las grandes brechas sociales que existen en relación con la distribución de la enfermedad, muerte y acceso a los bienes y servicios de salud, de manera que se garantice efectivamente el derecho a la salud de todos los

ciudadanos, reduciendo las inequidades existentes y acabando la exclusión social en salud.

3. Consolidar al SPNS, profundizando el desarrollo de “Barrio Adentro”, con un modelo conceptual centrado en la salud y la vida, que incorpore las estrategias de participación, integralidad e intersectorialidad, y asuma a la salud y la enfermedad como un proceso social, resolviendo las contradicciones entre lo colectivo y lo individual, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo, privilegiando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, actuando sobre los determinantes de la salud y no sólo sobre sus manifestaciones. Ello implica derrotar a las concepciones individualistas, medicalizadas y centradas en la enfermedad y la tecnología.

4. Reducir y resolver la gran deuda social existente, mejorando el desempeño de los servicios de salud, elevando su capacidad resolutoria, definiendo claramente el modelo de atención, fortaleciendo la red ambulatoria y la atención primaria y aumentando la eficiencia y capacidad de la atención hospitalaria.

5. Mantener y reforzar una política que garantice el aporte adecuado de recursos financieros para gastos de funcionamiento y una política de renovación y mantenimiento preventivo-correctivo del parque tecnológico instalado en las instituciones dispensadoras, así como garantizar la continuidad de las políticas de salud, enfrentando la tendencia de cambio de las políticas que con cada cambio ministerial se da.

ANTE ESTA SITUACION HAY UN GRAN RETO POR DELANTE: articular todo el trabajo en salud con el de construcción de una nueva sociedad, basada en valores y principios radicalmente diferentes a los del individualismo y consumismo que prevalecieron durante muchos años. Valores y principios como los de la solidaridad, honestidad, trabajo en equipo, internacionalismo e integración regional.

Ello implica consolidar una salud pública de frente al nuevo país, que resuelva los grandes problemas de salud de nuestros pueblos actuando sobre sus determinantes. Una salud pública que asuma el desarrollo de una nueva teoría y una nueva práctica para hacer realidad el derecho a la

salud y el combate contra las desigualdades, dónde la lucha por el bienestar colectivo, en el marco de una sociedad de justicia social, se construye en democracia y con la participación de todos, esforzándonos en demostrar que otro mundo es posible, y que “*Salud para todos*” no es un sueño, sino una realidad que estamos forjando.

Referencias

Amin, S. (1997). *Los desafíos de la mundialización*. México: Siglo XXI.

Armada, F.; Muntaner, C. y Navarro, V. (2001). Health and Social Security Reforms in Latin America. *International Journal of Health Services*, 31 (4), 729-768.

Banco Mundial (1990). *Financiamiento de los Servicios de salud en los países en desarrollo*. Washington DC: Autor.

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Washington DC: Oxford University Press.

CEPAL (1999). *Panorama Social 1988*. Santiago de Chile: Autor.

Chomsky, N. (2001). *El beneficio es lo que cuenta. Neoliberalismo y orden global*. Barcelona: Crítica.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República 5.453* (Extraordinaria). Marzo 24, 2000.

Feo, O. (2003). *Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la Experiencia Venezolana*. Maracay: Universidad de Carabobo.

Friedman, M. (1962). *Capitalismo y Libertad (1)*. USA: University of Chicago Press

Friedman, T. (2000). *The Lexus and the Olive Tree*. New York: Anchor Books.

Organización Panamericana de la Salud (1992). *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *La Salud Pública en las Américas*. Publicación científica N° 589 Washington DC

Sonntag, H. (1997). América Latina: La Patria Grande. En *Democracia para una Nueva Sociedad* (pp. 187-211). Caracas: Nueva Sociedad.

Soros, G. (1998). *La crisis del capitalismo global*. Barcelona: Plaza&Janes.

Stiglitz, J. (2002). *El Malestar de la Globalización*. Madrid: Taurus.

Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.



Medicina Social
Salud Para Todos