

UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

Facultad de Ciencias Económicas

Departamento de Economía

Licenciatura en Economía

Trabajo de Diploma

**Estado y perspectiva de la integración tipo ALBA en los servicios de salud
en la región de América Latina y el Caribe.**

Autora: Damartha García León

Tutores: Dr. Roberto Muñoz González

Lic. Zulma Ramírez Cruz

Santa Clara Junio 2010

CON SU ENTRAÑABLE TRANSPARENCIA



Pensamiento

América ha de promover todo lo que acerque a los pueblos, y de abominar todo lo que los aparte...

José Martí.

Dedicatoria

A mi madre Olga Lidia por estar siempre a mi lado apoyándome, al igual que mi padre Jesús Iván que en estos momentos se encuentra cumpliendo misión internacionalista en la República de Bolivia como médico, ambos constituyen mi fuerza impulsora.

Agradecimientos

A la Revolución por hacer posible la superación humana y profesional de todos los cubanos.

A mis tutores por contribuir a la realización de la investigación.

A mi familia y en especial a mis padres que estuvieron siempre apoyándome.

A mis tíos Javier y Raquel por la atención prestada y su perseverancia.

Resumen

Los procesos de integración han ido tomando más fuerza tratando de aumentar la calidad de vida de las personas mejorando los servicios de salud, ya que la salud se ve afectada por factores socioeconómicos donde las empresas trasnacionales privan de medicamentos a países menos desarrollados por lo que el ALBA como propuesta de integración más completa con la creación de proyectos en salud para beneficio de estos países que recibirán una ayuda solidaria y gratuita.

Esta investigación tiene como propósito analizar el estado y perspectiva de la integración tipo ALBA en los servicios de salud en la región de América Latina y el Caribe. Para ello se definieron los servicios de salud en la región, se describieron las características de los procesos integracionistas en la cuestión de los servicios de salud, y el proceso de integración tipo ALBA en sus proyectos de salud.

Summary

The processes of integration have gone taking more force trying from increasing the people's quality of life improving the services of health, since health looks affected by socioeconomic factors where companies transnational deprive less developed countries of medications for that the DAWN like proposal of more complete integration with the creation of projects in health for benefit of these countries that they will receive a solidary and gratuitous help.

This investigation has like purpose to analyze the status and perspective of integration ALBA guy in the services of health at the region of Latin America and the Carib .Para it they defined the services of health at the region, the integrationists in the issue of the services of health described the characteristics of the processes themselves, and the process of integration ALBA guy in your projects of health.

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo: 1 Concepciones sobre los servicios de salud.....	5
1.1 Caracterización económico-social de los sistemas de salud a nivel Mundial.....	5
1.1.2 Significación del estado ante la cuestión de la salud.....	9
1.2 Problemas de salud que enfrentan los países subdesarrollados.....	11
1.2.1 Caracterización de la salud en América Latina y el Caribe.....	11
1.3 Salud e industria médico –farmacéutica en la región.....	18
1.4 Los procesos de integración y la salud.....	24
Capitulo 2 La cuestión de los servicios de salud en los procesos de integración regional.....	28
2.1 Situación de los servicios de salud en la Unión Europea.....	28
2.2. Los acuerdos comerciales en la contemporaneidad y la cuestión de la salud pública.....	36
2.2.1 El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS).....	36
2.3El tema de la salud en los procesos de integración en América Latina y el Caribe: algunos casos.....	40
2.3.1Generalidades.....	40
2.3.2 El Mercado Común del Sur (MERCOSUR).....	43
2.3.3 Comunidad Andina de Naciones (CAN).....	47

2.3.4 Tratado de Libre Comercio(TLC).....	51
---	----

Capítulo 3 Los servicios de salud en la integración tipo ALBA.

.....	55
-------	----

3.1 Características y principios del ALBA.....	55
--	----

3.1.1 Generalidades.....	55
--------------------------	----

3.1.2 Principios y normas del ALBA.....	57
---	----

3.2. Proyectos Grannacionales en los servicios de salud.....	59
--	----

3.2.2. Sobre las Misiones en salud.....	66
---	----

3.3. Perspectivas de la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América.....	70
--	----

Conclusiones.....	71
--------------------------	-----------

Bibliografía.....	73
--------------------------	-----------

Anexos.....	
--------------------	--

Introducción

Es una necesidad contar con un servicio médico adecuado ya que es imprescindible para reducir la tasa de enfermedades infecciosas que constituyen graves problemas para muchos países provocando dificultades para su economía. El inicio de los nuevos procesos integracionistas en América Latina, con el objetivo de intentar dar solución a los problemas que aquejan tanto ha países desarrollados como subdesarrollados dio origen a la Alternativa Bolivariana para las América siendo el mismo el proceso integrativo más reciente que tiene como objetivos entre otros factores, elevar la calidad de vida de las personas dando un avance en el sistema de salud ya que diferentes países se ven afectados porque muchas personas mueren por no contar con un sustento monetario para pagar los servicios médicos .La falta de medios sanitarios apropiados dificultan los esfuerzos de los países en vía de desarrollo para reducir la tasa de enfermedades elevando la tasa de mortalidad en casi todas las regiones de América Latina, sobre todo en zonas rurales e indígenas, otros viven en lugares muy intrincados donde la atención médica nunca le ha llegado, así como países donde los hospitales no cuentan con los utensilios necesarios para atender a los pacientes. Es por esto que se deben integrar todas las fuerzas para lograr un beneficio en la salud de toda la región de América Latina y el Caribe y es ante estos retos que el ALBA trabaja en incrementar las relaciones bilaterales y multilaterales para dar solución a estos problemas que afectan de una manera u otra el desarrollo de estos países, a través de proyectos granacionales que le dan cobertura a todos las personas que necesitan ser atendidas constituyendo estos argumentos la **situación problémica** de la presente investigación.

Los aspectos anteriormente abordados permitieron plantear el siguiente **problema científico**:

¿Cuál es el estado y perspectiva de la integración tipo ALBA en los servicios de salud en la región de América Latina y el Caribe?

Objetivo General:

Analizar el estado y perspectiva de la integración tipo ALBA en los servicios de salud en la región de América Latina y el Caribe?

Objetivos específicos.

Analizar el sistema de salud en el mundo y sus principales relaciones en la economía.

Conocer el estado y perspectiva del sistema de salud en América Latina y el Caribe en su relación con los procesos de integración (proyectos, mecanismos, políticas).

Demostrar el papel del proceso integracionista tipo ALBA en el desarrollo del sistema de salud en América Latina y el Caribe y sus potencialidades.

Preguntas de investigación:

¿Cuál es el papel del sistema de salud en el mundo?

¿Cómo se vincula la salud y la economía?

¿Cuál es el estado y perspectiva del sistema de salud en América Latina y el Caribe?

¿Cuál es el papel del proceso integracionista tipo ALBA en el desarrollo del sistema de salud en América Latina y el Caribe?

La investigación tienen como antecedentes en lo que se refiere a los procesos de integración "investigación centro americano en materia de salud" La Iniciativa de Salud de Centro América y (ISCA) lanzada en 1984 por la Organización Panamericana de la Salud en coordinación con los ministerios de salud y las instituciones responsables de la seguridad social que contó con el apoyo de la Cooperación Española. Actualmente se plantea la continuidad de la ISCA vigente y ratificada en su día como Agenda de Salud de Centro América orientada hacia la

integración regional, además de otros trabajos como: Empresas grannacionales tipo ALBA en el sector farmacéutico latinoamericano y caribeño: retos y perspectivas.

La investigación precisó del uso de diversos métodos y técnicas que nos permitieron recopilar, analizar y procesar la información durante el proceso investigativo:

Del nivel teórico:

Hipótesis –deductivo: Partimos de una hipótesis sustentada por el desarrollo teórico de una determinada ciencia, siguiendo las reglas lógicas de la deducción pudiendo llegar a nuevas conclusiones y predicciones empíricas.

Inducción-deducción: Se estudiaron diferentes fuentes de información, realizándose un estudio que nos permitió conocer lo que está sucediendo a través de la inducción, permitiendo llegar a una generalización que fue la que nos permitió llegar a conclusiones cualitativas.

Analítico-sintético: Para analizar el fenómeno de la investigación económico, social y cultural descomponiéndolo en parte y luego se sintetiza integrando las partes en conceptos, reflexiones y arribando a conclusiones.

Del nivel empírico:

Revisión de documentos: Garantizo la información necesaria para la reflexión teórica metodológica, facilitando el conocimiento por parte del autor sobre los principios y los objetivos del ALBA, establecidos en las diferentes áreas de colaboración.

Tipo de estudio:

Exploratorio: Se explorar las condiciones de los servicios de salud en la región de América Latina y el Caribe.

Explicativo: Se explica el papel que juega el ALBA para el desarrollo de los servicios de salud en la región de América Latina y el Caribe.

Hipótesis de la investigación:

El nivel de desarrollo de los servicios de salud en la región de América Latina y el Caribe, hace viable una mejora de la calidad de vida de las personas en el marco del proceso integracionista tipo ALBA como alternativa al desarrollo de estos países, debido a los nuevos proyectos, mecanismos y políticas que se desarrollan dentro de este emergente modelo.

Novedad y viabilidad del trabajo:

El desarrollo de los servicios de salud es un factor que incide sensiblemente en el mejoramiento de la calidad de vida del ser humano. Los países de la región de América Latina y el Caribe que forman parte del modelo ALBA evidencian un desarrollo progreso y avance significativo en el sector de la salud, como son los casos de Cuba, Venezuela, Bolivia y otros, específicamente que cuentan con la colaboración de médicos de otros países como Cuba que trabajan incansablemente prestando un servicio gratuito solo con el fin de lograr un beneficio y mejorar las condiciones de vida.

La integración de nuevo tipo puesta al acceso público a los servicios y el acceso equitativo para las personas de diferentes comunidades y niveles socioeconómicos, un servicio más conveniente y satisfactorio. De tal manera existe en América la necesidad de enfrentar las dificultades que presenta ya que miles de personas mueren cada día por no contar con un servicio de salud adecuado, considerando de vital importancia la investigación.

Capítulo I Concepciones sobre los servicios de salud en la región

1.1 Caracterización económico-social de los sistemas de salud a nivel mundial.

El tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es de gran importancia ya que el aumento de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que están sometidos la mayoría de los seres humanos.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y en definitiva, sus problemas económicos, mientras que, en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación y otros.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales, dentro de las organizaciones que rigen a esta se encuentra La Organización Mundial de la Salud (OMS) que es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer

normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

Su función en la salud pública se cumple a través de una serie de funciones como son: seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias, ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas, formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.¹

El sistema de salud, el conjunto de instituciones que cuida la salud de los ciudadanos, reviste una importancia creciente en los sistemas económicos. Este hecho se expresa en el creciente porcentaje del gasto público y privado en salud en relación al Producto Interior Bruto (PIB). En otras palabras, el ritmo de crecimiento del gasto en salud es superior al ritmo de crecimiento del PIB. Por un lado, el gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, pero por otra parte aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad.

¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946. Versión electrónica <http://www.cheesehosting.com>

La salud es un importante componente del desarrollo socioeconómico a largo plazo. Se sabe indudablemente que su mejoramiento, como actividad de desarrollo social, tiene en sí un valor humanitario independiente de otras consideraciones económicas o políticas. Al mismo tiempo, se observa definitivamente una relación entre el mejoramiento de la salud y la productividad económica, pues la salud contribuye a la formación y preservación del capital humano. La salud es imprescindible para mantener y mejorar la productividad de la fuerza del trabajo y para hacer posible que la población que aún no se ha incorporado a ésta, aproveche de manera eficiente la inversión en servicios educativos que es necesaria para su posterior desempeño en la vida.

A fin de realizar un mejoramiento concreto en la salud se necesita agregar sustanciales inversiones internas a las cuantías que ya se destinan al gasto en salud. Además, será necesario obtener nuevas inversiones del extranjero para aplicarlas a oportunidades estratégicas. En todos los esfuerzos de una institución externa por contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la región se debe tener en cuenta las grandes diferencias entre los países respecto de los índices de salud, la organización interna para resolver los problemas de salud, el nivel de la planificación de salud y las disparidades en la distribución de servicios de salud entre zonas urbanas y rurales.

Se debe realizar una cuidadosa investigación a fin de identificar las oportunidades prioritarias que maximizarán la contribución de los organismos externos al perfeccionamiento de la planificación y la mayor eficiencia en el uso de los recursos financieros y humanos existentes, así como también para expandir racionalmente las inversiones globales destinadas al campo de la salud.

El Banco Mundial reconoce que las medidas destinadas a mejorar las condiciones de salud de la región contribuyen a lograr el progreso económico y social. El Banco está dispuesto a considerar propuestas en el campo de la salud que demuestren ser capaces de producir los mayores beneficios de salud, aminorando los grandes problemas de salud más generalizados en la región. Estos proyectos

deben dar importancia primordial a la medicina preventiva, deben formar parte de un plan nacional de salud aceptable y deben ajustarse, en general, a los criterios financieros aceptados del Banco.

En la región de Europa el 93% de la población es partidaria de una cobertura sanitaria integral y en los Estados Unidos, que no cuenta con un sistema nacional de seguro de enfermedad, más del 80% está a favor de ella , vemos entonces algunos problemas de estos sistemas de salud los cuales deben enfrentar con procesos de reforma.²

- Atención de salud inversa. El gasto de salud pública tiende a beneficiar a los ricos más que a los pobres.
- Atención de salud empobrecedora. Más de 100 millones de personas al año tienen que costear de su propio bolsillo los gastos de atención de salud y, como consecuencia, muchas veces caen en la pobreza.
- Atención fragmentada. Redes de servicios fragmentadas; especialización excesiva de los médicos; enfoque limitado de programas de control de enfermedades, gobernanza basada en la no intervención o laissez-faire, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada; ayuda internacional fragmentada.
- Atención de salud con riesgos. No se cumplen adecuadamente las normas de seguridad e higiene, tasas elevadas de infecciones nosocomiales, errores con los medicamentos y otros sucesos adversos.
- Atención mal dirigida. Recursos concentrados en servicios curativos en detrimento de la prevención primaria y la promoción de la salud (se podría evitar hasta el 70% de las enfermedades y las muertes).

² Manuel Suárez Julio Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI. Datos citados por la OMS en el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008.pdf

1.1.2 Significación del estado ante la cuestión de la salud.

Actualmente la salud se considera un derecho de todo ciudadano, que el Estado puede y debe garantizar, la participación del Estado como suministrador de la atención de salud adquiere magnitudes diversas, varía de un país a otro y tiene diferencia de estructura orgánica, cobertura de la población, amplitud de los beneficios y grado de control de la producción de estos servicios de salud. De acuerdo con el tipo de intervención del Estado en la atención médica, existen varias clasificaciones, en las que se tienen en cuenta, los principales tipos de programas públicos en que participa el Estado, lo que equivale a decir el seguro social, la asistencia pública y servicio universal, o bien aquella que realiza una distinción entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio de salud y se definen en sistema nacional de salud , sistema de seguro de salud y sistema centralizado. Sin embargo los sistemas de salud, la producción de medicamentos y la industria médico-farmacéutica en general se encuentran dominadas y controladas por las grandes trasnacionales y potencias del mundo.

La atención a la salud de los ciudadanos puede estar financiada enteramente por el Estado (sistema nacional de salud) dedicando un por ciento de la renta nacional (a su vez recaudada por diferentes impuestos), a brindar estos servicios, como en el caso de Canadá con un sistema caracterizado por la universalidad, accesibilidad, cobertura universal y administración no lucrativa; o bien tratarse de un caso más complejo como el de Brasil, en el que encontramos la contraposición entre hospitales públicos y privados. Entre los hospitales públicos se encuentran los pertenecientes al Instituto Nacional de Asistencia Médica y Previsión Social (INAMPS), hospitales públicos correspondientes a los estados, municipios, universidades y escuelas públicas de medicina (subvencionadas por el Estado con la renta pública). Los hospitales privados pueden ser contratados por el INAMPS para brindar servicios, lo cual se ha podido comprobar que resulta la forma predominante de prestación de servicios médico-hospitalarios (58,3 %) por

conducto del sector privado, con reembolso de gastos por parte del gobierno a través del INAMPS, (lo que recuerda características del sistema de seguro de salud), con una subutilización de las otras instituciones públicas.³

En general, en Latinoamérica, la mayor parte de los establecimientos de salud son administrados y operados por los ministerios de salud y los programas médicos de los sistemas de seguro social, mientras que los ministerios de salud obtienen recursos de los ingresos generales, del gobierno central, provenientes de los impuestos, los fondos de los sistemas de seguro social provenientes de las deducciones de nóminas salariales pagadas por trabajadores y empresarios y en algunos casos de impuestos grabados específicamente para salud. Los gastos directos que realiza cada familia en forma de pagos por servicios médicos y de laboratorio, para la compra de medicamentos y otros suministros, son un componente importante de la mezcla público/privado del financiamiento de los servicios de salud en la región.⁴

El papel del Estado en los países desarrollados difiere según la cobertura sanitaria sea a través de financiación pública o privada. En el primer caso, es función del gobierno seleccionar los tratamientos que maximicen la salud de la población sujeta a las restricciones presupuestarias. En el segundo caso, el gobierno actúa como regulador ofrecer cobertura complementaria a aquellos individuos rechazados por el mercado (ej. crónicos o individuos de bajos ingresos).⁵

³Chávez Fresno Caridad. Sistemas de atención de salud. Versión electrónica en: <http://www.bvs.sld.cu>. En línea febrero de 1996.

⁴ Idem

⁵ Epstein David. Versión electrónica en :[http:// www.economiadelasalud.com](http://www.economiadelasalud.com)

1.2 Problemas de salud que enfrentan los países subdesarrollados:

2,5 millones de personas se contagiaron de SIDA en el 2007 (2,1 millones de adultos y 420 000 niños), cada día mueren más de 5700 personas en todo el mundo y se infectan a 6 800, del total de infectados 22,5 millones son del África subsahariana, en el 2007, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer, más del 70 % de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes, se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en el 2015, y 11,4 millones en el 2030, un 60 % de los cuales vivirán en estos países, el número de enfermos de diabetes ha crecido en los últimos 20 años y se estima que para el 2030 se eleve a 300 millones, la mayor parte vive en los países pobres, catorce millones de personas

mueren por enfermedades infecciosas y parasitarias; el 90 % de ellas viven en países pobres⁶, la tasa de mortalidad infantil en América Latina es de 26, mientras que la de África occidental es de 108.

1.2.1 Caracterización de la salud en América Latina y el Caribe

Los sistemas de salud en algunos países de América Latina evidencian avances positivos en cuanto a la descentralización en salud, muchos son todavía los obstáculos a vencer y éxitos a consolidar para elevar y fortalecer el funcionamiento de estos sistemas. Los sistemas nacionales de salud de los países de las Américas se clasifican como predominantemente públicos (gasto público

⁶ Torres Domínguez Amarilys: Medicamentos y transnacionales farmacéuticas: impacto en el acceso a los medicamentos para los países subdesarrollados. Versión electrónica <http://scielo.sld.cu> En línea 2006.

superior a 66% del gasto total nacional en salud) y predominantemente privados orientados al mercado (con un gasto público inferior a 50% del gasto nacional en salud). Anexo 2a (Anexo 1 al 7)

En 1993 Colombia introduce la gestión privada de la financiación pública, establece mecanismos para evitar los efectos adversos sobre la equidad de acceso a los servicios. A diferencia del caso chileno esta reforma se implanta sobre un sistema de salud muy atomizado, con un gasto público escaso y una cobertura que no superaba el 25% de la población. Colombia gasta aproximadamente tres veces más, cubre oficialmente alrededor del 60% de la población y tiene problemas importantes para hacer cumplir la regulación, evitar la corrupción y asegurar que los beneficiarios reciban los servicios asegurados.

Nicaragua, que creó un sistema nacional de salud en los años ochenta, sufrió un cambio radical en los noventa con la separación del seguro social del Ministerio y la introducción de empresas médicas previsionales para gestionar los recursos de este seguro. Hoy el seguro tiene unos 150 dólares por beneficiario y año, mientras que el Ministerio no llega a los 20. Como el seguro ofrece una cartera cerrada de prestaciones para prevención y en algún caso tratamiento de enfermedades agudas, los trabajadores y sus familias tienen que acudir al sistema público o pagar su tratamiento cuando tienen un problema de salud crónico.

Costa Rica y Cuba son los únicos países de América Latina que tienen en la actualidad sistemas nacionales de salud. En Costa Rica se está llevando a cabo una reforma gradual que no altera los principios básicos del sistema (financiación pública redistributiva, iguales condiciones teóricas de acceso para toda la población) y trata de resolver algunas de las deficiencias anteriores extendiendo un modelo de atención primaria para toda la población y tratando de mejorar la eficiencia a través de aumentar la responsabilidad de los establecimientos en la gestión de sus recursos. Mientras que en Cuba está vigente el Sistema Nacional de Salud cubano que depende del Ministerio de Salud Pública, que es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del

Estado referente a la salud pública .El Ministerio cubre las funciones de atención médica, asistencia a ancianos y minusválidos, control higiénico - epidemiológico, formación de profesionales y la producción y distribución de medicamentos.⁷ Cuba ocupa el primer lugar en indicadores favorables de en menores de un año y menores de cinco años en América Latina y buena parte del mundo ,la tasa más baja de la historia, con 5.3 por mil nacidos vivos. ⁸

En Argentina el punto de partida era un sistema atomizado en el aseguramiento y la provisión, con un gasto total per cápita similar al español pero con una calidad y un acceso francamente peores. La reforma tiende a aumentar la desregulación del sistema rompiendo los mercados cautivos de las obras sociales (aseguradoras pertenecientes a los sindicatos de ramo, cuyos trabajadores estaban obligatoriamente afiliados a las mismas). En el sector público se intenta aumentar la eficiencia de los hospitales con medidas parciales de desconcentración e introducción de herramientas de gestión.

México será sin duda un experimento interesante en los próximos años. Existía ya una reforma en marcha que descentraliza la provisión de servicios desde la Secretaría de Salud hacia los estados y hacer llegar un paquete básico de servicios a toda la población.

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social, una institución gigantesca, con 350.000 empleados fijos y alrededor de 150.000 con otros contratos, que cubre alrededor de 50.000.000 de personas, estaba inmerso en un proceso de reordenación de todos sus niveles administrativos y prestadores de servicios. Tras el cambio de régimen producido en las elecciones de julio de 2000, el Gobierno ha lanzado la propuesta de crear un seguro universal, pero todavía no se han definido

⁷ Sistema Nacional de Salud Cuba. Versión electrónica <http://es.wikipedia.org>

⁸ Estado Mundial de la Infancia 2007 que publica UNICEF

las estrategias para lograrlo. Éstas pueden ser diversas e, incluso, contrapuestas.¹⁰

a) Nivel de acceso

El mayor obstáculo para alcanzar salud en los pueblos de América Latina es la pobreza y la principal dificultad para mejorar la salud es la falta de equidad en el estado de salud y el acceso a los servicios de asistencia sanitaria. Grandes sectores de la población de la mayoría de los países de América no tienen un acceso real a los servicios de salud este déficit de cobertura se produce en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector lo que presenta un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas nacionales de salud.¹¹ En América Latina y el Caribe alrededor de 230 millones de personas (46%) no cuenta con seguro de salud y cerca de 200 millones (20-25%) no tiene acceso permanente a servicios básicos de salud.¹²

El factor económico es determinante para establecer políticas y planes relacionados con la salud, porque los sistemas actuales de financiamiento de la salud ya no pueden enfrentar las demandas que se plantean, se está reduciendo considerablemente el gasto en los servicios de salud, mientras los costos de la atención crecen a ritmo más rápido que los ingresos. La contención de los gastos se considera ahora un objetivo crucial ya que la salud se considera un derecho humano fundamental. Este avance se deriva, sin duda, del reconocimiento de que

¹⁰ Jané Elizabeth :Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro .Versión electrónica: <http://www.scielo.org.ve>

¹¹ OPS. Situación de salud en las Américas; indicadores básicos 2001.

¹²Salud en Las Américas OPS .En línea 2007pdf

la población sana es esencial para el desarrollo económico. En muchos países especialmente en los de menor desarrollo económico, la inversión en salud es insuficiente. De 70 países de “Desarrollo Humano Alto” según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del más reciente informe del PNUD, sólo 9 tienen un gasto privado superior al público. El gasto público en salud en los 20 países con mayor IDH es del 6,5% o más del PIB. En todos ellos el gasto público es proporcionalmente mayor que el privado excepto en los Estados Unidos de América y en 16 países el gasto público representa el 70% o más del gasto total en salud.¹³ (Ver Anexo 8)

b) Disponibilidad de personal en salud.

En cuanto al personal en salud la región del 2000 al 2007 cuenta con tasas de médicos por habitante en Uruguay y Argentina (superiores a 30 por 10.000 habitantes) siendo de las más altas de la Región. En el otro extremo, Haití y Guyana presentan valores de 2,5, y 2,6 médicos por 10.000 habitantes, Cuba es el primer país de la Región en cuanto a la disponibilidad de médicos por habitante: aproximadamente 60 por 10.000. La tasa de enfermeros por habitante alcanzó un alto valor en los Estados Unidos (97,2 por 10.000 habitantes), en Bermuda (89,6 por 10.000) y en el Canadá (73,4 por 10.000). Se estima que gran cantidad de naciones en la Región no cuentan con el personal necesario para alcanzar un nivel de cobertura mínima de servicios de salud. En el período 2000–2006 se verificaron aumentos importantes en la dotación de personal sanitario en algunos países: Bolivia aumentó su tasa un 120%, Nicaragua 88%, Paraguay 44%, Costa Rica 25% y Colombia 24%; pero en otros países las tasas de personal sanitario experimentaron una reducción: San Vicente y las Granadinas de 18%, Belice 15% y Guatemala 13%.

¹³ Manuel Suárez Julio Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI .pdf. En línea 2008

c) Cobertura

Envueltos en las redes neoliberales y fondo monetaristas, los gobiernos han venido disminuyendo los presupuestos destinados a la salud pública. Los resultados de estas políticas se traducen en desmantelamiento de los programas de prevención y nutrición, aniquilamiento de los hospitales públicos, recortes salariales para los profesionales y trabajadores de la salud, eliminación de la medicina gratuita, programas focalizados hacia los más pobres. El repliegue de los gobiernos en esta materia está dando paso a la incursión de importantes proveedores de servicios de salud, a tal punto que en países como Ecuador, Perú, Guatemala y Guyana ya tienen una cobertura de entre el 10 y el 20%.¹⁴

d) Reformas de salud en América Latina

Las Américas en la actualidad parece ser la más activa de las regiones de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta a las Reformas Sanitarias (RSS) ya que esta es necesaria porque los sistemas de salud han sido en general no equitativos, ineficaces e ineficientes. Se considera que los programas de reforma contienen aspectos esenciales que integran las plataformas más avanzadas de la salud pública y estos están dados por el crecimiento económico, por una amplia escolaridad básica, una reorientación del gasto público destinando menos recursos a la atención terciaria y a la capacitación de especialistas y más recursos a medidas de alta externalidad, al fomento de la diversidad y la competencia en el suministro de la atención clínica, la creación de sistemas de seguros que permitan contener los costos, el aumento de la eficiencia de los servicios de salud pública, y por el estímulo a la comunidad para una mayor

¹⁴ Tamayo G Eduardo: América Latina en Movimiento. Versión electrónica: <http://alainet.org>

participación en la promoción de hábitos de vida sanos y la administración de los servicios locales de salud.¹⁵

Las Reformas Sanitarias en América Latina y el Caribe se han circunscrito, en gran parte, a la reforma de las instituciones del sector público involucradas en la provisión de servicios de salud (los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social), y los problemas de eficiencia y equidad del gasto en salud que pretenden resolver se refieren, en la mayoría de los casos, a la utilización de los recursos públicos hechos por estas instituciones, énfasis que se debe en gran medida a una percepción generalizada de un papel marginal del sector privado en el gasto y la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, la situación es diferente: la mayor parte del gasto nacional en salud en América Latina y el Caribe corresponde al sector privado, y hay países donde esta proporción es superior al 70 %.¹⁶

Dentro de los problemas que enfrentan los procesos de reforma sanitaria en América Latina y el Caribe se encuentra la ausencia de coincidencia entre los países, los actores dentro de cada país y las agencias de cooperación, en relación con los contenidos y la naturaleza de la reforma , también se hace difícil hacerla viable políticamente, exige gran capacidad de liderazgo, de negociación y de ajuste a las circunstancias cambiantes , además no ha existido estabilidad de los máximos actores responsables de impulsarlas, de conducir los estudios y de negociar las propuestas , otro es que la viabilizarían de los procesos de reformas integrales ha sido mucho más difícil que en los casos de reformas parciales , las reformas parciales resultan en modelos menos consistentes que los concebidos por las reformas integrales , la reforma en muchos países ha sido conducida por las autoridades económicas sin una adecuada participación de los actores del sector salud , ha existido discrepancia entre las autoridades económicas y de

¹⁵ . M. López Cándido Pardo Universidad de La Habana

¹⁶ Idem

salud respecto a los objetivos y las estrategias del proceso de reforma y existen reclamos por parte de los usuarios respecto a los beneficios de las reformas ¹⁷.

1.3 Salud e industria médico –farmacéutica en la región

Los medicamentos son esenciales para la salud y para la sobrevivencia de las personas. Promover el acceso a estos significa respeto al derecho a la vida, la garantía de poder disfrutar de los beneficios de los avances tecnológicos y el reconocimiento del valor de la salud humana; principios reconocidos en numerosos tratados internacionales. Este es un factor esencial en el logro del éxito en la lucha contra las enfermedades, y está directamente relacionado con el grado de desarrollo y la eficiencia de los sistemas nacionales de salud por esto que la industria farmacéutica juega un papel esencial y esta surge a partir de una serie de actividades diversas relacionadas con la obtención de sustancias utilizadas en medicina, es un sector empresarial dedicado a la fabricación, preparación y comercialización de productos químicos medicinales para el tratamiento y también la prevención de las enfermedades, la cual reporta niveles de lucro económico altos.¹⁸

Algunas empresas del sector fabrican productos químicos farmacéuticos a granel (producción primaria), y todas ellas los preparan para su uso médico mediante métodos conocidos colectivamente como producción secundaria. Entre los procesos de producción secundaria, altamente automatizados, se encuentran la fabricación de fármacos dosificados, como pastillas, cápsulas o sobres para administración oral, soluciones para inyección, óvulos y supositorios.¹⁹

¹⁷ Idem

¹⁸ Torres Domínguez Amarilis: Medicamentos y transnacionales farmacéuticas: impacto en el acceso a los medicamentos para los países subdesarrollados. Versión electrónica <http://scielo.sld.cu>. En línea 2006

¹⁹ <http://es.wikipedia.org>

La industria farmacéutica está dominada por las grandes empresas de los países industrializados, donde 10 empresas controlan cerca del 59 % del mercado mundial. Esa hegemonía se refleja en su participación en el mercado y en el control y la dinámica del proceso de innovación la cual prosigue su veloz curso en la actualidad, la investigación en los laboratorios de las compañías farmacéuticas centra su interés en el hallazgo de tratamientos mejorados para el cáncer, las enfermedades del sistema nervioso central, las enfermedades virales como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la artritis y las enfermedades del aparato circulatorio, que son los males que aquejan principalmente a los países desarrollados. Poca investigación se realiza sobre las enfermedades predominantes de países subdesarrollados (por ejemplo, la enfermedad de Chagas en América del Sur), debido a que el retorno de la inversión en estos mercados es bajo. Las características básicas de las empresas farmacéuticas coinciden con las de la generalidad de las empresas transnacionales, al ser una industria altamente oligopolista y muy extendida, en la que un número de empresas relativamente enormes, pertenecientes a un grupo reducido de países dominan la casi totalidad de la producción, investigación y comercialización de los fármacos en el mundo.

Con ventas que sobrepasan los 600 mil millones de dólares, el sector farmacéutico se encuentra en continuo crecimiento, caracterizado por una competencia basada en la dependencia de los productos. Su fuerza competitiva se basa en la investigación y el desarrollo, a la que se destinan alrededor del 12 % de los ingresos de la industria y en la apropiación de las rentas mediante el sistema de patentes y en las cadenas de comercialización.

En los últimos años ha aumentado considerablemente el interés por el estudio de las tendencias actuales de los medicamentos a nivel mundial, la transnacionalización de la industria farmacéutica y el impacto de los acuerdos multilaterales sobre comercio y derechos de propiedad intelectual a nivel mundial. Esto se ha debido, entre otros factores, al apreciable aumento de la toma de conciencia con respecto a los problemas económicos, políticos y sociales que ha

generado la rápida diseminación de enfermedades infecciosas, fundamentalmente la proliferación de la infección del VIH/SIDA en muchos de los países más pobres del mundo, el mal uso de los antimicrobianos y las amenazas radio nucleares o tóxicas. Los medicamentos representan entre el 20 y 60% del gasto en salud en los países en desarrollo y cerca del 90% de la población compra directamente medicamentos de su bolsillo y más del 90% de la producción de medicamentos está concentrada en un pequeño grupo de países desarrollados y el valor de los medicamentos tiende a crecer.

El mercado farmacéutico en el 2002 fue, en precios de productor, de 400 mil millones de dólares. De ellos tan solo el 1,2 %, tendría por destino el continente africano. Asia y África juntas representan el 75 % de la población mundial, sin embargo, a ellas fue destinado un 7 u 8 % anual, sin que se apreciaran incrementos en un período de tiempo de 10 años, aun cuando su población no ha dejado de crecer. En cambio los Estados Unidos han duplicado el valor de su mercado farmacéutico en los últimos diez años sin que se haya producido un incremento significativo de su población.

En la actualidad las transnacionales farmacéuticas más importantes son norteamericanas, alemanas, francesas, suizas, inglesas y suecas. El proceso de concentración por medio de adquisiciones, fusiones y otros tipos de acuerdos no ha cesado. Cien compañías transnacionales con un mercado internacional de más de 600 mil millones de dólares bloquean las ventas de medicamentos genéricos que pueden ser adquiridos a precios mucho más baratos por los países pobres.

Actualmente la OMS estima que un tercio de la población mundial, 2 000 millones de personas no tienen acceso regular a medicamentos esenciales de calidad. Este fenómeno tiene dos caras que van a ser determinantes de las condiciones actuales de crisis de acceso a los medicamentos. De un lado, la situación económica general de los países subdesarrollados y la imposición de políticas de ajuste, con apertura sin límite de sus mercados a los productos más competitivos procedentes del Norte; el abandono de posibles inversiones dirigidas a cubrir necesidades de sus poblaciones; la fuga de capitales al exterior hacia los mercados más rentables y seguros de los países desarrollados; la privatización de

sectores productivos y de servicios para pagar los servicios de la deuda, entre otros.²⁰

Por otro lado el proceso de concentración de la industria farmacéutica que va dando lugar a la formación de los grandes grupos que se ven confrontados entre ellos a una competencia por los mercados pero que al mismo tiempo, tienen intereses comunes entre sí, por lo que presionan para intentar abolir cualquier legislación que intente poner límites a la ampliación de beneficios y a su peso hegemónico en el mercado de medicamentos. En el 2006, los productos farmacéuticos clasificaron como el sexto rubro más importante en el comercio mundial, y 12 de las 50 empresas que más invierten en investigación-desarrollo en todo el orbe, pertenecen al sector.

Los ocho principales mercados farmacéuticos en América Latina crecerán una media del 9,9% cada año hasta 2014, momento en el cual tendrá un valor de una combinación de \$ 80 mil millones a precios al por menor. Los ocho mercados Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México, Perú y Venezuela en conjunto tienen una población de 474 millones de personas y de su combinado Producto Interno Bruto (PIB) fue de 3,4 billón dólares el año pasado.²¹

La producción farmacéutica nacional representa alrededor de la mitad del mercado de la región y las importaciones un valor de \$ 10 mil millones, pero las exportaciones tienen una baja contribución y un déficit en la balanza del comercio de productos farmacéuticos de \$ 7 mil millones. El acceso del sector público a los medicamentos ha aumentado, especialmente entre los menos favorecidos, con iniciativas tales como Remediar en la Argentina, el PAC Saude en Brasil, Auge en Chile, el Seguro Popular en México y Barrio Adentro en Venezuela. Los gobiernos utilizan su poder de negociación para negociar y centralizar la compra de medicamentos a fin de contener los costos y gastos totales de la droga pública en

²⁰OMS .Medicamentos esenciales .Disponible en : <http://www.who.int>En línea 2009.

²¹ Burmester José : Mercado de Prescripción de América Latina crecerá un 10% anual hasta 2013Version electrónica: <http://bitacorafarmaceutica.wordpress.com> Septiembre 2009

la región se espera que siga creciendo, ya que existe un considerable nivel de demanda insatisfecha.²²

Las ventas de las farmacias privadas también están en alza, debido a la mayor renta disponible en países como Brasil, México y Venezuela. Los precios de los medicamentos innovadores han aumentado, pero los gobiernos están tomando medidas para su control, ya sea directa o indirectamente. Por otra parte, en contraste con los mercados desarrollados, el consumo de medicamentos genéricos es muy bajo en América Latina, incluido el de Brasil, que es el mercado más grande de la región y que el proteccionismo local, precios muy bajos y alta capacidad de producción se han combinado para desarrollar genéricos bioequivalentes de mercado que ha demostrado ser problemática para los extranjeros responsables de los genéricos.

El gobierno de México ha iniciado un proceso de renovación de registros de medicamentos, y se prevé que sólo habrá patentados y genéricos bioequivalentes de 2010. Sin embargo, las necesidades de la planta local de fabricación también se están eliminando gradualmente y el mercado estará completamente abierto por la segunda mitad de 2010, la Ley de Salud fue modificada para permitir la producción y venta de medicamentos biológicos y biosimilares.

Sector de la farmacia de la Argentina está dominado por productos de marca y se caracteriza por los altos precios, los márgenes excesivos, altos niveles de concentración y la falta de regulación. El sector se espera que reduzca la velocidad, la balanza comercial farmacéutica sigue siendo deficitaria, los productores locales tienen un superávit, mientras que los productores extranjeros tienen un déficit importante.

Chile es la consecución de objetivos ambiciosos para mejorar el cuidado de la salud en el año 2010, y tiene un sector de la farmacia muy competitiva, debido a la presencia de una industria bien desarrollada nacional especializada en productos

²² Idem

genéricos y copias, que suministra el 60,1% en valor y 81,8% en volumen del mercado nacional en 2005.

Colombia también lleva a cabo la reforma de la asistencia sanitaria que ha impulsado el consumo de productos farmacéuticos, principalmente en términos de volumen. La mayoría de los mercados se abastece a la industria nacional, con la mayoría de los productores internacionales de drogas haber cerrado sus instalaciones de producción en el país. (Ver Anexo 9,10,11).

Perú produce muy poco en el camino de las exportaciones de productos farmacéuticos. Las importaciones de medicamentos originales son casi exclusivamente adquiridas por el sector de las farmacias privadas, mientras que de producción local de genéricos de marca y sin marca son consumidos por la farmacia de los sectores privado y público.

Venezuela ha impulsado los últimos fuera de gasto de bolsillo de drogas en el sector privado, mientras que las reformas de atención de salud también han aumentado los gastos en medicamentos, en particular en el sector público. El mercado ha crecido tanto en valor y en volumen, como el consumo de medicamentos genéricos ha aumentado entre las poblaciones anteriormente excluidas. Sin embargo, el crecimiento del mercado se espera que caiga mientras se profundiza la economía en recesión en 2010.

Cuba tiene una industria relativamente fuerte farmacéutica y biotecnológica, y las cuentas de la producción nacional son de 80% -90% del mercado nacional, que ha sido valorada en 501 millones dólares para 2009. Frente a esta panorámica, Cuba se ha convertido en uno de los países del Sur que brinda una gran colaboración en el sector farmacéutico y biotecnológico no solo a los países de América Latina sino a todos aquellos que requieran de su ayuda.²³

²³ Idem

1.4 Los procesos de integración y la salud

El inicio de los procesos integracionistas en América Latina constituye una condición de desarrollo y aun más de supervivencia en los tiempos de los grandes espacios económicos y de la lucha por la hegemonía imperialista. La integración regional constituye una vía para mejorar la inserción de los países en la economía internacional, partiendo de la base de que así se obtienen mayores y mejores oportunidades de mejoramiento del bienestar económico y social para la subregión.

El complejo económico del sector salud además de su impacto en la capacidad de desarrollo humano y la dinamización de la economía influencia en forma importante los abordajes de cuestiones claves referidas a la integración regional y formación de bloques económicos en la medida en que involucra un conjunto amplio de actividades que deben ser objeto de negociación entre los diferentes países. Entre dichas cuestiones podemos mencionar desde la lucha conjunta a las epidemias hasta la circulación de productos y servicios de salud. Los temas de integración regional han estado cada vez más presentes en la agenda económica y política de los países de la región en la medida que en el marco de una globalización asimétrica, se buscan fortalecer sus vínculos para obtener una posición más favorable en las negociaciones internacionales.

Puesto que la integración de nuevo tipo puesta al acceso público a los servicios de salud y al acceso equitativo para las personas de diferentes comunidades y niveles socioeconómicos en América Latina constituye una vía para enfrentar las dificultades que presentan miles de personas que mueren cada día por no contar con un servicio de salud adecuado. Puesto que como proceso de regionalización tiene como prioridad la esfera comercial, para así alcanzar un crecimiento económico siendo esta la vía de obtener beneficios sociales, para así insertarse en el mercado y lograr aportes en la salud, con diferentes acuerdos entre varios países con fines en común. Ya en el siglo XX se crearon varias estructuras

orientadas a la integración política y económica, fundada el 4 de julio de 1973 por el Tratado de Chaguaramas (Venezuela), la CARICOM ,la Comunidad Andina de Naciones (CAN), creada en 1996, pero sucesora del Grupo Andino, en lo atinente a integración en salud, la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1902 con el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana, se convirtió luego en la representante para la región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud , el Tratado de Asunción, del 26 de marzo de 1991, creó formalmente el MERCOSUR ,y la Unión Europea.

Los diferentes acuerdos de integración que actualmente se negocian e implementan en la Región, se basan en decenas de acuerdos regionales, subregionales y bilaterales, donde los países buscan fortalecerse mutuamente para mejor aprovechar las oportunidades y enfrentar los desafíos de la globalización y la apertura comercial. En el sector de la salud esto puede observarse con respecto a los medicamentos, tema que los países miembros de ALADI han estado discutiendo simultáneamente en seis instancias en los últimos 2 años.

Pese a su complejidad y aparente ineficiencia, el regionalismo abierto ofrece a los diferentes países una rara oportunidad para perfeccionar su capacidad reguladora en el ámbito de la salud y, al mismo tiempo, armonizarla en el marco de los acuerdos de integración en que participan. Mientras que en los países europeos ambos procesos han tomado demasiado tiempo y esfuerzo por haberse realizado por separado, en el caso de América Latina y el Caribe parece haber la posibilidad de realizar simultáneamente ambas tareas de una manera mucho más rápida y coordinada. Por otra parte, experiencias como la de la Agencia Europea de Medicamentos pueden ofrecer opciones interesantes para la regulación del consorcio del mercado de estos insumos en América Latina y el Caribe. Asimismo, los esfuerzos realizados en relación con los medicamentos por los países de la Comunidad Andina constituyen otra experiencia digna de ser estudiada y reproducida en toda la Región.

El sector de la salud debe insertarse activamente en la negociación de los acuerdos de integración en que participan los países de las Américas, primero, para lograr que estos acuerdos otorguen prioridad a la equidad en salud y, segundo, para tratar de un modo adecuado los intereses comerciales del sector de la salud de los países que participan en dichos acuerdos. El SGT-11 del MERCOSUR dedicado a productos, servicios y programas de salud sirve para ilustrar que esta estrategia es políticamente viable y técnicamente factible.

Sin embargo, el sector de la salud carece de muchos de los atributos necesarios para interactuar con buenos resultados con la globalización, el comercio internacional o la integración. Por esta razón, es necesario que el sector se capacite a fin de tener una participación más fructífera en los procesos de integración y apertura comercial. También sería ventajoso buscar nuevas alianzas y formas de cooperación e integración con el sector comercial que puedan apoyar al sector de la salud, teniendo presente que en una alianza tal este último también puede hacer aportes que permitirían que la globalización, el comercio y la integración logran también objetivos sociales, como una mayor equidad e en salud, además de sus objetivos económicos.

A diferencia del comercio de bienes, el modelo de integración de servicios de salud no ha sido definido previamente, por lo que la comisión ha avanzado en distintos momentos de su actuación con supuestos diferentes entre los que se encuentran:²⁴

a) Coordinación de servicios en zonas fronterizas: se restringe en lo geográfico, no pretendiendo alterar el funcionamiento de las estructuras del país.

²⁴M. Sánchez Delia: Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud .Publicado en Cuadernos de Salud Pública.Versión electrónica: <http://www.scielosp.org>.En línea 2007

b) Integración de servicios en zonas fronterizas. La integración supone varios pasos más allá de la simple coordinación, ya que subyace la idea de una dirección conjunta.

c) Libre tránsito de personas: profesionales de la salud. El libre tránsito de profesionales implica no solamente el reconocimiento por las autoridades de los países de los títulos de grado expedidos en los demás, sino también de los de post-grado. La dificultad aquí radica en que no existen las mismas especialidades en los cuatro países, y además los mecanismos para obtener los títulos de post-grado también son diferentes. Por otra parte, la habilitación para el ejercicio por la autoridad nacional, si bien es suficiente en Uruguay y Paraguay, no lo es en Argentina y Brasil, países federativos y con modelo de colegiación de las profesiones.

d) Libre tránsito de personas: los usuarios del sistema de salud. La forma más sencilla de migración es la del turista o residente no permanente. En este momento los derechos de los ciudadanos del MERCOSUR en materia de salud solamente pueden ser ejercidos dentro de su propio territorio, no existiendo portabilidad de derechos. En el momento en que exista libre tránsito de personas y los trabajadores puedan migrar indistintamente de un país a otro para trabajar, se planteará el problema de quién es responsable de su atención de salud y quién debe hacerse cargo de sus cotizaciones. A esto le sigue qué sucederá con los derechos adquiridos en el país donde trabajó y cotizó, si ese trabajador regresa a su país o a otro del bloque.

Capitulo II La cuestión de los servicios de salud en los procesos de integración

En las últimas cinco décadas del siglo XX los fenómenos de integración se han hecho mucho más comunes. Características más actuales del mundo, como son la creciente globalización sobre todo en la década del 90, acompañado del predominio de un modelo económico de libre mercado el cual se nutre del intercambio entre los Estados-nación, ha hecho necesario adoptar medidas tendientes a mejorar la posición negociadora frente a otros Estados. Esto último se ha logrado por medio de los procesos de integración regional, que permiten a los países negociar como bloque. La formación de este tipo de bloques nace básicamente de una necesidad funcional, en que cada uno de los Estados que decide integrarse a un bloque, lo hace porque ve en ello una oportunidad de aumentar el bienestar de sus ciudadanos o simplemente por una cuestión de interés nacional.

La integración económica es un proceso mediante el cual los países deben ir eliminando las diferencias en materia de política industrial y de competencia , así como los obstáculos a la libre circulación de factores , las barreras comerciales y las alteraciones bruscas en los tipos de cambio , la integración exige un proceso de armonización , tanto en aspectos económicos como institucionales , que pueden alcanzar diferentes niveles que van desde las preferencias aduaneras a la integración económica plena . Según el grado de integración económica plena que impliquen los acuerdos se pueden clasificar en áreas de libre comercio, uniones aduaneras, mercado común y unión económica.

La integración mejora el acceso a los mercados, fomenta las economías de escala, ayuda a prevenir guerras civiles, genera mayor cooperación entre las partes y asegura la prevalencia de determinadas reformas económicas y democráticas presentando al país como nación confiable para la inversión extranjera.

En este concepto no solo se ha inmerso Europa sino América Latina a través de acuerdos como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte conocido también como TLCAN o NAFTA, Mercado Común del Sur MERCOSUR, Mercado común caribeño CARICOM, Mercado Común Centro Americano MCCA, Asociación de estados del Caribe AEC, Asociación Latinoamericana de Integración ALADI, Comunidad Andina de naciones CAN entre otros. Precisamente en las condiciones actuales de la economía internacional, la integración se ha convertido para la región latino caribeña en una alternativa clave para alcanzar el desarrollo que incremente la calidad de vida de la población y mejore la inserción en ella.

Lo anterior a su vez ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar desde la integración, temas estratégicos para dicho desarrollo entre ellas las políticas y regulaciones que faciliten el acceso a productos farmacéuticos, las políticas agroalimentarias y regulaciones comerciales. A nivel mundial, el tema de la salud también ha sido incorporado en los mecanismos implementados por procesos integracionistas con el propósito de extender la protección social y ampliar el acceso a servicios de los grupos más vulnerables, el desarrollo de redes integradas de servicios de salud haciendo el mejor uso de las tecnologías de información y comunicación. Aunque lógicamente que no se concibe e instrumenta de la misma manera, ni con los mismos fines en las diferentes regiones del mundo.

2.1 Situación de los servicios de salud en la Unión Europea

Cabe destacar sobre todos los procesos de integración conocidos, el caso de la Unión Europea, el cual ha llegado mucho más allá de un aspecto sólo económico. Se ha creado toda una institucionalidad supranacional, con atribuciones en materias políticas, jurídicas, de defensa, sociales y económicas. El proceso de integración europeo ha sido muy gradual y en gran medida se ha ido haciendo camino al andar. En este proceso, los temas de salud no han sido nunca centrales

ni prioritarios, se han ido incorporando a los tratados a medida que avanzaba el mercado interior, cada vez con más peso en la agenda comunitaria.

Con la creación de la Unión Europea se eliminaron fronteras entre naciones y con ellas algunos controles que existían en materia de seguridad, salud pública, comercio y ejercicio profesional, como respuesta, se ha creado la Dirección General de Sanidad y Protección de Consumidores, que se encarga de establecer y coordinar políticas de implicación europea sobre estos temas, desarrollando oficinas responsables de la administración y puesta en marcha de programas específicos en salud pública. Sobresalen la lucha contra el cáncer, el tabaco, seguridad y salud ocupacional y el control de productos de consumo humano o animal, que se comercializan como tratamiento de enfermedades en la Unión Europea. Como principales logros tenemos; la reorganización ejecutiva y la tan importante recopilación, clasificación, homologación y divulgación de datos, como información asequible para gobiernos, empresas y ciudadanos.²⁵

En la Unión Europea se ha intentado resolver el problema de la transferibilidad de los seguros estatales mediante un sistema que consiste en prestaciones de salud en especie, según la legislación del país en el que reside o se encuentra un ciudadano de la Unión Europea como si estuviera asegurado en dicho país. Dichas prestaciones pueden ser más o menos ventajosas que las proporcionadas por el país donde el ciudadano está realmente asegurado. Una vez proporcionado el servicio se presenta la factura al seguro de salud del país de origen. Las controversias que se han generado para evitar el pago del servicio por parte de las aseguradoras estatales han sido resueltas por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas a favor de la libre movilidad de los consumidores y la portabilidad de los seguros.

La salud es competencia exclusiva de los Estados Miembros (EEMM) pero la Unión Europea (UE) tiene la responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 152 del Tratado, de complementar las políticas de los Estados miembros

²⁵<http://dialnet.unirioja.es>

(EEMM) para mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades y evitar las fuentes de peligro para la salud humana; eso incluye la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas (apoyando la investigación de su etiología, su transmisión y su prevención), así como la información y la educación sanitarias y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas. Para dar cumplimiento a estas obligaciones, la Comisión Europea (CE) presentó el día 23 de octubre de 2007 el Libro Blanco "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE del (2008-2013)".²⁶

El Libro Blanco se plantea tres objetivos : promover la buena salud en una Europa que envejece , objetivo a todas luces propio de la salud pública , proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud y fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías donde para dar cumplimiento a estos se propone reforzar los mecanismos de vigilancia y reacción a las amenazas sanitarias, propone crear un marco comunitario para los servicios sanitarios seguros de alta calidad y eficaces; respaldar a los Estados Miembros EEMM y a las regiones en la gestión de la innovación en los sistemas sanitarios .

Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana. La acción que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana.²⁷

Para hacer frente a los retos comunes, la UE desembolsa anualmente más de 50 millones de euros en actividades encaminadas a mejorar la seguridad sanitaria,

²⁶ Calvete Oliva Antonio: Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas. Versión electrónica en: <http://scielo.isciii.es/En> línea octubre 2008

²⁷ Ídem

fomentar la salud, reducir las desigualdades, ofrecer más información e impulsar los conocimientos sobre la salud. Los fondos se utilizan en ámbitos muy diversos, como la planificación de las emergencias sanitarias, la seguridad del paciente o la reducción de lesiones y accidentes. Entre 2007 y 2013, la Unión Europea (UE) destina a la investigación sanitaria 6 000 millones de euros dentro del Séptimo Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Con ello se financia la investigación sobre la mejora de la salud y al mismo tiempo se fomenta la competitividad y capacidad innovadora de las industrias y empresas europeas que trabajan en este ámbito , dando así especial importancia a la traslación de los descubrimientos básicos a las aplicaciones clínicas, el desarrollo y la validación de nuevas terapias, incrementando el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, incluido el envejecimiento con salud, los nuevos instrumentos de diagnóstico y tecnologías médicas así como unos sistemas sanitarios eficaces y sostenibles. Entre las enfermedades a las que se da prioridad figuran el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, infecciosas, mentales y neurológicas, en particular las relacionadas con el envejecimiento.

La esperanza de vida en la Unión Europea sigue aumentando pero su salud está lejos de ser todo lo buena que debería, con lo que la morbilidad y mortalidad temprana prevenibles son significativas. Los factores determinantes de la salud más importantes son las condiciones socioeconómicas y las condiciones de vida y de trabajo concomitantes. Sobre ellos, la Unión Europea (UE) actúa con políticas económico sociales. Fumar, la alimentación, la actividad física, el alcohol, así como las formas en que las personas se comportan con ellas mismas y con los demás, también son determinantes clave de la salud. Las principales causas de muerte e incapacidad son: accidentes y lesiones, trastornos mentales, cáncer y enfermedades circulatorias y respiratorias.

La UE ha lanzado campañas e iniciativas de información, por ejemplo, sobre los efectos perjudiciales del tabaco y el alcohol, sobre cómo mejorar la salud sexual y prevenir el VIH/SIDA y para reducir el número de accidentes y lesiones. También promociona la ejecución de programas de detección del cáncer, además apoya el

intercambio de información y directrices sobre mejores prácticas, con lo que se consigue incrementar el nivel de protección de la salud.²⁸

Existe una Dirección General de Salud Pública y Protección de los Consumidores (DG Sanco) que focaliza los temas de salud dentro de la Comisión. La DG Sanco ha integrado las acciones de protección y promoción de la salud en la Estrategia Sanitaria Europea, movilizandoy coordinado las actividades de los gobiernos europeos, instituciones y organizaciones profesionales apoyando, por ejemplo, iniciativas e investigaciones sobre movilidad de pacientes, atención médica transfronteriza, movimiento de profesionales, centros de referencia, evaluación de tecnologías, información, sistemas sanitarios, seguridad de los pacientes. Además, se han creado en la UE siete agencias relacionadas con temas de salud. Por su parte, la participación social cuenta con en el Foro de Política de Salud de la Unión Europea, un organismo consultivo, vinculado a DG Sanco, integrado por representantes no gubernamentales y empresariales.

El mercado interior ha tenido importantes repercusiones tanto en la salud pública, como en los servicios sanitarios. Estas repercusiones se manifiestan a través de la obligada transposición de la normativa europea, en los derechos individuales de los consumidores en relación con la protección de la salud pública, en los estándares comunes de seguridad alimentaria y de medio ambiente, en realidad de la movilidad de profesionales sanitarios, en la regulación de equipos médicos y medicamentos, en reglas para la contratación pública, y en garantías de prestación sanitaria a turistas y trabajadores comunitarios. Medio siglo de transformaciones e integración en Europa muestran que el bienestar derivado del modelo europeo de protección social posee poderosos lazos estabilizadores. En sanidad, ajustándose al principio de subsidiariedad a incentivando la protección de la salud y la conciliación de los objetivos de los sistemas sanitarios nacionales con

²⁸ Salud-UE. El portal de salud pública de la Unión Europea
http://europa.eu/pol/health/index_es.htm En línea 2007

el modelo social europeo y el mercado común interno. Aunque de forma no homogénea los servicios de salud han logrado en la UE su universalidad, un alto nivel de equidad en el acceso y el aumento progresivo del peso de los impuestos generales en su financiación.

La UE tiene un papel determinante en dos importantes bienes sanitarios: aparatos médicos y medicinas. Los aparatos médicos constituyen un sector de gran importancia económica, tecnológica y sanitaria que abarca cerca de ocho mil productos. Es importante resaltar que el mayor impacto sanitario de la integración de España en la UE ha tenido lugar en los temas sobre la protección de la salud y la seguridad en los territorios fronterizos de España con Francia y Portugal existen diversos acuerdos sanitarios. Así en la frontera franco española se ha creado un hospital que sirve a poblaciones de ambos lados, Hospital Transfronterizo de la Cerdanya, y en la frontera hispano portuguesa la Comunidad Autónoma de Extremadura y las autoridades sanitarias de Portugal tienen un Acuerdo para atender en España a ciudadanos de ciudades portuguesas fronterizas. Ambos programas cuentan con el apoyo de fondos europeos.

A pesar de la mejora general de la salud de la población europea en las últimas décadas, todavía persisten disparidades sustanciales en salud que suponen un desafío para el desarrollo armonioso y sostenible de las regiones y en consecuencia, de la UE en su conjunto. La ampliación de la UE hacia el Este en 2004 y 2007, para incluir un total de doce nuevos Países Miembros, incrementó considerablemente este desequilibrio. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer de los hombres varía entre 79 años en Suecia y 65 en Lituania, lo que supone una brecha de 14 años .Igualmente, la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica es diez veces mayor en Lituania que en Francia, y el número de profesionales médicos en activo (por 100 000 habitantes) es casi el doble en Bélgica que en

Polonia. En los últimos años, la salud ha adquirido cada vez más importancia en el contexto.²⁹

El envejecimiento de la población, el subsiguiente cambio en los perfiles epidemiológicos, las desigualdades socioeconómicas, el cambio climático y las expectativas crecientes de los ciudadanos europeos continúan imponiendo nuevos desafíos para los sistemas de salud así como para la cohesión económica y social. La UE tiene un papel crucial en la integración regional en salud, al fomentarla a través de la disminución de las desigualdades y promover la cooperación transfronteriza en el ámbito de la salud, con el financiamiento de soluciones adaptadas a las necesidades de cada región.

La investigación en los campos científico – tecnológico, cada vez resulta de mayor importancia .La investigación en salud es un área crucial para progresar en el cuidado de la salud y por sus grandes implicaciones económicas (y la competitividad de las empresas de este sector) Europa ocupa el segundo lugar en investigación en salud en el mundo pero la brecha con Estados Unidos es muy importante. Los problemas más importantes de la investigación en Europa son tres: la falta relativa de recursos, la fragmentación de la investigación y la falta de masa crítica. La UE dispone de un instrumento, el Programa Marco de Investigación (PM), para abordar estos problemas. Para el período 2007-2013 los recursos disponibles son alrededor de 8000 millones de euros para proyectos de colaboración entre distintos equipos de distintos Estados Miembros. El programa Marco (PM) ha tenido una repercusión considerable en reforzar el espacio

²⁹ de la Mata, Isabel- Boned Ana Ombuena - Quintana Octavi Comisión Europea, Dirección General Investigación y Desarrollo .Versión electrónica en : http://europa.eu/pol/health/index_es.htm En línea 2007

Europeo de Investigación, cuyo objetivo es una mayor integración de los programas nacionales de investigación.³⁰

2.2 Los acuerdos comerciales en la contemporaneidad y la cuestión de la salud pública.

2.2.1 El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS)

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) es el sistema más amplio de integración de los servicios en general y, en particular de los servicios de salud. A su vez, el desarrollo de la tecnología, las comunicaciones, las estrategias empresariales de transnacionalización, las reformas de los sistemas de salud contribuyen a la expansión del comercio de estos servicios. Es por ello, que en los años recientes el debate de las implicaciones de la liberalización y la mayor integración comercial podría tener sobre los objetivos de salud pública una mayor relevancia. La relación entre los sectores del comercio y la salud cada día adquieren mayor importancia puesto que el comercio internacional de bienes y servicios de salud requiere una atención especial, no solo por sus implicaciones sanitarias, sino también por su creciente importancia económica³¹.

El tema de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el acceso a medicamentos ha estado presente en la agenda de salud de manera permanente en el contexto internacional. La denominada Declaración de Doha (Declaración Ministerial relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública), adoptada el 14 de noviembre de 2001 en la IV Conferencia Ministerial de la OMC en Doha, Qatar, representa un marco histórico para la relación entre comercio y salud pública. Esa Declaración reafirma las flexibilidades previstas en el Acuerdo de los ADPIC y el derecho de los países de utilizar esas flexibilidades para promover el acceso a medicamentos. Reconoció la importancia de ejecutar e interpretar el TRIPS "de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud

³⁰ Ídem

³¹ Salvador, Soledad. "La liberalización del comercio de servicios de salud en América Latina y el Caribe "pdf. En línea julio2002

pública y en particular, promover el acceso a los medicamentos de toda la población. Como consecuencia políticas, comerciales derivadas del TRIPS se tuvieron en cuenta la fijación negociada de precios escalonados, la concesión obligatoria de licencias en el caso de emergencias sanitarias, y la transferencia de tecnologías a países como menor capacidad productiva la cuales pueden ayudar a reducir las brechas en el acceso a medicamentos que hoy se observan entre países desarrollados y subdesarrollados. Esta declaración afirma que los países subdesarrollados pueden anteponer las garantías de salud pública a las leyes de propiedad intelectual de la OMC con el fin de asegurar el acceso a medicamentos genéricos más baratos. Seis años después, a las personas más pobres de los países subdesarrollados todavía se les niega el acceso a medicamentos baratos que pueden salvar sus vidas lo que contradice lo establecido como propósito en los acuerdos.

La protección de estos derechos de propiedad intelectual es una herramienta para garantizar la ventaja comparativa que había asegurado hasta entonces la supremacía tecnológica de los países desarrollados. Por lo que respecta a los medicamentos, en el momento de la firma de estos acuerdos se valoraron una serie de posibles repercusiones. Las 3 principales fueron:

1. Podría servir para estimular la I + D (no se ha cumplido principalmente en las enfermedades tropicales).
2. Podría provocar una tendencia a la homogeneización de los precios, pero al alza tendiendo a aproximarse a los de los EE.UU. La evidencia del impacto de las patentes sobre los precios es contundente. Típicamente, en el caso de los medicamentos por prescripción, las patentes añaden 400-500 % o mucho más al precio del producto. Por esta razón, la tasa de beneficio sobre ventas de las empresas farmacéuticas es notablemente superior a la del conjunto de las 500 empresas más grandes del mundo.

3. Limitaría las transferencias de tecnología a los países en vías de desarrollo.³²

El sistema de patentes cada día se ha hecho más complejo y ha asumido formas en respuesta a las necesidades del modelo económico capitalista. Como consecuencia de esto se han emanado una serie de directrices orientadas a la mercantilización de derechos humanos fundamentales, como es el caso del patentamiento de medicamentos, insumo fundamental para la garantía del derecho a la salud, parte integral del derecho humano a la vida.

Los medicamentos, que a mediados de la década pasada se consumían anualmente \$18 000 millones en América Latina y el Caribe, constituyen sin duda un campo que ha exigido la cooperación entre los sectores de la salud y el comercio. Los gastos en medicamentos por lo general tienen menos cobertura que otros gastos de salud, sea por el sector público o por los seguros de salud públicos o privados, particularmente en los países subdesarrollados. Por tal motivo, el gasto en medicamentos representa una sobrecarga desproporcionadamente grande al presupuesto doméstico de las familias más pobres.

En la actualidad la producción de medicamentos se encuentra concentrada cada vez más en oligopolios de alcance transnacional, han influido en instituciones y gobiernos de todo el mundo, haciendo inclinar las políticas en materia de medicamentos favoreciendo los intereses de la industria farmacéutica, al margen de las necesidades de salud de la población del mundo; esto ha traído como consecuencia que incluso en la determinación de las prioridades de investigación en el sector farmacéutico la industria se fundamente principalmente en aquellas enfermedades que representan un mercado importante, dejando de lado aquellas

³² Torres Domínguez Amarilys: Industria farmacéutica. Versión electrónica : <http://bvs.sld.cu/En>
línea octubre 2009

que son padecidas por un gran número de personas con escasas posibilidades de pagar un tratamiento médico.

El otorgamiento de derechos monopólicos sobre los medicamentos ha traído las siguientes consecuencias como es el retardo al ingreso de medicamentos genéricos al mercado lo cual produce costos adicionales a los medicamentos, así como la pérdida de capacidad de ahorro por imposibilidad de acceder a medicamentos genéricos, el aumento de costos para los gobiernos en materia de salud , la inversión extranjera directa en productos farmacéuticos no ha aumentado , aumento de las importaciones en perjuicio de la producción nacional , descendió la transferencia de tecnología a compañías locales , el colapso de las oficinas de propiedad intelectual , mayor litigiosidad para la industria nacional , interpretaciones judiciales cuestionables, en muchos casos por falta de conocimiento cabal de la materia que resultaba novedosa en la región , concesión de patentes sin examen o con examen deficiente, proliferación de miles de solicitudes de patentes que reivindican variaciones de productos que aportan escaso o nulo valor inventivo pero que configuran monopolios, en muchos casos sobre productos ya conocidos, cierre de plantas farmacéuticas propiedad de empresas multinacionales como son :Chile: cerraron todas desde 1991, Perú: cerraron 15 plantas, Colombia: cerraron 21 y 7 limitaron su producción al 20% / 50% , Guatemala: cerraron 14, quedan 2 , Ecuador: quedaron solo 2 plantas , Venezuela: quedan 4 plantas de las 25 que había.³³

El comercio internacional de los servicios de salud se observa en la región de América latina en sus cuatro manifestaciones principales como son el movimiento transfronterizo de consumidores de servicios, el movimiento de los prestadores de

³³ <http://www.alternativabolivariana.org>

servicios, la presencia comercial de prestadores extranjeros y la prestación transfronteriza del propio servicio.³⁴

Se ha detectado la presencia comercial de empresas extranjeras de seguros y servicios de salud en muchos países de América Latina con utilización cada vez mayor de tecnologías de telecomunicación e informática lo que ha posibilitado la expansión acelerada de los servicios transfronterizos de telemedicina y gerencia de servicios de salud.

Por otra parte, es posible que los países exportadores de servicios de salud en la Región estén recibiendo más ingresos y fortaleciendo sus economías. Hay dos casos bien distintos entre los países exportadores de servicios de salud en América Latina y el Caribe, el primer caso es el de Cuba, cuya capacidad de atención es tan extensa que le permite exportar servicios sin afectar al nivel de cobertura nacional. El caso opuesto es el del Brasil, cuyas marcadas disparidades en la cobertura de la atención podrían verse agravadas por la exportación de servicios.³⁵

2.3 El tema de la salud en los procesos de integración en América Latina y el Caribe: algunos casos

2.3.1 Generalidades

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reconoce que los sistemas de salud del siglo XXI afrontan nuevos desafíos para lograr las metas de salud nacionales e internacionales ante un mundo globalizado.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, lanzado en 2007 por los ministerios y secretarios de salud de la región, establece un conjunto ambicioso de prioridades y compromisos, los cuales establecidos por la Declaración de los

³⁴ Estudio realizado por la OPS y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD)

³⁵ Estudio realizado por la OPS

Objetivos de Desarrollo de Milenio requieren de una acción intersectorial e internacional para su logro de una manera equitativa y solidaria. El derecho a la salud, la seguridad humana en salud, la introducción de nuevas tecnologías, la apertura de fronteras al comercio, la creciente migración de las poblaciones, y la profundización de los procesos de integración regional y subregional han creado nuevas y urgentes exigencias para los Estados. A los líderes con acciones en salud se les pide cada vez más que formulen y ejecuten acciones tomando en cuenta tratados y acuerdos bilaterales, subregionales, regionales y globales. Igualmente se les exige acciones intersectoriales para lograr el equilibrio entre el crecimiento económico y el desarrollo social en una economía de mercado.

El desafío de la equidad es un imperativo para los líderes que incluye su comprensión sobre los determinantes sociales de la salud y la apertura hacia la formulación y aplicación de políticas públicas intersectoriales entre países para afrontar problemas comunes. Paralelo a esto, la emergencia de nuevos actores, alianzas y estructuras, ha alterado la dinámica en la definición de la agenda sanitaria global y plantea nuevos desafíos para la cooperación internacional y para los países que intentan conciliar los intereses de estos actores con sus propias prioridades nacionales.

Este escenario internacional exige la formación de recursos humanos tanto de la salud pública como de las relaciones internacionales y otros campos que estén no solamente técnicamente preparados sino que también poseen una comprensión profunda de las fuerzas internacionales y sus repercusiones sobre la salud lo cual les permite analizar, definir, abogar y proyectar efectivamente sus intereses nacionales en salud dentro de este contexto complejo global.

La OPS ha venido analizando las implicaciones que tienen para la salud la globalización, el comercio y la integración, y también ha estado promoviendo la participación del sector de la salud en las negociaciones, del MERCOSUR, la Comunidad Andina, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y la Asociación de Estados Caribeños (AEC). Ha mantenido

relaciones de trabajo en torno a estos temas con la OMC, la UNCTAD y la Unión Europea. Ha participado en las conferencias ministeriales de Denver, Colorado (Estados Unidos), Belo Horizonte (Brasil), San José (Costa Rica) y Seattle, Washington (Estados Unidos).

Está ayudando al sector de la salud a desarrollar su capacidad para participar en la negociación de acuerdos de comercio e integración. Ha acompañado muy de cerca el diálogo entre gobiernos y entidades privadas interesadas en el comercio internacional de productos y servicios de salud. Sus expertos en medicamentos, vacunas, alimentos, tecnología, informática, recursos humanos, servicios de salud, saneamiento y protección ambiental participan cada vez más en actividades similares dentro de sus respectivos campos. Ha acumulado una larga experiencia con la compra de insumos de salud para sus Estados Miembros.

Se espera que mediante estas actividades los acuerdos de comercio e integración incorporen las prioridades de salud en sus planes de trabajo y garanticen que se tomarán en cuenta los aspectos comerciales que afectan al sector de la salud. Durante los próximos años se perfilarán planes para fomentar la colaboración entre los sectores de la salud, el comercio y la integración, con el propósito de beneficiar a la población de todas las Américas, particularmente a sus estratos menos privilegiados. Entre las medidas proyectadas se encuentran las siguientes: producir estadísticas sobre el mercado regional de productos y servicios de salud; regular el comercio de alimentos, medicamentos, vacunas y servicios de salud; comprar insumos para el sector de la salud por cuenta del Estado y eliminar la grabación arancelaria de las vacunas, los medicamentos y otros insumos de salud.

36

³⁶ Organización Panamericana de la Salud 2010

2.3.2 MERCOSUR

El tema salud ha sido tratado en el MERCOSUR cada vez más amplio este tratamiento se realiza a través de dos foros regionales en los que el área de Salud tiene competencia preponderante: la Reunión de Ministros de Salud y el Subgrupo de Trabajo N° 11 Salud. Ambos son de carácter deliberativo y consultivo y se reúnen al menos dos veces al año. El 1ro procura armonizar políticas sanitarias entre los Estados, a la vez que ha creado varias Comisiones Intergubernamentales que asesoran en diversas materias. En 2006, los Ministros de Salud actualizaron la Estructura Institucional de la RMS transformando todos sus núcleos, grupos o comisiones de trabajo en Comisiones Intergubernamentales, que son las siguientes: Sistemas de Información y Comunicación en Salud, Política de Medicamentos, Control de Dengue, VIH-SIDA, Control del Tabaco, Salud Sexual y Reproductiva, Salud y Desarrollo, Gestión de Riesgo y Reducción de Vulnerabilidad, Salud Ambiental y del Trabajador, Implementación del RSI (Reglamento Sanitario Internacional) y Donación y Trasplantes.³⁷

En este proceso de integración se incluyó en la discusión, dentro del SGT 3 Normas Técnicas, en una comisión llamada Productos de Salud por la Resolución GMC n°. 51 del año 1992, donde en este momento se encuentra vigente una pauta negociadora de diciembre de 2004, que identifica como tarea general: armonizar legislaciones y coordinar acciones entre los Estados partícipes referentes a la atención a la salud, bienes, servicios, materias primas y productos del área de salud, vigilancia epidemiológica, vigilancia en salud y control sanitario, con la finalidad de promover y proteger la salud, la vida de las personas y eliminar

³⁷ Chiarveti Silvia Perspectivas de la inclusión de la coordinación de políticas de salud mental en la agenda del MERCOSUR Su relación con la superación del modelo custodial basado en el hospital psiquiátrico.

los obstáculos al comercio regional, a la atención integral y de calidad, contribuyendo de esta manera al proceso de integración.³⁸

El tema de la salud en el MERCOSUR también ha sido incluido en también ha sido incluido por los representantes de la sociedad civil de Paraguay, Uruguay, Argentina y Brasil reunidos en asamblea en el marco de la Cumbre Social del MERCOSUR donde concluyeron y propusieron :

- Que la Salud Colectiva debe ser una prioridad de la Agenda de los países miembros del MERCOSUR con una real participación de los pueblos en el diseño, ejecución, gestión y control de las políticas públicas.
- Que la actual crisis del capitalismo en su fase financiera está agravando las condiciones de vida y salud de los pueblos, por eso proponemos enfrentarla con profundización de políticas universales de seguridad social y salud, que contribuirá con la redistribución equitativa de la riqueza en el MERCOSUR.
- Que necesitamos recuperar una cultura de Salud Colectiva basada en las Determinaciones Sociales de la Salud en los países miembros.
- Que actualmente el proceso de integración del MERCOSUR continúa hegemonizado por lo productivo y comercial, postergando la implementación de una agenda social centrada en las necesidades colectivas de los pueblos. Las fronteras de nuestros países no se han beneficiado y en algunos casos han devenido en enclaves de precariedad, empobrecimiento y exclusión. Se requiere

³⁸Delia M. Sánchez: Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud Versión electrónica en: <http://www.scielosp.org>

políticas multilaterales para mejorar el acceso a la atención integral de los ciudadanos que habitan estas zonas.

- Que es necesario fortalecer institucionalmente el desarrollo de Consejos Consultivos de la Sociedad Civil en los países miembros del MERCOSUR que actúen como impulsores de la participación en la lucha por el Derecho a la Salud.

- Que las determinaciones sociales, económicas, culturales y ecológicas atravesadas por los procesos históricos hacen a la construcción social de la Salud Colectiva de nuestros pueblos. Así consideramos que alimentación adecuada, vivienda digna, educación, trabajo, acceso al agua potable y servicios sanitarios integrales, entre otros derechos sociales, económicos y culturales contribuyen al cuidado de la salud.

- Que es necesaria una Reforma del Sector Salud en los países miembros del MERCOSUR, hacia Sistemas Universales de Salud, desarrollando políticas que garanticen su universalidad, gratuidad, integralidad, su carácter equitativo, primordialmente con acciones de prevención/promoción e interculturalidad, sustentado por la calidad técnica y humana, financiado por rentas generales del Estado; con participación y control popular en los núcleos de decisión.

- Que se requiere una mayor inversión en el Sector para mejorar / incrementar la oferta de servicios públicos de salud en el MERCOSUR, en función de las necesidades de los pueblos y garantizando la incorporación de trabajadores de la salud y de recursos para dar respuesta a la creciente demanda existente.

.Que resulta imprescindible fortalecer la producción pública de medicamentos esenciales, sueros y vacunas creando la Red MERCOSUR de Laboratorios públicos en pos de resolver la demanda de nuestros sistemas de salud y proveer a cada uno de los países miembros; dando cumplimiento efectivo a las estrategias regionales existentes dentro del MERCOSUR sobre esta cuestión. Se debe promover la uniformidad de las guías clínicas, la investigación y desarrollo de

fármacos con respecto a las enfermedades prevalentes en la región (Con énfasis en las llamadas “drogas huérfanas”). Para garantizar el cumplimiento de las políticas públicas en el acceso a los medicamentos y el cumplimiento de metas sanitarias es necesario cambios en los mecanismos de protección de la propiedad intelectual en el campo farmacéutico.

- Evitar la importación de industrias sucias del Norte al Sur, la expansión de la depredación de nuestros recursos naturales (tierra, agua, minerales), que tiene como víctimas directas al campesinado y los pueblos originarios, siendo algunos de los aspectos de la expoliación de nuestro ambiente que generan una degradación del eco-sistema impactando sobre la salud colectiva.
- Que los servicios de salud ofrezcan una atención integral y accesible para las personas con Discapacidad del MERCOSUR, mejorando la formación/capacitación de los equipos de salud en este sentido e identificando y eliminando las barreras tanto arquitectónicas como comunicacionales.
- Que las poblaciones migrantes padecen graves problemas de salud-enfermedad-atención, determinados por las condiciones de trabajo (explotación laboral, trata de personas,). Los servicios públicos de salud en la región pueden revertir las prácticas de discriminación -abierta o encubierta- hacia los migrantes creando formas de acceso para la atención-cuidado-prevención-rehabilitación de la salud-enfermedad que fortalezcan sus derechos ciudadanos.
- Que el tráfico y consumo de drogas ilícitas en nuestros países deben ser abordados como un problema de salud pública, enfrentándose con políticas de salud mental y reducción de daños salud mental procurando remover las causas sociales y económicas de este proceso.
- Que en el plano institucional, consideramos imprescindible que el Parlamento del MERCOSUR sea quien escuche y se transforme en la voz de los pueblos para construir una Salud Colectiva al servicio de la mejora de la calidad de vida de la población regional.

Para todas estas cuestiones en salud propusieron:

- Apoyar la Conferencia Internacional de Sistemas Universales de Seguridad Social y Saluden Brasilia en marzo 2010
- Impulsar una Conferencia/Asamblea de Salud de los Pueblos del MERCOSUR en 2010 en Argentina.³⁹

2.3.3 Comunidad Andina de Naciones (CAN)

Otro de los proyectos es La Comunidad Andina de Naciones (CAN) que impulso la consolidación de un Mercado Común Andino en el 2005. Ello implico, entre otras, las siguientes esferas de acción: libre movilidad de los factores de producción capital y trabajo, liberación del comercio de servicios, integración de los mercados financieros y de capitales y coordinación de políticas macroeconómicas. En la década actual, en el grupo de países de la subregión Andina, el tema de recursos humanos en salud, ha recuperado vigencia y también, nuevos espacios en las agendas de políticas públicas .El reconocimiento de la importancia del tema, ha hecho evidentes y ha dado visibilidad, a problemas compartidos por estos países en procesos de formación, ejercicio y desempeño en las profesiones y ocupaciones de los servicios de salud.⁴⁰

Existen múltiples situaciones aún no resueltas en la subregión de déficit de cobertura y de accesibilidad de la población a una atención de salud oportuna y de calidad, a los problemas estructurales de larga data en recursos humanos, se agregaran nuevos factores negativos derivados de cambios introducidos por las reformas de los sistemas de salud, iniciadas en los años noventa y por manifestaciones de la globalización de las economías y su influencia en la incorporación crítica de normas y valores del mercado, que hoy predominan en los sistemas de salud. El modelo neoliberal se hizo sentir en toda su dimensión en el

³⁹ Conclusiones Mesa Derecho a la Salud e Integración Social Cumbre Social del MERCOSUR Asunción – Paraguay Versión electrónica en :www.taringa.net.En línea Julio 2009

⁴⁰ Plan Andino de Recursos Humanos en Salud En línea 2008

sector de la salud con el incremento de la privatización y comercialización de esos servicios.

Estos fenómenos y las consiguientes implicaciones negativas para la atención de salud han sido motivo de revisión y análisis en la Subregión Andina, cuyos países miembros comparten interés y motivación por la búsqueda de soluciones efectivas a estas situaciones. En esa línea, en el marco de la integración subregional, se han tenido diversos foros y reuniones convocadas, en una acción conjunta, por la Unidad Andina de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud y el Organismo Andino de Salud –ORAS-CONHU. Esta situación se ha estado modificando progresivamente en muchos países por medio de los mecanismos y políticas tipo ALBA.

Aunque las respectivas normas y políticas sociales consignadas en los instrumentos legales pertinentes, reconocen a los habitantes de los Países Andinos como un derecho fundamental, el acceso a los servicios de salud, los informes pertinentes, generados en los propios países, indican proporciones significativas de la población que no reciben estos beneficios. Se ha señalado que, en conjunto, el 27% de la población, es decir un poco más de treinta y ocho (38.070.000) millones de habitantes de la subregión, carece de acceso permanente a servicios básicos de salud.⁴¹

La composición de estas poblaciones varía según los países, pero en varios de ellos se anota una tendencia al incremento de los grupos de mayor edad. Se estima, que alrededor del 50% de la población vive en condiciones de pobreza, con proporciones altas de ésta en situaciones de indigencia. Estos grupos poblacionales, usualmente conformados por habitantes de sectores marginales de las ciudades y por pobladores de las áreas rurales, en proporciones variables, constituyen los segmentos más desvalidos de la población y aquellos en los

⁴¹ Presentación del ORAS-CONHU, en III Encuentro Subregional Andino, La Paz, Bolivia, Nov. Pdf En línea 2007.

cuales se anotan altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil y materna, por causas fácilmente prevenibles.⁴²

Por las condiciones de insalubridad de las viviendas, la desnutrición, las restricciones en la educación y la marginación social, los integrantes de estos grupos poblacionales son justamente quienes deberían tener garantizados su atención de salud y requieren por esto consideración especial en las propuestas del Plan. En esta línea trabajan algunos países como Bolivia, Ecuador y Nicaragua entre otros.

Por muchos años, los problemas centrales en materia de recursos humanos en salud en América Latina y, por supuesto, en los países de la Subregión Andina, han girado alrededor de la baja disponibilidad cuantitativa de profesionales y su inadecuada distribución geográfica. Las tasas de médicos, enfermeras, odontólogos, bacteriólogos fueron en la mayoría de los países, deplorables. A esto se agregaba la concentración de estos profesionales en las capitales y centros urbanos desarrollados, con abandono prácticamente total de poblaciones en las zonas rurales, cuya atención de salud estuvo en manos de personal auxiliar o empírico. Los países de la subregión andina, al igual que los de otras latitudes en América Latina, adoptaron diversas estrategias para corregir estas situaciones y en alguna medida han obtenido resultados positivos. El establecimiento de servicio social obligatorio para las profesiones básicas en la atención de salud, los internados y el mejoramiento de las instalaciones, puestos y centros de salud, el desarrollo de hospitales básicos y otras medidas similares, han contribuido a mejorar la situación, aunque no a solucionarla a satisfacción.

Los avances alcanzados por las experiencias regionales, como es el caso del modelo de atención a la familia de Cuba, el Programa de Salud Familiar de Brasil, las garantías del derecho a la salud de Chile, la Misión Barrio Adentro y el programa de formación de médicos comunitarios integrales de Venezuela, la Residencia en Salud Familiar integral intercultural de Bolivia , son desarrollos de la

⁴² Plan Andino de Recursos Humanos en salud .En línea 2008

última década, que combinan no solo una nueva idea de distribución de recursos humanos, sino procesos masivos de educación en el propio trabajo, ligados a una concepción de la salud como una expresión de un derecho ciudadano.

Otras acciones, como la asignación de 4.500 plazas para profesionales de la salud en Ecuador y 2.800 en Perú, para la atención de poblaciones más desprotegidas; la Ley de Talento Humano, que reglamenta aspectos críticos de la formación y el desempeño del personal de salud, aprobada en Colombia (2007), son otras evidencias de la relevancia que va adquiriendo el contar con Recursos Humanos en salud, calificados y en número suficiente, para responder a las exigencias de la población.⁴³

Un referente crucial de la integración andina está en directa relación con los sistemas nacionales de salud, cuya diversidad debe destacarse, el análisis comparado de esta diversidad permite agrupar los países por medio de unas categorías claves. Con base en el criterio de fuentes de financiamiento, los sistemas de salud de los países andinos vinieron conformando dos grupos: aquellos que han combinado cotizaciones y aportes del Estado como Colombia y Ecuador, y los que han utilizado principalmente las cotizaciones como Bolivia, Perú y Venezuela.

La cobertura no había sido universal en gran parte de los países andinos considerados. Hacia los años 2000-2003, la cobertura en servicios era de 66% en Bolivia, 73% en Ecuador, 71% en Perú y de más del 90% en Colombia, pero con un nivel de aseguramiento de sólo 54%. Por su grado de unidad, se encontraban segmentados sin coordinación los sistemas de salud de Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela; y coordinado sin integración, el sistema de Colombia. En cuanto a la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento, provisión, supervisión, Colombia la puso en práctica y Perú parcialmente.

⁴³ Idem

En tema de salud se puso en práctica en los años 2006-2007 el Convenio Hipólito Unánue que se planteó cuatro áreas estratégicas con sus respectivas líneas de acción Salud en fronteras y vigilancia epidemiológica:

Red Andina de Vigilancia Epidemiológica

Plan Andino de Salud en las Fronteras

Proyecto Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: un Enfoque Comunitario, Salud Ambiental, Preparativos para Emergencias y Desastres; Políticas de medicamentos y tecnología en salud. Promoción y protección de la salud: VIH/Sida, lucha contra el tabaquismo, salud de los trabajadores, salud intercultural y salud visual; Educación y gestión: salud y educación, salud y economía, red andina hospitalaria, telecomunicación y salud todo esto con el objetivo de lograr una mejor situación en el sistema de salud en esta región.⁴⁴

2.3.4 Tratado de Libre Comercio (TLC)

El planteamiento central de estos acuerdos de libre comercio es generar un gran mercado de carácter continental, que permita la circulación libre de mercancías, donde las reglas que primen sean las de la oferta y demanda respondiendo así al modelo neoliberal. Entre los principales sectores que buscan estar en la propuesta de integración económica se encuentran los de bienes y de servicios. Estos sectores tienen una enorme incidencia en el sector salud producto de su participación en el mercado del aseguramiento en salud; venta de servicios de salud; comercialización de insumos y tecnología médica (sectores que comercializan bienes sobre los cuales se establece derechos de propiedad intelectual); producción y distribución de medicamentos; y en la venta de servicios de educación en salud. De tal suerte, que el sector salud es visto como un sector

⁴⁴ A Agudelo Carlos Integración regional andina en salud .Versión electrónica en :<http://www.scielosp.org>En línea 2007

potencial en el cual existen varios negocios sobre los cuales habría mucho interés de empresas internacionales para captar su mercado.⁴⁵

Los efectos del TLC en el sector de la salud desde diversos sectores de la sociedad plantea que estos acuerdos de libre comercio van a impactar negativamente en la garantía del derecho a la salud ,principalmente al avanzar en la privatización de los servicios de salud y al establecer patentes sobre medicamentos esenciales. Esto se deduce del hecho que la propuesta de acuerdos de libre comercio en su relación con el sector salud genera: apertura del mercado en países como Colombia donde las multinacionales de prestación de servicios de salud tienen mayor capacidad de competir y captar mercado, debilitando por esta vía la red nacional de prestadora de servicios de salud tanto pública como privada, lo que de hecho llevar a muchas de estas instituciones a la quiebra y establecer mayores barreras de acceso económico a los servicios de salud; menos acceso a los medicamentos dado el aumento de barreras económicas ya que los derechos de propiedad intelectual(ADPIC) sobre estos bienes los encarece; mayor deterioro en el componente de salud pública, ya que este tipo de programas no es de interés de estos mercados ,al no considerarse suficientemente rentables; así como el empeoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector de la salud, dado que se contrata a más bajos precios y con mayores cargas laborales.

Esto a su vez, ha propiciado la migración de profesionales de la salud, trayendo más dificultades de disponibilidad de talento humano en salud en países. Los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio (OMC) suscritos en el marco de los ADPIC ó TRIPS (Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) establecen derechos de propiedad intelectual sobre los medicamentos, dándole a las industrias farmacéuticas que los producen derecho de producción exclusiva por 20 años, es decir aprueba el monopolio de su producción y comercialización, lo que conduce a un encareciendo de estos. Para

⁴⁵ Tratado de libre comercio EU –Colombia: La salud en la mira de las multinacionales .Versión electrónica : <http://www.desdeabajo.info>.En línea noviembre 2004

citar un ejemplo, un tratamiento para SIDA con medicamentos antirretrovirales que tienen patente cuesta al año 12.000 dólares, mientras que con medicamentos genéricos (sobre lo que ya no existe patente) cuesta 420 dólares anuales.

Esto demuestra que habrá mayor exclusión para el acceso a medicamentos prioritarios y novedosos, ya que el patentamiento eleva considerablemente los precios y coloca barreras de carácter económico para su acceso. A su vez, esto hace que el énfasis en la investigación y desarrollo de medicamentos se concentre en enfermedades que padecen poblaciones con capacidad de pago, lo que hará que se produzca mayor abandono de las enfermedades descuidadas (como el caso de la lepra y la leishmaniasis en países como Colombia), sobre las cuales las farmacéuticas multinacionales no producen investigación ya que no es rentable.

El modelo neoliberal ha mostrado para el sector salud un mayor debilitamiento de la red pública hospitalaria al ponerse en competencia con instituciones prestadoras de servicios de salud internacionales que tienen mejores condiciones para ofertar servicios y por lo tanto de captar usuarios; mayores costos en las compras estatales en salud (como medicamentos y otros bienes de tecnología médica comercializados por multinacionales); mayor dificultad para ejercer rectoría sanitaria, al poder ampararse las empresas internacionales de salud en cláusulas de negociación, que pueden generar demandas contra el propio Estado y debilitamiento y posible desaparición de la industria nacional farmacéutica. De tal suerte que por esta ruta se han aumentado las inequidades en salud en la zona dado que se avanza en el desarrollo de la salud como bien de consumo y el monopolio multinacional de servicios de salud, aseguramiento, medicamentos y tecnología médica refuerza las barreras económicas para el acceso a la salud.

Esta situación obvia el conjunto de normas internacionales del derecho a la salud y los planteamientos que expresa Naciones Unidas, en las cuales se invoca a los Estados a velar porque sus actuaciones tengan debidamente en cuenta el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y porque la aplicación de acuerdos internacionales respalde la política de salud

pública que promueve el acceso generalizado a los productos farmacéuticos y tecnologías médicas seguras, eficaces y asequibles de prevención, curación o alivio.

Podemos ver que estos procesos de integración se basan principalmente en el comercio de bienes y servicios, donde el tema de la salud queda en un segundo plano y no están tratados humanamente, cuando se puede ver que se necesita un mayor desarrollo en este aspecto que es tan esencial para todos los países, ya que la salud es primordial para todos ya que puede afectar de una manera u otra la economía.⁴⁶

⁴⁶ Idem

Capítulo 3 Los servicios de salud en la integración tipo ALBA

3.1 Características y principios del ALBA

3.1.1 Generalidades.

Entre los proyectos que buscan la integración de los pueblos latinoamericanos sobresale por su espíritu humanista y los resultados que ha logrado en un breve período de cinco años se encuentra la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), creada el 14 de diciembre de 2004 cuando el presidente venezolano Hugo Chávez y el líder de la Revolución Cubana, Fidel Castro firmaron la Declaración Conjunta y el acuerdo de aplicación. Hasta el momento nueve naciones se han adherido a este mecanismo: Venezuela, Cuba, Bolivia, Nicaragua, Dominica, Honduras, Ecuador, San Vicente y las Granadinas y Antigua y Barbuda, con un total de 75 millones 315 mil habitantes.⁴⁷

El ALBA es una propuesta para construir consensos para repensar los acuerdos de integración en función de alcanzar un desarrollo endógeno nacional y regional que erradique la pobreza, corrija las desigualdades sociales y asegure una creciente calidad de vida para los pueblos. La propuesta se suma al despertar de la conciencia que se expresa en la emergencia de un nuevo liderazgo político, económico, social y militar en América Latina y El Caribe. Hoy más que nunca hay que relanzar la unidad latinoamericana y caribeña. El ALBA, como propuesta bolivariana, se suma a la lucha de los movimientos, de las organizaciones y campañas nacionales que se multiplican y articulan a lo largo y ancho de todo el continente contra el ALCA. Es en definitiva, una manifestación de la decisión

⁴⁷ Prensa Latina ALBA : un lustro de verdadera integración Versión electrónica en : <http://www.escambray.cu>. En línea diciembre 2009

histórica de las fuerzas progresistas de Venezuela para demostrar que otra América es posible.⁴⁸

El ALBA, en tanto alianza política estratégica tiene el propósito histórico fundamental de unir las capacidades y fortalezas de los países que la integran, en la perspectiva de producir las transformaciones estructurales y el sistema de relaciones necesarias para alcanzar el desarrollo integral requerido para la continuidad de nuestra existencia como naciones soberanas y justas. La unidad entre economías tan dispares es posible porque esta alianza se basa, no en las leyes de mercado, sino en los principios de la solidaridad, el beneficio mutuo y la complementariedad entre sus miembros. En la actualidad el ALBA ejecuta más de 100 programas en varios países en sectores como la educación, cultura, energía, agricultura, comercio, alimentación, telecomunicaciones, minería, industria y finanzas y la salud pública.⁴⁹

El ALBA permite identificar espacios de interés común que permitan constituir alianzas estratégicas y presentar posiciones comunes en el proceso de negociación. En el terreno de la educación numerosos pueblos se beneficiaron con los métodos de enseñanza que en apenas unos años permitieron a Venezuela, Bolivia y Nicaragua ser declarados territorios libres de analfabetismo. La formación de decenas de agrupaciones económicas en comercio e inversiones, el establecimiento de refinerías, plantas eléctricas y de gas en varios países y proyectos para la producción de alimentos, figuran también dentro de los logros de este organismo.

Igualmente descuella la decisión de crear el 1 de enero de 2010 el SUCRE (Sistema Único de Compensación Regional) que en una primera etapa actuará

⁴⁸ Periódico Granma .Sobre la Alternativa Bolivariana para las América. Año 2005 .Versión electrónica en : <http://www.granma.cubaweb.cu>

⁴⁹Prensa Latina ALBA: un lustro de verdadera integración. Versión electrónica en <http://www.escambray.cu> .En línea diciembre 2009

como moneda virtual y permitirá eludir el empleo del dólar en las operaciones comerciales y de arquitectura financiera requerida para desarrollar programas económicos y sociales. En salud, decidieron impulsar proyectos de formación de profesionales y fortalecer las misiones, además de la vigilancia epidemiológica. También coincidieron en consolidar la Empresa Grannacional ALBA-Salud: ALBAMED, distribuidora de medicamentos, así como garantizar el acceso universal a los servicios de salud y a los medicamentos como un derecho.⁵⁰

Las principales iniciativas del ALBA incluyen la lucha contra la pobreza y la exclusión social, Plan conjunto para la Seguridad Alimentaria, Desarrollo Minero y Eléctrico para el desarrollo de cadenas conjuntas de producción, Portafolio integrado de inversiones, Intercambio Cultural y Académico, Turismo, cooperación en el desarrollo de recursos humanos, transporte aéreo y otras áreas, Conservación del ambiente, Mercado Regional del Caribe que impulse al comercio intrarregional, prevención y manejo de desastres naturales.

3.1.2 Principios y normas del ALBA:⁵¹

1. La integración neoliberal prioriza la liberalización del comercio y las inversiones y el ALBA va mas allá de lo estrictamente económico comercial.
2. La Alternativa Bolivariana para América Latina (ALBA) es una propuesta que centra su atención en la lucha contra la pobreza y la exclusión social.
3. En la propuesta del ALBA se le otorga una importancia crucial a los derechos humanos, laborales y de la mujer, a la defensa del ambiente y a la integración física

⁵⁰ Ídem

⁵¹ Periódico *Granma*, Sobre la Alternativa Bolivariana para las Américas. Año 2005 .Versión electrónica en : <http://www.granma.cubaweb.cu>

4. En el ALBA, la lucha contra las políticas proteccionistas y los ruinosos subsidios de los países industrializados no puede negar el derecho de los países pobres de proteger a sus campesinos y productores agrícolas.

5. Para los países pobres donde la actividad agrícola es fundamental, las condiciones de vida de millones de campesinos e indígenas se verían irreversiblemente afectados si ocurre una inundación de bienes agrícolas importados, aún en los casos en los cuales no exista subsidio.

6. La producción agrícola es mucho más que la producción de una mercancía. Es la base para preservar opciones culturales, es una forma de ocupación del territorio, define modalidades de relación con la naturaleza, tiene que ver directamente con la seguridad y autosuficiencia alimentaria. En estos países la agricultura es, más bien, un modo de vida y no puede ser tratado como cualquier otra actividad económica.

7. ALBA tiene que atacar los obstáculos a la integración desde su raíz, a saber:

a. La pobreza de la mayoría de la población.

b. Las profundas desigualdades y asimetrías entre países.

c. Intercambio desigual y condiciones inequitativas de las relaciones internacionales.

d. El peso de una deuda impagable.

e. La imposición de las políticas de ajuste estructural del FMI y el BM y de las rígidas reglas de la OMC que socavan las bases de apoyo social y político.

f. Los obstáculos para tener acceso a la información, el conocimiento y la tecnología que se derivan de los actuales acuerdos de propiedad intelectual.

g. Prestar atención a los problemas que afectan la consolidación de una verdadera democracia, tales como la monopolización de los medios de comunicación social.

8. Enfrentar la llamada Reforma del Estado que solo llevó a brutales procesos de desregulación, privatización y desmontaje de las capacidades de gestión pública.

9. Como respuesta a la brutal disolución que este sufrió durante más de una década de hegemonía neoliberal, se impone ahora el fortalecimiento del Estado con base en la participación del ciudadano en los asuntos públicos.

10. Hay que cuestionar la apología al libre comercio, como si sólo esto bastara para garantizar automáticamente el avance hacia mayores niveles de crecimiento y bienestar colectivo.

11. Sin una clara intervención del Estado dirigida a reducir las disparidades entre países, la libre competencia entre desiguales no puede conducir sino al fortalecimiento de los más fuertes en perjuicio de los más débiles.

12. Profundizar la integración latinoamericana requiere una agenda económica definida por los Estados soberanos, fuera de toda influencia nefasta de los organismos internacionales.

3.2 Proyectos Grannacionales en los servicios de salud.

El ALBA se empieza a configurar con una serie de líneas de trabajo denominadas Proyectos Grannacionales. Durante décadas los pueblos latinoamericanos caribeños enfrentamos a las oligarquías y al imperialismo en la resistencia. Pero la etapa actual, el “cambio de época” como lo señalara el Presidente Correa, impone otra perspectiva que trasciende a la resistencia. Es la hora de la construcción en unidad de una sociedad solidaria y participativa. Es por esto que el ALBA despliega una serie no subestimable de Proyectos Grannacionales que constituyen un verdadero programa de transformación integral.

En el contexto de la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) nació el concepto grannacional, una visión bolivariana que tiene como propósito la unión de las Repúblicas Latinoamericanas y Caribeñas para la conformación de una gran nación, prevaleciendo el desarrollo social en todos sus sentidos. Se basa en la unión de nuestras repúblicas soberanas, plenas de libertad y justicia social, con la participación de la población, para innovar y liderar los cambios económicos, políticos y sociales, con la conciencia y la voluntad de anteponer los intereses sociales. Grannacional es lo opuesto a transnacional, neoliberal, chauvinista e imperialista.⁵²

Un Proyecto Grannacional es todo programa de acción dirigido a cumplir con los principios y fines del ALBA, que haya sido validado por los países integrantes y cuya ejecución involucre a dos o más países, para beneficio de las grandes mayorías sociales. Los Proyectos Grannacionales, entonces, abarcan desde lo político, social, cultural, económico, científico e industrial hasta cualquier otro ámbito que puede ser incorporado a esta dialéctica.

Sólo para mencionar algunos citaremos:⁵³

Sobre tierras fértiles: Empresa Grannacional Productora de Alimentos.

Sobre energía: Empresa Grannacional de Energía, Petróleo y Gas

Sobre capacidad financiera: Banco del ALBA

Sobre cultura nacional y popular: Fondo Cultural del ALBA.

Sobre educación: Proyecto Grannacional de alfabetización y pos alfabetización y Universidad del ALBA, UNIALBA

Sobre comunicaciones: Empresa Grannacional de Telecomunicaciones.

Sobre deportes: Juegos del ALBA.

⁵² El ALBA es programático, es propositivo. Versión electrónica en: <http://emba.cubaminrex.cu> En línea 2009

⁵³ Ídem

Sobre la mujer: Consejo Ministerial de la Mujer.

Sobre vivienda y hábitat: Empresa Grannacional de Cemento y Saneamiento y el acceso al agua potable.

Sobre turismo: Turismo social y Universidad de Turismo.

Sobre salud: Empresa Grannacional de productos farmacéuticos

Es por esto que podemos afirmar que el ALBA se va constituyendo como un verdadero programa de independencia y justicia social para los pueblos de nuestra América.

Se formularon 3 importantes proyectos Grannacionales como son: el fortalecimiento y consolidación de las Misiones Médicas en los distintos países del ALBA que conduzca a los planes en sus distintos niveles y optimice la inversión y los recursos para la recuperación e implantación de sistemas públicos de salud de acceso universal en todos nuestros países, así como el suministro y los instrumentos para la investigación, desarrollo para el aprovechamiento del recurso de biodiversidad de nuestra región ;el fortalecimiento y consolidación del programa de formación de Recursos Humanos de Pregrado y Postgrado en el área de salud entre los países ;y la creación de un Centro Regulatorio , que elabore el registro sanitario del ALBA. Además se elevo al Consejo de Ministros la propuesta de 2 proyectos: la creación de una Empresa Gran nacional Distribuidora y Comercializadora de productos farmacéuticos ALBA, dentro de un esquema de comercio justo; y la creación de un Centro de Vigilancia Epidemiológica del ALBA. La materialización de estos proyectos contribuirá a garantizar a nuestros pueblos el acceso a servicios de salud con calidad, equidad, inclusión y enfoque intercultural.Estos proyectos han comenzado de manera exitosa a ser ejecuta

A partir de los acuerdos tomado por la I Reunión de las Comisiones Técnicas del ALBA, sobre distribución centralizada de medicamentos para garantizar el acceso de los habitantes de la Patria Grande Latinoamericana a Medicamentos Esenciales, fue identificada como una necesidad el disponer de criterios y especificaciones técnicas bien definidas y únicas para dirigir las compras a los productos que reúnan los criterios vigentes de calidad, seguridad y eficacia y que

sean realmente beneficiosas para la salud en los países, de forma que el presupuesto invertido alcance de manera costo/efectiva las necesidades terapéuticas y preventivas, por todo esto se dio origen al Proyecto de Empresa Grannacional “Centro Regulador de Medicamentos del ALBA”, formado por: Bolivia, Dominica, Nicaragua, Cuba Ecuador, San Vicente y Granadinas, Antigua y Barbuda el cual tiene como beneficios contribuir al acceso a los medicamentos esenciales con elevados estándares, que resultan necesarios para garantizar los programas de salud de los países del ALBA, contribuir a la disminución de costos de los medicamentos y facilita un mercado común, potencializar en beneficio común el uso de las capacidades de los países miembros del ALBA como mecanismo de integración regional. Racionaliza esfuerzos, evita duplicidades innecesarias y posibilita realizar procesos cada vez más eficientes y de mayor complejidad con alta calidad, logra medicamentos evaluados con elevados estándares y con mecanismos transparentes, actualizados y consensuados, perfecciona la información de los medicamentos representativos de una alta prioridad para los Sistemas de Salud, como contribución a su uso racional, contribuye a la transparencia y eficiencia del sistema patentario de productos farmacéuticos en los países miembros, posibilita la transferencia de conocimientos especializados sobre evaluación de medicamentos que favorece a las autoridades e incrementa la experticia de sus especialistas mediante el intercambio basado en las fortalezas existentes y el desarrollo conjunto, sirve de modelo para el incremento de capacidades y fortalecimiento de regulación sanitaria de medicamentos en las autoridades de los países del ALBA con el desarrollo e implementación de mejores prácticas de regulación y control y el desarrollo de un marco legal y administrativo conjunto para el trabajo en el Centro Regulador con una reglamentación farmacéutica consensuada y consolidada en un instrumento jurídico del ALBA.⁵⁴

⁵⁴I Reunión de las Comisiones Técnicas del ALBA, en julio 2007 Rafael Pérez coordinador del proyecto y Celeste Sánchez. Versión electrónica en: <http://salud.alianzabolivariana.org>. En línea septiembre 2009

Durante la II Reunión Técnica del Proyecto Grannacional ALBA-MED el Coordinador General del Proyecto, Doctor Rafael Pérez Cristian, se refirió a los avances de ALBAMED señalando que para la salud pública y el desarrollo humano el acceso a los medicamentos esenciales es una prioridad a nivel mundial y un componente fundamental en tres de los objetivos de Desarrollo del Milenio. Es uno de los instrumentos más valiosos para lograr altos niveles de impacto sanitario y social y optimizar el gasto farmacéutico.⁵⁵

Explicó que en casi el 60 por ciento de los países de América Latina el acceso a los medicamentos esenciales es menor a un 80 por ciento, y que las enfermedades para los cuales estos medicamentos resultarían vitales como malaria, tuberculosis, VIH-Sida y otras están diezmando la salud de nuestros pueblos aunque la disponibilidad de medicamentos no es el único impacto para lograr una atención sanitaria de calidad, sí constituye un aspecto esencial. Por esa razón el acceso de los medicamentos es uno de los desafíos del ALBA

En la III Reunión Técnica del Proyecto Grannacional ALBA-MED el coordinador sostuvo que en las reuniones celebradas en Cuba, Bolivia y en esta tercera en Managua, se materializó todo un conjunto de documentos importantes que constituyen la base regulatoria que se establecerá para este registro grannacional de medicamentos del ALBA puesto que esta será el órgano encargado de crear el registro sanitario único y centralizado con miras a sistematizar la comercialización de los medicamentos. Profundizó las ventajas y avances para la salud que tendrá este proyecto el cual pretende facilitar el acceso a los medicamentos de sus miembros y a todos los que se quieran sumar a esta iniciativa, ya que facilitará el comercio puesto que constituirá una empresa distribuidora de medicamentos para distribuirlos en todos nuestros países, además favorecerá la producción de medicamentos en los países del ALBA y a velará por su calidad. Por su parte, el doctor estimó que la empresa ayudaría a distribuir y comercializar los medicamentos con lo cual se lograría un acceso más económico para los

⁵⁵II Reunión Técnica del Proyecto Grannacional ALBA-MED Coordinador General del Proyecto, Pérez Cristian Rafael. Versión electrónica: <http://salud.alianzabolivariana.org>. En línea octubre 2009

programas de salud. A partir del próximo año ya comenzaremos a hacer de forma piloto los primeros registros y pasaremos a otra etapa del proyecto que está financiado por el Banco del ALBA.⁵⁶

Debido a la situación en que se encuentra la salud en el mundo se ve la necesidad imperiosa que tienen los países miembros de poder contar con medicamentos con calidad, seguros y eficaces, con costos accesibles para los programas de salud ya que no es solo por un problema de costo y de abaratar los productos, sino de encontrar acceso a medicamentos que hoy no son o no están disponibles por los precios que hay que pagar.⁵⁷

b) Resultados de la 8va Cumbre del ALBA

Los Jefes de Estado y de Gobierno de los países miembros de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América-Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA-TCP), reunidos en La Habana, Cuba, el 13 y 14 de diciembre de 2009, en ocasión del quinto aniversario de la firma de la Declaración Conjunta el 14 de diciembre de 2004 destacaron los resultados alcanzados con los proyectos ya instrumentados o en proceso de ejecución a favor del desarrollo social, de la formación de recursos humanos, de la alfabetización, de la prestación de servicios de salud, de la creación de infraestructura productiva, de mayor interconectividad, de complementación productiva, de fomento a la producción de alimentos y otros como el impacto sostenido de estos resultados a favor de la justicia y una mejor distribución de la riqueza, para lograr mayor desarrollo y participación de los pueblos, y para eliminar la marginalidad, integrando a las poblaciones latinoamericanas y caribeñas, incluidas las poblaciones originarias y aquellas tradicionalmente discriminadas o desfavorecidas, donde como resultado de esta reunión se deliberaron los siguientes acuerdos entre otros pero de interés en el campo de la salud:

⁵⁶ III Reunión Técnica del Proyecto Grannacional ALBA-MED Coordinador General del Proyecto, Pérez Cristian Rafael Versión electrónica: <http://salud.alianzabolivariana.org>. En línea 2009

⁵⁷ Ídem

-Priorizar en los programas de integración y cooperación la formación en Medicina y Educación

-Constituir una Red de Ciencia, Tecnología e Innovación que facilite fomentar capacidades para la generación y transferencia de conocimientos y tecnologías en sectores claves del desarrollo socioeconómico sostenible y esto de gran impacto en este sector ya que de ahí depende el desarrollo en la industria farmacéutica.

-Promover la realización en todos los países de la Alianza de un Estudio Clínico Genético Psicosocial de Personas con Discapacidad, teniendo en cuenta las experiencias acumuladas en Bolivia, Cuba, Ecuador, Nicaragua y Venezuela. Promover, sobre la base de sus resultados y en la medida que vaya siendo posible, la incorporación de las personas productiva, económica, social y cultural, sin discriminación.

-Continuar consolidando y extendiendo en todos los países del ALBA la formación y desarrollo de los recursos humanos en el área de la salud pública con sentido de compromiso social, calidad científica y técnica, y sentido de pertenencia con sus pueblos. En tal sentido, consolidar los programas integrales de salud y la formación de médico integral comunitario vigentes.⁵⁸

b) Resultados de la 9na Cumbre del ALBA.

Los Jefes de Estado y de Gobierno de Antigua y Barbuda, Bolivia, Cuba, Dominica, Ecuador, Nicaragua, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela, países miembros de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América – Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA – TCP), al conmemorar el 19 de abril el Bicentenario del inicio de la lucha por la Independencia venezolana, se reunieron y ratificaron su compromiso con la tarea de consolidar la soberanía de los pueblos y construir el camino hacia el socialismo y en donde adoptaron una serie de decisiones en cuanto a la salud entre los que se encuentran:

⁵⁸ 8va Cumbre del ALBA. Versión electrónica:<http://www.granma.cubaweb.cu> En línea 2009

Constituir los países ALBA, como Espacio de Igualdad, Bienestar Social y superación de la pobreza a través de las Misiones Sociales del ALBA donde aquí mencionaron que a partir de los grandes logros obtenidos a través de la Misión Milagro, las Misiones de salud, educación, de atención a las personas con discapacidad, entre otras, plantearon darle mayor coherencia y universalidad a las Misiones Sociales en todos los países miembros. Decidieron instituir un Coordinador de Política Social del ALBA, a ser designado por el Consejo Social, para presentar en los próximos 60 días un plan de despliegue de las Misiones Sociales, que le dé más coherencia y cobertura al proyecto social del ALBA, que deberá ser apoyado en su formulación y ejecución por los ministerios encargados de las áreas de salud y bienestar social.

También plantearon articular a los Movimientos Sociales del ALBA con la acción de los gobiernos revolucionarios donde aquí recogieron las propuestas del Comité de Mujeres del ALBA, para asumir de manera inmediata el trabajo para el desarrollo de las Misiones Sociales de atención a los niños de la calle, a las mujeres embarazadas.⁵⁹

En ese sentido, el proyecto ALBA considera la salud como una de las más poderosas armas de justicia social para demostrar, en la práctica, la superioridad humana de las nuevas políticas y relaciones generadas desde este organismo y dentro de las misiones que se han llevado a cabo en el ALBA podemos citar Misión Barrio Adentro I y II La Operación Milagro, Todos con voz y Moto Méndez.

3.2.2 Sobre las Misiones en salud

El apoyo cubano a las misiones del sector de la salud ocupa un puesto importante en la cooperación cubano-venezolana. En el marco de la estrategia conjunta para la implementación del ALBA se encuentra la misión Barrio Adentro firmado en octubre del año 2000 donde Cuba se comprometió a enviar hasta 30.000 profesionales de la salud que brinda por primera vez en la historia, atención

⁵⁹ 9na Cumbre del ALBA. Versión electrónica :<http://lapolillacubana.blogcip.cu> En línea 2009

médica básica a los barrios pobres de Venezuela Misión Barrio Adentro, I y II, como parte de sus políticas de atención social se sustentan en el Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y Venezuela, con la adquisición de equipos médicos cubanos y los servicios gratuitos de médicos, especialistas y técnicos de la salud, uno de los más importantes logros alcanzados en el marco de Integral de Cooperación entre estas 2 naciones. En el Zulia existen ya más de 372 módulos de Barrio Adentro I y 648 locales acondicionados para la atención primaria, para un total de mil 24 centros de salud los que las comunidades zulianas tienen acceso directo. Más de 35 millones de consultas atendidas en los mil 24 centros de la Misión Barrio Adentro en el estado Zulia desde el año 2003, ratifican el éxito del Convenio Integral de Cooperación entre la República Bolivariana de Venezuela y la República de Cuba, que brinda a las comunidades una atención integral .Además que médicos venezolanos y cubanos han realizado más de 22 millones de actividades para promover la salud preventiva, y disminuir las patologías y los contagios de algunas enfermedades.

Desde el 2003, la misión ha permitido salvar más de 15 mil vidas gracias a que se cuenta con módulos de atención en las mismas comunidades, y funcionando las 24 horas del día. Si no existiera este programa social impulsado por el Gobierno Bolivariano estas personas hubieran muerto por no tener cómo pagar un servicio médico. También en odontología, se han atendido más de 6 millones de casos.

Igualmente, comprometida con la salud del pueblo venezolano, la Nueva Pdvsa Occidente ha invertido un total de 10.4 mil millones de bolívars en la consolidación de este programa social en las comunidades con mayores necesidades de atención médico-sociales en el país.

El programa dispone de una red nacional de instalaciones, conformada por seis mil 711 consultorios populares y 501 Centros de Diagnóstico Integral dotados de moderna tecnología. En esa dirección se estableció en el territorio venezolano nacional 555 salas de rehabilitación y 27 centros de alta tecnología, en los cuales

fueron colocados costosos equipos, entre ellos el tomógrafo axial computarizado.⁶⁰

El profesional de la salud cubano se forma bajo el paradigma social, con pertinencia y calidad, es un personal capaz de llevar a cabo de manera fusionada la asistencia, la docencia y la investigación, con un alto sentido de humanismo y solidaridad, lo cual se desarrolla en los diferentes escenarios docentes dentro y fuera del país .

La Misión Milagro la cual tiene como objetivo mejorar o devolver la visión a cientos de miles de venezolanos y extendida a millones de latinoamericanos y caribeños sin acceso a esos servicios, se desarrolla en 29 países de América Latina y el Caribe, incluyendo Cuba, conlleva una combinación de tecnologías de punta, de medios diagnósticos y quirúrgicos y de la participación de la Atención Primaria de Salud con una organización social certera hacia los niveles especializados de atención. El hecho de la realización de pesquisajes masivos ha permitido detectar las enfermedades quirúrgicas que más tarde son resueltas. Inicialmente se traían los pacientes a Cuba, luego la experiencia mostró que era más factible la creación de centros especializados en los diversos países como Venezuela y Bolivia que comenzaron a operar casos fácilmente transportables en ómnibus. Además, se comenzó entrenamiento de los médicos autóctonos. Actualmente en Venezuela se ha iniciado la creación de Centros Quirúrgicos de Resolución Oftalmológica, pues el programa contempla atender 1600 pacientes a diario, 50 mil al mes. Con el desarrollo de esta misión para la atención oftalmológica de la población, se han beneficiado 32 mil 942 personas de los estados Falcón, Lara, Mérida, Portuguesa, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia en Venezuela donde los pacientes han sido operados atendiéndolos en diferentes patologías visuales como: cataratas, pterigium, glaucoma y retinosis pigmentaria.

⁶⁰ Mendiluz Gualdo Prensa Latina Versión electrónica: <http://www.alternativabolivariana.org>En línea 2009

La Operación también se hizo presente en Bolivia, uno de los países más pobres de América. Más de 51 000 de sus habitantes recobraron la visión desde noviembre del 2005, la mayoría aquejados de catarata, en 11 centros oftalmológicos. Como muestra de que la integración gana más fuerza en el continente, hasta Bolivia viajaron 3 277 pacientes argentinos y 1 938 peruanos, para dejar atrás la terrible ceguera. En Ecuador, más de 10 000 habitantes ya están operados. En conjunto, se han beneficiado en la región medio millón de personas, entre ellos 24 416 caribeños.⁶¹ (Ver anexo 12)

Otro de los aportes a gran escala que se realizó por este proceso fue la inauguración del Centro Nacional de Genética Médica en el estado venezolano de Miranda, donde se concretó un importante paso de avance para el Sistema Nacional Público de Salud impulsado por el gobierno bolivariano.

El Centro Nacional de Genética Médica, integrado por varios laboratorios muy bien equipados técnicamente y un área docente con capacidad para 90 alumnos, formará parte del complejo Doctor José Gregorio Hernández y acometerá estudios moleculares, de enfermedades cromosómicas y de errores innatos del metabolismo. En la instalación ya han sido tratadas 337 864 personas discapacitadas, donde no solo se prestará servicios gratuitos a los venezolanos, sino también a los pueblos de los países pertenecientes a la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA).

Otro de los proyectos que se forma bajo el ALBA, y con sede en nuestro país es la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), con la misión de formación de personal médico, que permita mejorar las condiciones de los sistemas de salud de

⁶¹ Pérez Valenzuela Mariela ALBA: La justicia de los hechos .Versión electrónica:
<http://www.granma.cubaweb.cu>En línea 2009

los países para los cuales forma estos profesionales y contribuir a mejorar la calidad de vida de cualquier país latinoamericano.⁶² (Ver Anexo 13)

Cumpliendo con los principios del ALBA, Cuba y demás países miembros se proponen mantener e incrementar el esfuerzo para ayudar al pueblo haitiano después del devastador terremoto, contando con los recursos, la experiencia y la infraestructura apropiada en el terreno, prestando asistencia médica a través de 1429 colaboradores de la salud que incluyen 406 médicos residentes internos y estudiantes haitianos procedentes de Cuba, además 224 médicos de 22 naciones de América Latina y 7 médicos de Estados Unidos con un único objetivo brindar ayuda solidaria que tanto necesita este país hermano.⁶³

3.3 Perspectivas de la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América

La integración en América Latina debe basar su política en la complementación productiva entre los países y seguir en el desarrollo de proyectos en salud, puesto que esto beneficia en gran medida a toda la región, muestra de ello lo constituye la especial generosidad y sensibilidad de Cuba, la República Bolivariana de Venezuela y demás países del ALBA, que se proponen mantener e incrementar estos esfuerzos y están dispuestos a cooperar con todas las naciones, sin excepción alguna, con el objetivo de contribuir con el aumento de la calidad de vida de la población que integran estos países, ejemplos que corroboran esta afirmación, ha sido la ayuda al pueblo y al Gobierno haitiano, después del terremoto ocurrido los primeros días del mes de enero de 2010, así como las misiones Manuela Espejo, en Ecuador y Moto Méndez, en Bolivia, dirigida a identificar y propiciar acciones para ayudar a las personas que padecen discapacidades y que nunca habían recibido atención, con estos aportes en el campo de la salud muestran el carácter humanista y solidario de estos proyectos.

⁶² Sistemas de salud en América Latina. .Versión electrónica: <http://www.monografias.com>

⁶³ Periódico J Rebelde .Raúl Castro. Sesión plenaria de la cumbre de la unidad de América Latina. 24febrero 2007

Conclusiones

- Actualmente la salud se considera un derecho de todo ciudadano, que el Estado puede y debe garantizar, la participación del Estado como suministrador de la atención de salud adquiere magnitudes diversas, varía de un país a otro y tiene diferencia de estructura orgánica, cobertura de la población, amplitud de los beneficios y grado de control de la producción de estos servicios de salud. Existen varias clasificaciones, en las que se tienen en cuenta los principales tipos de programas públicos en que participa el Estado, lo que equivale a decir el seguro social, la asistencia pública y servicio universal, o bien aquella que realiza una distinción entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio de salud y se definen en sistema nacional de salud, sistema de seguro de salud y sistema centralizado. Sin embargo los sistemas de salud, la producción de medicamentos y la industria médico-farmacéutica en general se encuentran dominadas y controladas por las grandes trasnacionales y potencias del mundo.
- Los espacios que generan los procesos de integración regional y subregional como elementos integradores en la toma de decisiones y acciones que ayudan a contrarrestar las repercusiones negativas o los riesgos que para la salud representa la globalización generalmente no han ofrecido los resultados que de ellos se espera. Siempre que estos permitan: una adecuada participación social, la formulación de resoluciones de acuerdo a las capacidades reales de los países (posibilidades financieras y técnicas).
- La salud constituye un derecho de todo ciudadano que el Estado puede y debe garantizar, independientemente del sistema de salud que se encuentre vigente en cada país. Los recursos financieros escasean aún en los países desarrollados, debido al alto nivel tecnológico alcanzado por la medicina moderna, que ha elevado los gastos en salud de manera desproporcionada en relación con el Producto Nacional Bruto. Si tenemos

en cuenta la transición demográfica que han sufrido todos los países, gracias al propio desarrollo alcanzado, los costos de la atención de salud resultan incontenibles. Todos los estados se enfrentan ante esta problemática y buscan afanosamente mecanismos que alivien esta situación.

- El ALBA se va formando como un verdadero programa de justicia social para los pueblos de nuestra América. Se basa en la creación de mecanismos que logren alcanzar un desarrollo nacional y regional que asegure una creciente calidad de vida para todos los pueblos de la región dándole a la salud y los medicamentos el lugar que merecen.
- Los proyectos Grannacionales para el desarrollo de la Salud de los países del ALBA conducen los planes en sus distintos niveles y optimizan la inversión y los recursos para la recuperación e implantación de sistemas públicos de salud de acceso universal en todos nuestros países, estos proyectos se desarrollan de manera coherente, sistémicos y rápidos, así como los instrumentos y el suministro para la investigación y desarrollo para el aprovechamiento del recurso de biodiversidad de nuestra región.
- Se formularon 3 importantes proyectos grannacionales como son: el fortalecimiento y consolidación de las Misiones Medicas en los distintos países ;el fortalecimiento y consolidación del programa de formación de Recursos Humanos en el área de salud entre los países y además se elevo al Consejo de Ministros la propuesta de 2 proyectos: la creación de una Empresa Gran nacional Distribuidora y Comercializadora de productos farmacéuticos ALBA, dentro de un esquema de comercio justo; y la creación de un Centro de Vigilancia Epidemiológica del ALBA. La materialización de estos proyectos contribuirá a garantizar a nuestros pueblos el acceso a servicios de salud con calidad, equidad, inclusión y enfoque intercultural, estos proyectos han comenzado de manera exitosa a ser ejecutados.

Bibliografía

-8va Cumbre del ALBA. Versión electrónica: <http://www.granma.cubaweb.cu> En línea 2009.

-9na Cumbre del ALBA. Versión electrónica: <http://lapolillacubana.blogcip.cu> En línea 2009.

-Burmester José : Mercado de Prescripción de América Latina crecerá un 10% anual hasta 2013 Versión electrónica: <http://bitacorafarmaceutica.wordpress.com> Septiembre 2009.

-Calvete Oliva Antonio: Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas. Versión electrónica en: <http://scielo.isciii.es> En línea octubre 2008.

Carlos A Agudelo: Integración regional andina en salud .Versión electrónica en <http://www.scielosp.org> En línea 2007

-Chávez Fresno Caridad. Sistemas de atención de salud. Versión electrónica en: <http://www.bvs.sld.cu>. En línea febrero de 1996.

-Chiarvetti Silvia: Perspectivas de la inclusión de la coordinación de políticas de salud mental en la agenda del MERCOSUR Su relación con la superación del modelo custodial basado en el hospital psiquiátrico.

-Conclusiones Mesa Derecho a la Salud e Integración Social Cumbre Social del MERCOSUR Asunción –Paraguay Versión electrónica en: www.taringa.net. En línea Julio 2009.

de la Mata Isabel, Ana Boned- Ombuena Comisión Europea, Dirección General Salud y Consumidores - Octavi Quintana Comisión Europea, Dirección General Investigación y Desarrollo .Versión electrónica en: <http://europa.eu> En línea 2007.

-El ALBA es programático, es propositivo. Versión electrónica en: <http://emba.cubaminrex.cu> En línea 2009

-El portal de salud pública de la Unión Europea. Versión electrónica: <http://europa.eu>. En línea 2007.

-Epstein David. Versión electrónica en: [http:// www.economiadelasalud.com](http://www.economiadelasalud.com)

-Estado Mundial de la Infancia 2007 .UNICEF

-Estudio realizado por la OPS

-Estudio realizado por la OPS y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD).

-<http://dialnet.unirioja.es>

-<http://es.wikipedia.org>

-<http://www.alternativabolivariana.org>

-Jané Elizabeth: Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina

-M. López Cándido Pardo Universidad de La Habana.

-M. Sánchez Delia: Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud .Publicado en Cuadernos de - Salud Pública. Versión electrónica: <http://www.scielosp.org>.En línea 2007

M. Sánchez Delia: Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud Versión electrónica en: <http://www.scielosp.org>.

-Manuel Suárez Julio Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI. Datos citados por la OMS en el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008.pdf

-OMS .Medicamentos esenciales .Disponible en: <http://www.who.int>En línea 2009.

-OPS. Situación de salud en las Américas; indicadores básicos 2001.

-Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946. Versión electrónica <http://www.cheesehosting.com>

-Organización Panamericana de la Salud 2010

Periódico Granma, Sobre la Alternativa Bolivariana para las Américas. Año 2005
.Versión electrónica en:<http://www.granma.cubaweb.cu>.

-Periódico J Rebelde Raúl Castro .Sesión plenaria de la Cumbre de la unidad de América Latina. 24febrero 2007

Plan Andino de Recursos Humanos en Salud pdf. En línea 2008 .

-Prensa Latina ALBA: un lustro de verdadera integración. Versión electrónica en <http://www.escambray.cu> .En línea diciembre 2009

-Prensa Latina Mendiluz Gualdo Versión electrónica: <http://www.alternativabolivariana.org>En línea 2009

-Presentación del ORAS-CONHU, en III Encuentro Subregional Andino.pdf En línea 2007.

-Reunión de las Comisiones Técnicas del ALBA1ra en julio2007 DR Rafael Pérez coordinador del proyecto y Celeste Sánchez .Versión electrónica en: <http://salud.alianzabolivariana.org>.En línea septiembre2009

-Reunión Técnica del Proyecto Gran Nacional ALBA-MED 2da Coordinador General del Proyecto, Pérez Cristian Rafael. Versión electrónica: <http://salud.alianzabolivariana.org>.En línea octubre2009

-Reunión Técnica del Proyecto Gran Nacional ALBA-MED 3raCoordinador General del Proyecto, Pérez Cristian Rafael Versión electrónica: <http://salud.alianzabolivariana.org>.En línea 2009

-Salud en Las Américas OPS. En línea 2007pdf.

-Salvador, Soledad. “La liberalización del comercio de servicios de salud en América Latina y el Caribe ”pdf. En línea julio2002.

-Sistema Nacional de Salud Cuba. Versión electrónica: <http://es.wikipedia.org>

-Sistemas de salud en América Latina. .Versión electrónica: <http://www.monografias.com>

-Tamayo G Eduardo: América Latina en Movimiento. Versión electrónica:
<http://alainet.org>

-Torres Domínguez Amarilis: Medicamentos y transnacionales farmacéuticas: impacto en el acceso a los medicamentos para los países subdesarrollados. Versión electrónica <http://scielo.sld.cu>.En línea 2006.

-Torres Domínguez Amarilis: Industria farmacéutica. Versión electrónica:
<http://bvs.sld.cu/>.En línea octubre 2009.

-Tratado de libre comercio EU –Colombia: La salud en la mira de las multinacionales .Versión electrónica: <http://www.desdeabajo.info>.En línea noviembre 2004

Anexos Anexo1

CUADRO 2. Sistemas de salud en las Américas: cobertura poblacional según subsistema, 2001–2006^a

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Anguila	2006		Público	... La Autoridad de Servicios de Salud (organismo descentralizado del Ministerio de Salud) es responsable de la atención de salud pública.
			Privado	... Se ofrecen servicios de salud privados a la población con capacidad de pago o a través de seguros privados de salud.
Antigua y Barbuda	2006		Público	... El Gobierno financia la atención de salud pública.
			Seguridad social	... Todos los trabajadores contribuyen al plan de seguro social y al plan de beneficios médicos.
			Privado	... Seguros privados de salud.
Antillas Neerlandesas	2006		Seguridad social	100%: seguro de salud: PPK ("pro-paupere kaart"), público para población pobre o con condiciones preexistentes; seguro público para empleados (blue collar); fondo de seguro para empleados retirados del sector público, y planes privados.
Argentina	2001	Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL, 2005.	Público	37,4% de la población tiene acceso a la red pública de servicios de salud a cargo de los ministerios de salud nacional y provinciales.
			Seguridad social	51,2%: obras sociales.
			Privado	7,9%: medicina prepaga.
			Otros	3,2%: población con doble cobertura de seguro, principalmente por medio de planes privados (afiliación voluntaria en prepagas, mutuales, etc.).
Aruba	2006		Público	100%: seguro general de salud.
			Privado	La oferta privada ha empezado a crecer, sin mayor regulación.
Bahamas	2005	Sitio web del Ministerio de Salud de las Bahamas: http://www.bahamaas.gov.bs/ Bahamian Report of the Blue Ribbon Commission on National Health Insurance, 2004.	Público	100% con acceso a atención primaria y a otros servicios o tecnologías de salud en el territorio nacional, con cumplimiento de funciones de salud pública y prestación de servicios de salud poblacional e individual.
			Seguridad social	Todos los trabajadores públicos y privados están obligados por ley a participar en la Oficina del Seguro Nacional. Actualmente está en discusión en el Parlamento un Sistema Nacional de Seguro de Salud.
			Privado	51% de la población compra seguros privados de salud.
Barbados	2006		Público	100%: acceso a la oferta del servicio nacional de salud.
			Privado	20–25%: seguros de salud ofrecidos a grandes organizaciones y cooperativas de crédito.

Fuente: Salud en las Américas, 2007.volumen 1–regional

ANEXO 2

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Belice	2006	Sitio web del Ministerio de Salud de Belice: http://www.health.gov.bz	Público	100%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud. El sistema público nacional de salud garantiza a los individuos y a la población el acceso universal a servicios de salud, mediante la red de servicios públicos y programas. 30% estimado por compra de servicios a través del seguro nacional de salud (junio de 2006).
			Privado	Servicios médicos privados en crecimiento en zonas urbanas. En la ciudad de Belice se ofrecen seguros de salud privados.
Bermuda	2000	Bermuda Health Systems and Services Profile, 2005, http://www.gov.bm	Seguridad social / privado	95% cobertura de aseguramiento (paquete médico mayor: 85%, cobertura básica de salud: 10%). Planes de seguro de salud para empleados públicos, empresas de seguros privados para empleados privados y trabajadores por cuenta propia, seguros de los empleadores en casos de grandes empresas. La Comisión Nacional del Seguro de Salud ofrece un plan de seguro de salud de bajo costo.
			Sin cobertura	4% de los residentes carecen de seguro de salud; 1% SD.
Bolivia	2003–2004	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), Protección en salud desagregada por prestador, Bolivia, 2003.	Público	30%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública y Deportes (cobertura teórica).
			Seguridad social	25%: Caja Nacional de Salud [CNS] (20,8%); otras cajas de seguro social en salud (4,2%); Caja Petrolera de Salud [CPS], Seguro Social Universitario [SSU], Caja de Salud de la Banca Privada [CSPB], Corporación de Seguro Social Militar [COSS-MIL], CSC, CSCO, SINEC, COTEL.
			Privado	12% Pago directo de servicios y seguros médicos privados.
			Sin cobertura	45% sin acceso a servicios de salud. 72,8% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Brasil	2003–2006	Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), Ministerio de Salud, Brasil, Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2006.	Público	80,4%: cobertura exclusiva por el Sistema Único de Salud (SUS) (cobertura de atención básica 98%; cobertura del Programa de Salud de la Familia 68,4%).
			Privado	19,6%: Atención Médica Suplementaria (planes colectivos de empresas privadas 14,4% y planes individuales y familiares 5,2%); 3,8% Atención Odontológica Suplementaria. Los beneficiarios de los seguros privados mantienen el derecho integral de cobertura por el SUS.
Canadá	2006	Sitio web del Ministerio de Salud del Canadá: http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html .	Público	100%: Medicare (Programa Nacional de Seguro de Salud integrado por 13 planes de seguro de salud provinciales o territoriales) cubre los servicios necesarios de hospitalización, atención médica, cirugía dental y algunos servicios de atención de crónicos, excepto la prescripción de medicamentos.
		Dewa CS, Hoch JS, Steele L. Prescription drug benefits and Canada's uninsured. J Law Psychiatry. 2005 Sep–Oct; 28(5): 496–513; Health Affairs 25(3): 878–879; 2006.	Privado	65% de la población cuenta con seguros privados de salud para servicios no cubiertos por Medicare (50% de los servicios de odontología y 30% de los medicamentos).

Fuente: Salud en las Américas, 2007.volumen 1—regional

ANEXO 3

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Chile	2003		Público	100%: prestaciones garantizadas por el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (provisión pública o privada).
			Seguridad social	68,3%: Fondo Nacional de Salud (FONASA) (cobertura legal).
			Privado	17,6%: Instituciones de salud previsual (ISAPRE).
			Otros	3%: Fuerzas Armadas.
			Sin cobertura	12,8%: sin cobertura conocida de seguro público o seguro médico privado (suelen estar cubiertos por otros mecanismos privados).
Colombia	2004	Cardona JF, Hernández A, Yepes, F. La seguridad social en Colombia. Rev Gerenc Polit Salud. 2005; 4(9):81–99.	Público	29%: “vinculados” (población no afiliada a un régimen de la seguridad social con acceso a la oferta de planes de servicios y beneficios limitados con recursos de la Nación, las gobernaciones y los municipios); cobertura teórica por el Plan de Atención Básica (salud pública colectiva).
			Seguridad social	67,1% (32,8%, régimen contributivo; 34,3%, aseguradoras privadas: empresas promotoras de salud [EPS], régimen subsidiado y parcialmente subsidiado; aseguradoras públicas: administradoras del régimen subsidiado [ARS]). (Los regímenes de seguridad social contributivo y subsidiado, y los diversos planes parcialmente subsidiados tienen diferentes programas de servicios y beneficios.)
			Otros	3,9%: regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Policía, trabajadores petroleros).
Costa Rica	2003	Mesa-Lago C. Op. cit. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Reformas de los esquemas de la seguridad social; e Informe sobre la seguridad social en América, 2004.	Público	100%: salud pública colectiva.
			Seguridad social	86,8%: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (75% trabajadores, pensionados y familiares dependientes; 11,8% indigentes por cuenta del Estado).
			Otros	El Seguro de Riesgos del Trabajo cubre 71% de la PEA.
			Privado	30% de los habitantes (afiliados o no a la CCSS) utilizan al menos una vez al año servicios privados directamente o a través de la delegación de la CCSS.
			Cobertura parcial	12,1% a 14,7%: cobertura de atención de urgencias por el Seguro Obligatorio Automotor (SOA).
Cuba	2006		Público	100%: Sistema Nacional de Salud.
Ecuador	2006	Palacio A. Programa de aseguramiento universal de salud, Ecuador, 2006. Mesa-Lago C. Op. cit. OPS. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004	Público	28%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública (cobertura teórica).
			Seguridad social	21%: Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS): 11% (seguro general 9%, Jubilados 2%); Seguro Social Campesino 7%; Fuerzas Armadas y Policía 3% (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas [ISSFA], Instituto de Seguridad Social de la Policía [SSPOL]).
			Privado	26% (sin fines de lucro 6% [Junta de Beneficencia, organizaciones no gubernamentales y municipios]; con fines de lucro 20% [seguros privados de salud 3%; pago directo a servicios privados 17%]).
			Sin cobertura	27%: sin acceso a servicios de salud. 76%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.

Fuente: Salud en las Américas, 2007.volumen 1–regional

ANEXO 4

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
El Salvador	2006	Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Op. cit., 2005. Mesa-Lago C. Op. cit. Encuesta de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), 2002. OPS. Exclusión social en salud en El Salvador, 2004, http://www.lachealthsys.org .	Público	40,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (cobertura teórica. La meta del Ministerio es brindar cobertura a 81% de la población).
			Seguridad social	15,8%: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
			Otros	4,6% (Sanidad Militar 3% y Bienestar Magisterial 1,6%).
			Privado	1,5% a 5,0%: seguros médicos privados y pago directo de servicios de salud.
Estados Unidos de América	2005	Sitio web de Kaiser Family Foundation, 2006, http://www.kff.org .	Sin cobertura	41,7%: sin acceso a servicios de salud. 78,0%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
			Público	20,6%: Medicaid.
			Seguridad social	16,1%: Medicare.
			Privado	45,5%: seguro de salud privado, usualmente del empleador.
Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica	2006		Sin cobertura	17,8%: no tiene seguro social o seguro médico privado, ni aseguramiento subsidiado por el Estado.
Guatemala	2005	Mesa-Lago C. Op. cit. OPS. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.	Seguridad social	100%: plan de seguro universal de salud, basado en contribuciones obligatorias del salario y subsidios públicos. 25% a 33% tienen cobertura suplementaria del seguro universal de salud básico.
			Privado	Los servicios de salud privados y públicos prestan servicios de salud en el seguro universal.
			Público	27,0%: oferta del Ministerio de la Salud, exclusivamente con paquete básico de atención (cobertura teórica. El Ministerio tiene como meta cubrir 60% de la población con el paquete básico).
			Seguridad social	18,3%: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
Granada	2006	Plan Estratégico Nacional de Salud de Granada, 2006–2010. Sitio web del Ministerio de Salud.	Privado	30,0%: principalmente organizaciones no gubernamentales y otras entidades que ofrecen el paquete básico de atención. 10,0%: pago directo de servicios. 0,2%: cobertura de seguros privados.
			Sin cobertura	12,8% a 27,4% sin acceso a servicios de salud. 82,2% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
			Seguridad social	...
			Privado	La atención de salud es ofrecida por medio de servicios de salud públicos.
Guyana	2006		Público	...
			Seguridad social	...
				No existe un sistema nacional de seguro de salud. El Plan Nacional de Salud administra un programa de seguro social obligatorio para empleados y trabajadores por cuenta propia de 16 a 60 años.

Fuente: Salud en las Américas, 2007.volumen 1—regional

ANEXO 5

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Haití	2004	Haití, Ministerio de Salud Pública y de la Población. OPS/OMS, Analyse du secteur de la santé, 2004.	Público	21%: acceso a la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y de la Población.
			Seguridad social	1%: seguro médico de los funcionarios públicos.
			Privado	37% (con fines de lucro, incluye gastos de bolsillo en servicios privados básicos 19%; sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales, misiones religiosas y misiones internacionales 18%).
			Otros	70% de la población recurre a la medicina tradicional en primera instancia.
			Sin cobertura	40%: sin acceso a servicios de salud. 99%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Honduras	2004-2006	OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004. Ministerio de Salud de Honduras. Plan Nacional de Salud, 2001-2006.	Público	60%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica).
			Seguridad social	18%: Instituto Hondureño de Seguridad Social.
			Privado	5%: seguro privado de salud.
			Sin cobertura	30,1%: sin acceso a servicios de salud. 77%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Islas Caimán	2006		Público	...
			Seguridad social	24% CINICON: Prestadora gubernamental de seguro social.
			Privado	59%
			Sin cobertura	17%
Islas Turcas y Caicos	2005		Público	80% Ministerio de Salud (cobertura teórica).
			Seguridad social	El gobierno está contemplando la creación de una Autoridad Nacional de Seguro de Salud que administre un plan de seguro nacional de salud de cobertura universal.
			Privado	20% de la población tiene seguros médicos privados.
Islas Vírgenes Británicas	2006	Sitio web del Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas: http://www.bvi.gov.vg/ . Pacto para desarrollar el programa del seguro médico de las Islas Vírgenes Británicas, 2006.	Público	... El Ministerio de Salud cubre la atención de salud de los menores de 15 años y de las personas mayores.
			Seguridad social	... Afiliación obligatoria para empleadores, empleados y trabajadores por cuenta propia.
			Privado	50% de las consultas médicas locales se realizan en el sector privado. Las personas no cubiertas por el Ministerio de Salud Pública y por la seguridad social deben pagar por sus servicios, si bien están altamente subsidiados.
Jamaica	2005	Sitio web del Ministerio de Salud de Jamaica: http://www.moh.gov.jm/ Jamaican Survey of Living Conditions, 2001.	Público	95% de la atención hospitalaria y 50% de la atención ambulatoria están cubiertas por la oferta pública, 13,9% de la población con seguro de salud en 2001.
			Seguridad social	
			Privado	50% de la atención ambulatoria y de diagnóstico y la mayor parte de los servicios farmacéuticos.

Fuente: Salud en las Américas, 2007.volumen 1—regional

ANEXO 6

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
México	2002-2006	Sitio web de la Secretaría de Salud de México: http://www.salud.gob.mx/ . Mesa-Lago, C. Op. cit. Frenk J, et al. Health system reform in Mexico 1: Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet 2006; 368:1524–1534.	Público	41,8%: oferta de la Secretaría Federal y Secretarías Estatales de Salud (cobertura teórica, corresponde a la población no asegurada, trabajadores informales, población rural y desempleados). 14,8%: seguro popular (estimado a partir de 5,1 millones de familias afiliadas, a noviembre de 2006).
			Seguridad social	58,2%: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): 45,3% (IMSS 34,3%; IMSS Oportunidades 11%); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 7% (Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado), PEMEX (Petróleos Mexicanos), Fuerzas Armadas, Secretaría de Marina y varios seguros para trabajadores estatales: 5,9%). Parte de los asegurados están cubiertos por más de un seguro.
			Privado	2,8%: seguros privados de salud (5%-23% de afiliados al IMSS también tienen seguro privado).
			Sin cobertura	1% sin acceso a servicios de salud.
Montserrat	2006	Sitio web del Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios de Montserrat: http://www.mehcs.gov.ms	Público	100%: servicios de salud de primer y segundo nivel. Ministerio de Salud, Departamento de Salud y Departamento de Salud Comunitaria.
Nicaragua	2004	Mesa-Lago C. Op. cit.	Público	60,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
			Seguridad social	7,7%: Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS) (afiliados y familiares, cónyuges y menores de 12 años).
			Privado	4,0%: pago directo de servicios.
			Otros	0,4%: Fuerzas Armadas y Gobernación.
			Sin cobertura	27,9%: sin acceso a servicios de salud.
Panamá	2004	Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Op. cit., 2004.	Público	35,4%: Ministerio de Salud (cobertura teórica. Corresponde a la población no asegurada a la Caja de Seguro Social [CSS] que debe ser legalmente cubierta por el Ministerio de Salud).
		Gobierno de Panamá, Plan de Desarrollo Social, 2000–2004.	Seguridad social	64,6%: Caja de Seguro Social.
			Sin cobertura	20,0%: población sin acceso a los servicios de salud.
Paraguay	2005	Mesa-Lago, C. Op. cit. OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003.	Público	35% a 42%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
			Seguridad social	18,4%: Instituto de Previsión Social [IPS] o de otro tipo (individual, laboral, familiar, militar, policial o en el extranjero).
			Privado	7,0%: pago directo de servicios.
			Sin cobertura	38,6% sin acceso a servicios de salud. 81,1% sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.

Fuente: Salud en las Américas, 2007.volumen 1–regional

ANEXO 7

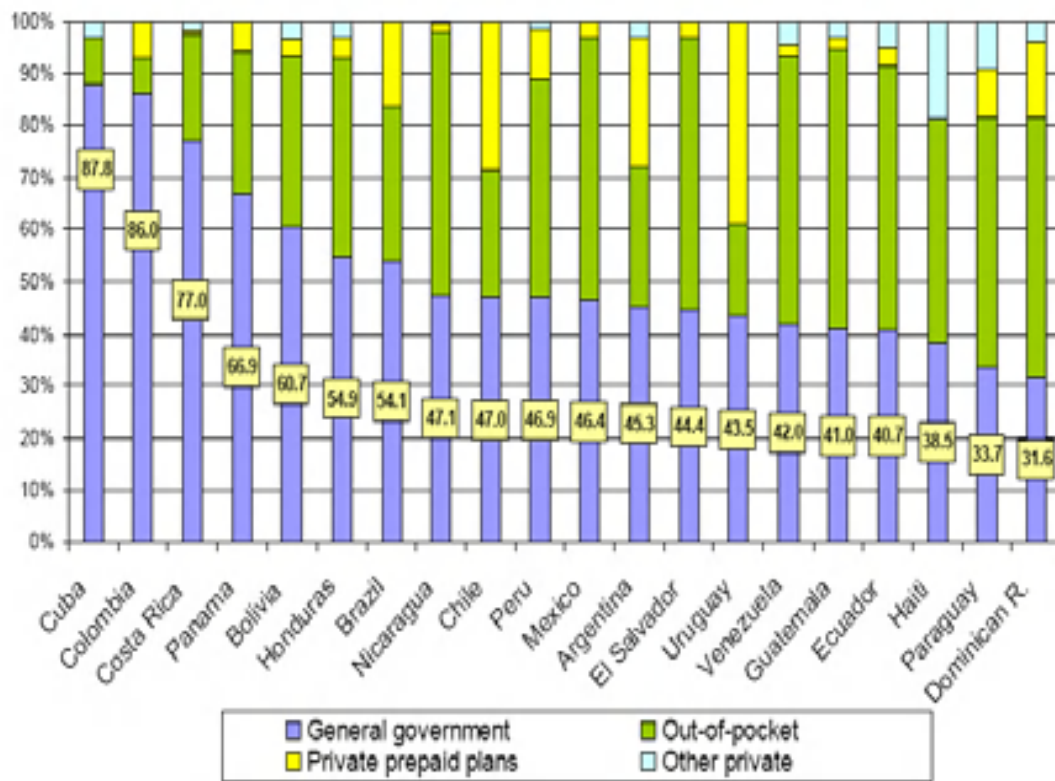
CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Perú	2006	Perú, Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud, 2006.	Público	27,8%: Seguro Integral de Salud, Ministerio de Salud.
			Seguridad social	28,1% (EsSalud 25,1%; Entidades Prestadoras de Servicios de Salud [EPS], Fuerzas Armadas y Policía 3%).
			Privado	10,0% (seguros privados 2%; pago directo de servicios y medicina tradicional 8%).
			Sin cobertura	42,1%: sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.
Puerto Rico	2003		Público	40,0%: Plan de Salud del Estado Libre Asociado (ELA) (Medicaid).
			Seguridad social	26,0% (Medicare 14%; empleados públicos 12%).
			Privado	37,0%: seguro de salud privado.
			Sin cobertura	7,1%: sin seguro social o seguro médico privado.
República Dominicana	2001	OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.	Público	60,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud/Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) (cobertura teórica estimada). La SESPAS tiene como meta cubrir 76% de la población.
			Seguridad social	7,0%: Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).
			Privado	12,0%: seguros privados de salud pagados por empresas y seguros personales.
			Otros	5,0% (Fuerzas Armadas y policía: 3%; seguros autogestionados: 2%).
			Sin cobertura	16,0% sin acceso a servicios de salud. 76,4% sin cobertura de seguro social o seguro médico de salud.
Saint Kitts y Nevis	2006		Público	100%: Ministerio de Salud. Los servicios no disponibles en la isla son financiados por subsidios públicos.
Santa Lucía	2000 y 2002	Ministerio de Salud, Asuntos de Familia, Servicios Humanos y Relaciones de Género. Propuestas de reforma del sector salud, 2000.	Público	Ministerio de Salud.
			Seguridad social	... Plan Nacional de Seguro y seguros de salud privados para individuos y grupos. En proceso de introducir un plan nacional de salud (Atención Universal de Salud) para la atención secundaria y terciaria a través de una combinación pública-privada.
San Vicente y las Granadinas	2006		Público	... Ministerio de Salud.
			Seguridad social	... Plan Nacional de Seguro de Salud.
Suriname	2005		Público	54% (Ministerio de Salud: 30%; Ministerio de Asuntos Sociales: 24%).
			Seguridad social	27%: Fondo de Seguro Médico del Estado (SZF): 21%; Misión Médica (con subsidio del Gobierno de Suriname: 6%).
			Privado	13% seguros privados (planes de seguro empresarial: 10%; seguros médicos privados: 3%).
			Otros	1%
			No asegurado	5%

Fuente: Salud en las Américas, 2007.volumen 1–regional

Anexo 8

Original de Daniel Titelman, CEPAL

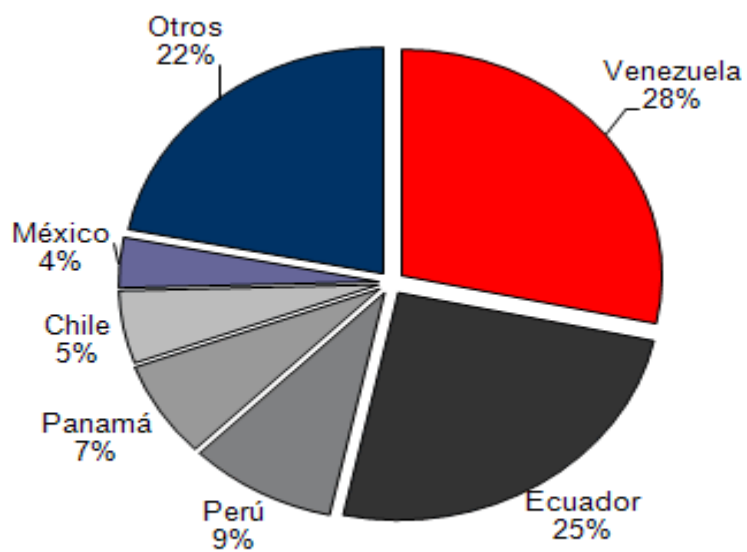


Source: Core Health Indicators, WHO, 2007

Anexo 9

Exportaciones de la industria farmacéutica de Colombia.

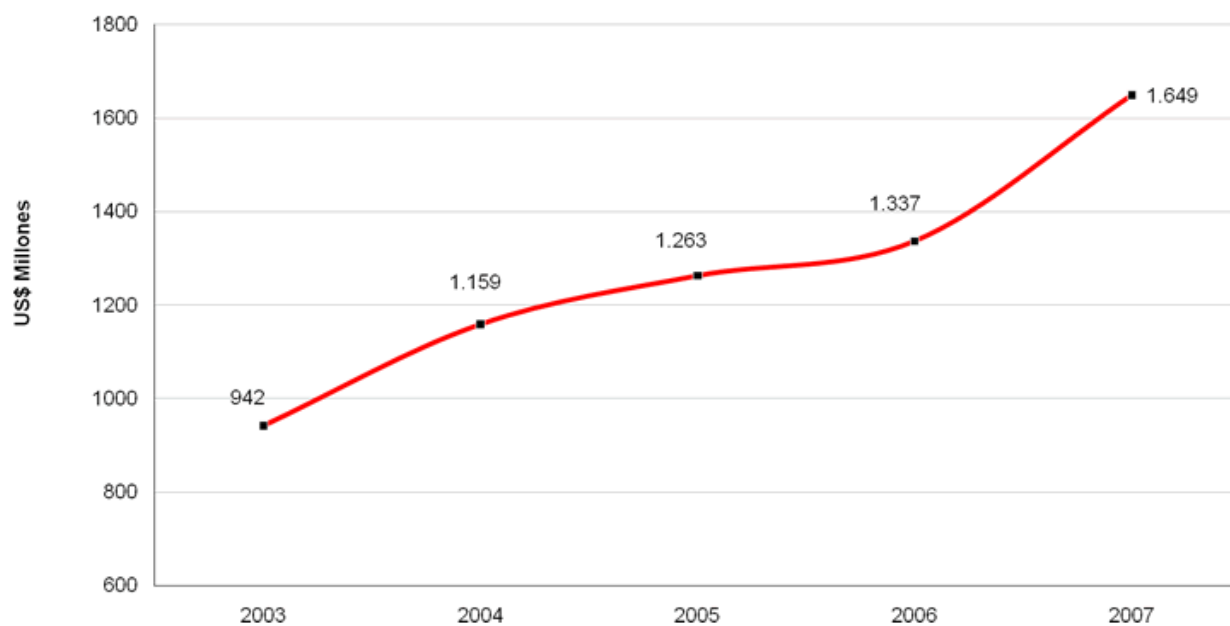
ANDI



Fuente: Cámara Farmacéutica

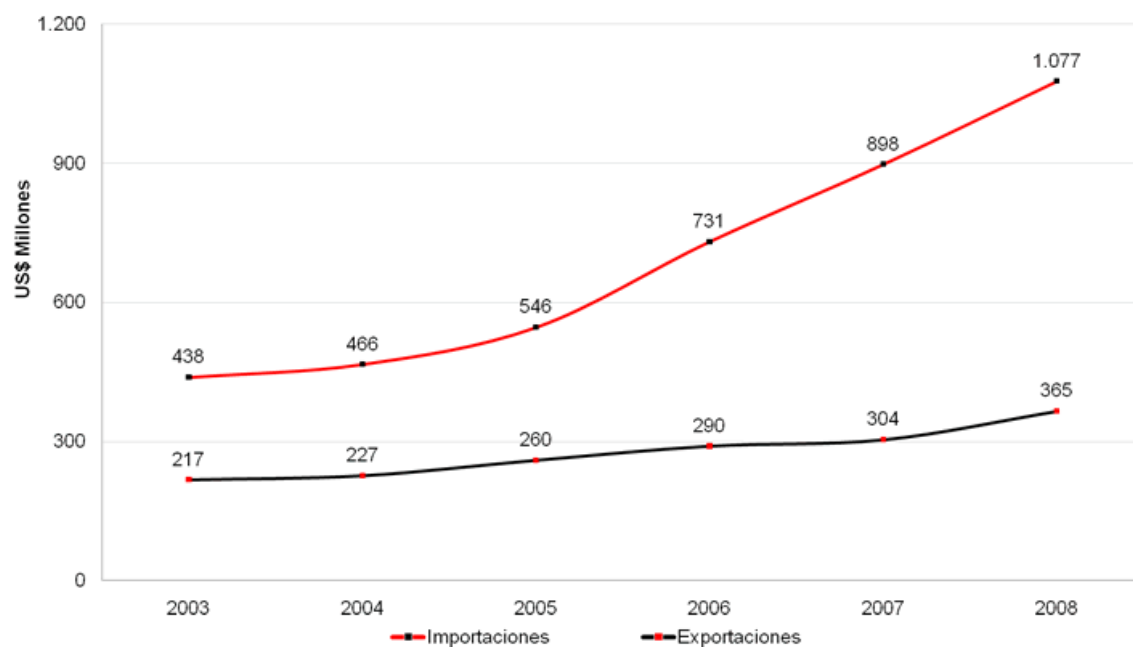
Anexo 10

Producción de fármacos en Colombia (2003–2007)



Fuente: Cámara Farmacéutica ANDI

Anexo 11



Fuente: Business Monitor International

ANEXO 12

MISIÓN MILAGRO

Pacientes Atendidos Según Nacionalidad

Periodos: Octubre 2005 a Octubre 2008

Países	Cantidad	Países	Cantidad
Venezolanos	159.004	Paraguay	888
Otros Países	23.555	Costa Rica	995
Ecuador	4.723	Nicaragua	3.406
El Salvador	3.625	Rep. Dominicana	704
Colombia	1.177	Uruguay	3
Brasil	110	Bolivia	1
Guatemala	1.890	Argentina	310
Perú	1.842	México	509
Chile	865	Portugal	3
Puerto Rico	05	Cubano	1
Honduras	2.555	Italia	1

Total: 182.559

Elaboración propia datos tomados de: <http://www.alternativabolivariana.org>

Anexo 13

ELAN, PLAN DE FORMACIÓN LATINOAMERICANOS DE MEDICOS INTEGRALES COMUNITARIOS (MIC)

País	Nro Estudiantes.
Argentina	4
Bolivia	2
Brasil	30
Chile	6
Colombia	353
Cuba	6
Ecuador	7
España	1
Estados Unidos	1
Guyana	1
Haití	6
Líbano	1
Perú	39
Siria	1
Uruguay	12
Total de Estudiantes	460

Elaboración propia datos tomados de: <http://www.alternativabolivariana.org>