

**IX Curso Taller OPS/OMS/CIESS Legislación en
Salud
Marco Regulatorio del Acceso a la Salud**

***“Las transformaciones internacionales y su impacto en las
políticas redistributivas del Estado”***

Cesar Vieira, OPS/OMS, Washington, DC, USA
Expositor

**Organización Panamericana de la Salud
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
2 – 6 de Septiembre, 2002
México, D.F., México**

Las transformaciones internacionales y su impacto en las políticas redistributivas del Estado

César Vieira, OPS/OMS

En esta presentación sobre transformaciones internacionales y políticas redistributivas en salud, se abordan seis temas: primero, una breve revisión del concepto de inequidad en salud, cuya reducción es el objetivo de las políticas redistributivas; luego, algunas dimensiones de las políticas redistributivas o de equidad en salud y los actores relevantes para estas políticas; después, algunos casos especiales que muestran el impacto de las transformaciones internacionales en las políticas de equidad en salud; a continuación se presentan algunas ideas respecto al rol que tiene, o puede tener el sector salud para manejar estas transformaciones internacionales y hacerlas más ventajosas desde el punto de vista de la equidad en salud; y por último algunas consideraciones sobre el trabajo que la OPS está realizando con respecto a la globalización y la equidad en salud.

En primer lugar, con respecto a la inequidad en salud, en la OPS/OMS, coincidimos con Margaret Whitehead, para quien una inequidad en salud es una diferencia innecesaria, evitable e injusta. Vamos a dar algunos ejemplos de inequidades en salud, realizando el hecho de que hay un juicio de valor al considerar qué diferencias respecto a la salud son consideradas inequidades.

Estas inequidades son provocadas por macrodeterminantes, como la etapa del desarrollo del país, el nivel de ingreso nacional, las cuestiones de género, de raza, de etnicidad, etc., y por algunos factores menores, o microdeterminantes, que se refieren a características físico-biológicas o psicológicas de las personas y de las familias. Lo importante es que algunos de estos factores, pueden ser afectados por la acción del sector salud, y estos son llamados de determinantes sectoriales. Hay otros determinantes a los que el sector salud puede influenciar muy poco, porque ellos dependen de una acción de otros sectores, como la economía, la industria, la agricultura o el comercio. Pero sí puede el sector salud procurar una intervención sobre estos determinantes extrasectoriales, con acciones de abogacía y colaboración con otros sectores.

¿Cuáles son los principales tipos de inequidad en salud? Existen inequidades en América Latina respecto a diferentes niveles de morbilidad y de mortalidad que afectan a diferentes grupos sociales. Hay diferencias en el acceso y utilización de los servicios, como los grupos sociales se benefician o dejan de beneficiarse de la cobertura de los servicios de salud ofrecidos por nuestros países, así como inequidades de financiamiento a la atención de salud, o sea, cómo es que los recursos utilizados en salud están siendo recaudados y aplicados de una manera más o menos equitativa.

Otro aspecto importante a mencionar es que hay una dimensión horizontal y una dimensión vertical de la equidad en salud. La dimensión horizontal es que todos deben ser atendidos según sus necesidades. Y la dimensión vertical es que los grupos sociales deben contribuir para el financiamiento de los servicios de acuerdo a su capacidad financiera.

Las estadísticas del gasto en salud indican que en prácticamente todos los países latinoamericanos los grupos más pobres dedican un porcentaje más alto de sus ingresos a los servicios de salud que los grupos de ingresos intermedios y altos. Esta es una característica típica de la inequidad de financiamiento en nuestra Región.

¿Qué características principales tienen las políticas redistributivas o de equidad en salud? La primera de estas características se refiere a los objetivos. Algunas de estas políticas tienen que ver con el control de determinantes macro o microsectoriales. Por ejemplo, una política de abastecimiento de agua y saneamiento tiene el objetivo de controlar un macrodeterminante, que es la insuficiencia de los servicios respectivos. Una política de mejora de ingreso es una política que posibilita a las familias pobres tener más acceso a alimentación, vivienda u otros bienes y servicios que son necesarios para su vida.

En términos de control de microdeterminantes susceptibles al sector salud, la provisión de servicios básicos de salud enfocada a las poblaciones pobres o en áreas periféricas es una política que tiene un mayor impacto sobre estos grupos. Hay políticas de equidad, como las volcadas hacia las vacunaciones o al control de la desnutrición, cuyo objetivo es reducir un riesgo que afecta particularmente a los grupos sociales más vulnerables. Otras tratan de proteger a estos mismos grupos con la provisión de otros beneficios que pueden ser necesarios para mejorar su condición de salud. Como América Latina es la Región más inequitativa del mundo en términos de la distribución de ingreso y

de otros bienes y servicios – el objetivo de estas políticas es asegurar el acceso de los grupos humanos más vulnerables a los servicios de salud.

Desde el punto de vista de sus enfoques, las políticas de equidad pueden ser tanto universales como focalizadas. La mayor parte de las políticas en nuestra Región son políticas universales que buscan cubrir a todos los ciudadanos, según la tradición europea que nuestros países tienen, tanto en salud como en seguridad social. Sin embargo, podemos tener que esperar muchos años para que las políticas universales cubran a toda la población. Entonces, es necesario, adoptar políticas focalizadas - o modular las políticas universales - para atender más rápidamente a algunos grupos que no pueden usar la universalización del acceso a los bienes o servicios que necesitan. Eso es algo que está pasando en nuestra Región con una serie de políticas. Políticas focalizadas sobre la población más pobre, como el caso de Progres Oportunidad en México, tratan de superar las limitaciones de políticas universalistas tradicionales, que no están logrando alcanzar sus objetivos.

Además, las políticas pueden tener un ámbito exclusivamente sectorial - como un programa de cobertura de poblaciones rurales dispersas - o multisectorial. En muchos países el sector salud debe hacer aportes específicos a una política nacional de reducción de la pobreza, que involucra también a otros sectores como agricultura, educación, etc.

La iniciativa de “Salud para todos en el año 2000” fue una política universal de equidad en salud. En los años ochenta, los fondos de emergencia e inversión social eran intervenciones sectoriales focalizadas para reducir los efectos dañinos de las políticas de

ajuste estructural. Más recientemente, varios países de nuestra Región están implementando las llamadas estrategias o políticas nacionales de reducción de pobreza, que normalmente involucran componentes de salud. Los llamados “países pobres altamente endeudados” están obteniendo una condonación de su deuda externa con la condición de que los recursos así ahorrados sean asignados en políticas específicas de reducción de la pobreza. Es importante medir de qué grupos sociales están saliendo estos recursos y qué grupos sociales están recibiendo los beneficios respectivos. Debemos, por lo tanto, considerar el balance neto entre la recaudación de los recursos y los beneficios que estos recursos están propiciando.

En la década de los 80s América Latina y el Caribe dedicaba el 5.7% de su PIB al financiamiento de los servicios de salud, proporción que ahora alcanza a los 7.5%. Llama la atención cómo este gasto se distribuye entre el gobierno, la seguridad social, el pago directo y los seguros privados en salud. Ha habido una cierta tendencia al crecimiento del gasto de los gobiernos en servicios de salud, mientras la participación de la seguridad social se ha reducido considerablemente.

Hay, por otra parte, un cierto crecimiento de los seguros privados en salud, pero preocupa la magnitud del gasto de bolsillo de los hogares con el pago directo por servicios para complementar prestaciones insuficientes por parte del gobierno o de la seguridad social. Todos estos cambios tienen implicaciones muy serias respecto a la inequidad en salud.

Con referencia al tema de financiamiento, podemos llamar “el mercado mundial del servicio de salud”, al monto total que se está gastando en salud en el mundo, que en 2000 correspondía a cerca de 3,2 trillones de dólares. A las Américas corresponde el 46% de este gasto mundial en salud, del cual el 36% está en Estados Unidos, el 2% está en Canadá y el 8% en América Latina. América Latina gastaba unos 250 mil millones de dólares en salud por año en 2000. Hay un promedio mundial de 7,5% del PIB como gasto en salud, correspondiendo a las Américas 11,3% y a América Latina y el Caribe, 7,3%. El gasto per cápita para el mundo era US\$480 y para América Latina y el Caribe, US\$498 –un poco mayor que el promedio mundial. El aspecto más preocupante es la mezcla público-privada en el gasto en salud. Para el mundo como un todo, el 56% de este gasto es público, y el 44% privado. Para las Américas, el 46% es público y el 54% privado, siendo mucho menor el gasto público que el promedio mundial. Pero América Latina, específicamente, tiene una situación preocupante, porque es todavía peor que el promedio de las Américas, o sea, 43% público y 57% privado.

Estos datos significan algunos desafíos para la equidad en el financiamiento de salud. Es necesario, primero, aumentar la participación del gasto público en salud para reducir las brechas existentes en nuestra Región. Y segundo, es necesario mirar qué está pasando en el gasto privado y corregir las distorsiones existentes. Estos problemas son también muy importantes desde los puntos de vista legislativo y regulatorio, que son dimensiones normalmente poco desarrolladas en nuestros países.

¿Cuáles son los actores relevantes para las políticas redistributivas en salud o las políticas en equidad en salud? Esquemáticamente, propongo que miremos en el macro contexto socio-económico, político y cultural, una serie de factores que afectan las políticas de equidad en salud, como vamos a ver más adelante. Luego, propongo que miremos a cuatro tipos de actores. El primero es la sociedad; el segundo, los financiadores; el tercero, los prestadores, y por último, el Estado. Al hacer esta segmentación, estamos asumiendo el hecho de que el Estado muchas veces es también financiador y prestador de servicios de salud. Pero aquí debemos enfatizar las funciones del Estado más allá del financiamiento y de la provisión de servicios.

Entre la sociedad y los financiadores transitan los impuestos, los seguros, los pagos, que salen por diferentes fuentes y mecanismos, unos más equitativos o redistributivos que otros, y esto es un aspecto que nos debe preocupar. ¿Cómo es que cada uno de nuestros países recauda los recursos que va a dedicar a la salud? Puede ser que el país, al recaudar el recurso, esté añadiendo más daño a la situación general de inequidad en salud, y que después, las propias políticas de salud, por más equitativas que sean, no van a ser capaces de compensar. Entonces, más recursos para la salud pueden no necesariamente significar una ganancia en términos de equidad, porque este recurso, si es recaudado de una manera regresiva, puede penalizar más a los grupos de bajo ingreso, causando nuevos problemas más adelante.

Muchas veces, los recursos salen directamente de la sociedad para los prestadores, o sea, la función prestador-financiador no está claramente diferenciada. Eso se da en todos los

casos en que los servicios de salud son financiados con gastos de bolsillo. Este, quizás sea el problema más serio de nuestros países hoy día respecto al tema del financiamiento de los servicios de salud. Podríamos preguntar cual de los países aquí presentes no tiene problemas con el gasto creciente de bolsillo por deficiencias en el financiamiento estatal o de la seguridad social, por falta de medicamentos o por falta de insumos. Hay una cantidad de brechas que se van acumulando y hacen que la población tenga que decidir por el gasto de su bolsillo, o no tiene el servicio o el medicamento. Estos son gastos que la población es forzada a realizar de una manera más o menos abierta y tolerada por la sociedad.

Hay muchos gastos de bolsillo que se dan debajo de la mesa. Se trata de los pagos que son cobrados a los pacientes por prestadores de servicios de una manera absolutamente cubierta e ilegal, y terminan significando un aumento de las inequidades dentro del sector salud. Esta es una práctica desgraciadamente bastante generalizada en nuestros países. Muchas veces, establecimientos de salud, hospitales, grandes ambulatorios especializados, etc., que prestan servicios a la población en general, y que prestan servicios también a los derechohabientes de la seguridad social, o que prestan servicios a la población que tiene pólizas de seguro, hacen una discriminación bastante cruel con las respectivas listas de espera, que velocidades diferentes para ser atendidas o procesadas. Son dimensiones que requieren un esfuerzo especial del Estado regulador para evitar que políticas y prácticas dentro del sector salud sean tan inequitativas como éstas.

Por todas estas razones, el monitoreo de las transacciones entre la sociedad, los financiadores, los prestadores y el Estado es clave para definir las políticas de equidad en salud.

¿Qué pasa con las transformaciones mundiales que tienen impacto en el sector salud? ¿Cuáles son estas transformaciones? Hay en general tres tipos de transformaciones, a las cuales debemos mirar. Una es la globalización económica; otra es la transformación del Estado en el ámbito internacional y supranacional; y la tercera, la transformación que se está dando a nivel de la sociedad civil.

¿Qué pasa con la globalización del mercado? Podemos entender la globalización como la internacionalización de la producción y del consumo de bienes y servicios, a través del movimiento transfronterizo de capitales, de trabajo, de tecnologías y de información. Nuestras economías están cada vez más globalizadas en el sentido de que la expresión “hecho en país tal, A ó B”, es cada vez más difícil de decir y de medir con precisión, porque los insumos vienen de un país, el ensamblaje de los mismos se da en un segundo país, el empaquetamiento de los productos se hace en un tercer país y el comercio y la distribución en otro. Mientras la economía se está globalizando cada vez más, esto implica desafíos, amenazas, negaciones de los contextos jurídico-legales en los cuales la actividad económica se da en los mercados nacionales de cada uno de estos países. La globalización está siendo utilizada en muchos casos, como una manera de las empresas para evitar la capacidad regulatoria de los Estados nacionales. Este fenómeno está afectando a las políticas de salud, a la capacidad de respuesta equitativa de las políticas de salud, en la medida en que se están

afectando estas reglas básicas que existían antes en los respectivos contextos nacionales – equitativas o no equitativas, pero, por lo menos más claras. Cuanto a este aspecto ahora estamos observando en nuestros países un panorama que es bastante confuso y, sobretodo, bastante fluido.

Un aspecto más positivo y más progresista de la globalización son los cambios que se están dando en relación a los derechos humanos. Todo el proceso de derechos humanos que se genera a nivel de Naciones Unidas con sus convenciones, declaraciones y acuerdos, va ejerciendo una presión muy positiva sobre los países para considerar la cuestión de salud como un derecho humano. Yo nunca escuché, en más de treinta años en el sector salud, la referencia hecha esta mañana, que nosotros somos el segundo mayor violador de derechos humanos, después de la policía. El sector salud, que normalmente es considerado una de las instituciones más beneméritas, ahora es acusado de violador de derechos humanos. Claro, esto provoca, o debe provocar una reacción, para que por lo menos miremos lo que está pasando, porque lo que, a veces, eufemísticamente llamábamos deficiencias en la cobertura de los servicios de salud, es una violación de un derecho humano. Esto es una dimensión bastante positiva de la globalización.

Por supuesto que el tema género está entrando muy fuerte de diferentes maneras en este debate, afectando positivamente al sector salud hacia el tema de la equidad. Las conferencias mundiales de Cairo y de Beijing, todo el movimiento de la sociedad civil internacional respecto a las inequidades de género, nos están forzando a mirar, por ejemplo, cómo el proceso de la reforma del sector salud en la América Latina está mejorando o no la

situación de acceso que las mujeres tienen en los diferentes servicios de salud, así cómo si los servicios de salud están reconociendo las diferencias de género de sus poblaciones.

Otro tema que es más reciente, pero que está entrando también muy fuerte, se refiere a grupos étnicos. En el caso de América Latina, empieza con el movimiento de los pueblos indígenas, o las naciones originales y, más recientemente, sobretodo como resultado de la Cumbre de Durban, en África del Sur, la cuestión de los afro-latinoamericanos, que hasta hace dos o tres años no aparecían como una categoría social o cultural, y ahora aparecen como un grupo de presión muy poderoso para que los países respondan a sus necesidades acumuladas históricamente.

Por supuesto, los sindicatos y profesiones, tanto de la economía en general como del sector salud, han sido organizaciones de la sociedad civil bastante poderosas y activas. En el caso de las políticas de equidad en salud, los grupos ambientalistas cumplen un papel importante, como está pasando esta semana en las secciones paralelas de la Cumbre de Johannesburg, forzando a las Naciones Unidas y, en consecuencia, a sus países miembros, a revisar sus políticas de desarrollo sostenible, incluyendo los respectivos componentes de salud.

Antes no existían movimientos de derechos de los pacientes pero, de repente, los mismos países empiezan a pedir a la OPS que les apoyen en la búsqueda de respuestas a la cuestión de los derechos de pacientes, palabra que aparece por presión de grupos de la sociedad civil. El caso más típico para América Latina es el tema del SIDA. Si

comparamos cómo nuestros países están respondiendo al problema del SIDA, y cómo responden en promedio, a otros problemas que afectan nuestras poblaciones, nos damos cuenta de que estos sistemas de salud tienen respuestas bien diferentes, generalmente mejores en relación al SIDA que aquellas dadas a los otros problemas de salud. Eso se debe a la presión muy fuerte que grupos de la sociedad civil en el ámbito internacional y nacional han ejercido sobre los gobiernos con respecto al problema del SIDA.

Hay otro movimiento que empieza a aparecer en el sector salud, enfatizando el problema de la corrupción. Instituciones como Transparencia Internacional, que ustedes deben conocer por su acción internacional o nacional contra la corrupción en general, de repente, empiezan a dedicar atención especial a la corrupción en salud. Dicha corrupción que se da en la compra de insumos, en el manejo y la gestión de los contratos del personal de salud, los pagos ilegales, el manejo de las listas de espera, etc. Esto es algo que todavía no alcanza a la fuerza que los derechos de los pacientes o los ambientalistas, los grupos étnicos o de género han alcanzado, pero es algo que viene creciendo.

Los movimientos sociales están planteando la necesidad de que los procesos de globalización no sean vistos solo en las dimensiones económicas sino que también deben mirarse sus dimensiones humanas, sociales y ambientales. De este proceso de la sociedad civil globalizada están surgiendo varios aportes en general más positivos que la globalización económica en pro de políticas de equidad en salud.

El último ejemplo es, y yo lo pongo bajo la forma de una pregunta, ¿hasta qué punto estamos o no caminando hacia la construcción de un Estado supranacional? El Sistema de Naciones Unidas cada día más, a través de sus organizaciones, de sus convenciones, de sus cumbres, está siendo desafiado a hacer intervenciones que hace algunas décadas hubieran sido consideradas políticamente incorrectas. Pero, hoy la comunidad de naciones está planteando como su responsabilidad la aceptación o no de algunos comportamientos y algunas políticas que países miembros individuales están tomando. Esto todavía va con mucha lentitud, con mucha paciencia, con mucha negociación pero empiezan a haber movimientos en este sentido en varios aspectos. Derechos humanos es uno de ellos, en que los países tienen que reportar anualmente sus progresos o sus problemas en este campo.

Los organismos financieros y económicos internacionales, como la Organización Mundial de Comercio, el Fondo Monetario y el Banco Mundial y el Banco Interamericano, presentan en general una orientación bastante diferente del Sistema de Naciones Unidas, pero de repente aparecen con brechas. Por ejemplo, en la discusión del famoso TRIPS, el Acuerdo de la Protección de la Propiedad Intelectual en la conferencia de la Organización Mundial de Comercio el año pasado en Catar, hubo un movimiento fuerte de la sociedad civil a nivel global y de los países en desarrollo, que fuerza al mayor foro mundial de comercio internacional a adoptar una resolución especial sobre las excepciones al TRIPS basados en emergencias sanitarias. El reconocimiento que las reglas económicas del comercio mundial, cuando se trata de una emergencia sanitaria se suspenden, por el reconocimiento de que salud es algo que debe ser llevado en cuenta. Eso es algo

memorable, por haberse dado en un ambiente que normalmente no es tan favorable a las demandas de los países en desarrollo.

También en el Sistema Interamericano surgen manifestaciones semejantes que todavía quizás no sean tan activas como las que se están dando a nivel de Naciones Unidas. Ahí están presentes los acuerdos de integración regionales, subregionales o bilaterales que se están dando en las Américas y que van incluyendo cada vez más aspectos de salud. Los parlamentos regionales – como el Parlamento Latinoamericano, el Parlamento Andino, el Parlamento Centroamericano, el Parlamento Indígena – que aunque sus deliberaciones no sean obligatorias, mandatorias para los países, tienen una fuerza moral muy potente para impulsar y facilitar el avance de procesos legislativos en los países.

Por último, la experiencia de otras regiones, sobretodo de la Unión Europea, nos está dando algunas lecciones importantes. Por ejemplo, en noviembre del año pasado Inglaterra fue condenada a dar una solución para sus listas de espera. Este es un problema tan crónico en Inglaterra, que el Ministerio de Salud inglés produce anualmente estadísticas del tamaño y de la duración de las listas de espera. Ahora, la Corte Europea de Justicia decretó que era injusto para los ciudadanos británicos tener un tiempo en la lista de espera mayor que el promedio de la Unión Europea, y que Inglaterra tenía que dar una solución a este problema. Este fallo está forzando la exportación de pacientes británicos hacia otros países como España o Italia, que tienen capacidad para atender más rápidamente a dichos pacientes. Todavía no vemos esas cosas en las Américas pero para mí es una cuestión de tiempo que

van a empezar a ser planteadas, incluso como ejemplos o como buenas prácticas a ser adoptadas en nuestra Región.

A este propósito quiero hacer una breve referencia a la complejidad de los acuerdos de integración que se están dando en las Américas en este momento, que lleva a los que trabajamos con el sector de salud y seguridad social, a dar una atención especial a esta telaraña de negociaciones. Algunos de tales acuerdos involucran a toda la Región, como el GATT en el marco de la Organización Mundial del Comercio, o a casi toda la Región, como es el caso del ALCA, que todavía no ha incluido a Cuba en su negociación. Hay también los acuerdos subregionales en los que la mayoría de nuestros países participan simultáneamente, de cuyas agendas constan los más diversos temas incluyendo a la salud. Para darles un ejemplo, los países de la Comunidad Andina de Naciones y del MERCOSUR, en los últimos tres o cuatro años, han estado discutiendo el tema medicamentos en por lo menos siete ámbitos o mesas de negociación simultáneamente. Entonces, veamos la complejidad y la dificultad de mantener una actitud coherente en todos estos foros, para que las decisiones que sean tomadas sean después internalizadas de una manera consecuente en cada uno de los países.

Veamos un caso especial de las influencias internacionales sobre las políticas redistributivas en salud –y aquí me refiero al caso de los medicamentos. En este caso, hoy día, nosotros encontramos organizaciones de la sociedad civil a nivel internacional, como Médicos sin Fronteras, como OXFAM y otras, a nivel nacional, como los grupos que trabajan con SIDA, con iglesias, con derechos de pacientes, a nivel subnacional, así como

organizaciones locales y hogares que están presionando y muchas veces pagando de su bolsillo el gasto en medicamentos. En términos del mercado, hay laboratorios multinacionales, que tienen propuestas conflictivas con los laboratorios nacionales, con las aseguradoras y, a su vez, a nivel subnacional con las farmacias y los prestadores de servicios. Por último, los Estados están negociando en relación al TRIPS, a nivel de la OMS o de la Unión Europea; los parlamentos y las agencias reguladoras nacionales están actuando en el campo de los medicamentos – como en Argentina, donde esta semana se aprobó la ley de genéricos en respuesta a la crisis del final del año pasado que aceleró este proceso – y, por supuesto, lo que pasa con las unidades de salud y con la fiscalización a nivel local.

O sea, podríamos ir ampliando este panorama y mirar actores en los diferentes ámbitos, con diferentes tipos problemas de salud, para ver cómo es que las influencias globales pueden transferirse a los países y ser absorbidas con un impacto positivo sobre las políticas de equidad en salud.

Hay una otra dimensión que no ha tenido la misma atención de medicamentos, pero que está creciendo en nuestra Región y que se refiere al comercio internacional de servicios de salud, involucrando la telemedicina, el movimiento de pacientes, la presencia comercial de empresas extranjeras en nuestros países, y el movimiento de profesionales entre los países, sea de manera temporal o de manera permanente. Cada una de estas modalidades de comercio internacional de servicios de salud puede tener impactos favorables o desfavorables sobre las políticas de equidad en salud. Favorables en la medida en que

aumentan la capacidad de un país de prestar y ofrecer servicios; desfavorables en la medida en que el acceso no se distribuye de una manera equitativa o que la pérdida de recursos, como es el movimiento de profesionales, puede significar una disminución de la capacidad debilitada de los países de prestar servicios a sus poblaciones con base equitativa.

¿Qué es lo que podemos hacer desde el punto de vista del sector salud con respecto a estas transformaciones internacionales y su impacto en las políticas redistributivas en salud? Hay desafíos o riesgos que debemos tratar de evitar o de reducir su impacto, y oportunidades favorables que debemos aprovechar. Entonces, no creo que estamos en condición de negar estos procesos, pero de tratar de tener una actitud realista y bastante clara de cómo aprovechar oportunidades y cómo enfrentar desafíos disminuyendo riesgos.

Hay una discusión fuerte entre los expertos y negociadores de comercio internacional que tienden a ver al sector salud como barrera técnica al comercio internacional. Por eso podemos, muchas veces, tener dificultades con nuestros compañeros de los ministerios de comercio internacional y de economía, porque nosotros planteamos preocupaciones con respecto a la salud, a algunos tipos de comercio o algunas mercancías. Por otra parte, nuestros compañeros de los ministerios de economía y de comercio internacional muchas veces usan, con o sin nuestro conocimiento, motivos de salud para justificar reglas y excepciones al comercio internacional. Entonces, esta es una dimensión con la que nosotros necesitamos aprender a trabajar con nuestros contrapartes de comercio internacional, de desarrollo económico, de relaciones exteriores, de agricultura, etc. Hay

toda una acción multisectorial, para ver qué cambios internacionales afectan de una manera positiva o negativa el sector salud.

Un buen ejemplo es la creación del Subgrupo de Trabajo Once del MERCOSUR. Cinco o seis años después de la creación del MERCOSUR sus países miembros se dieron cuenta que ya habían adoptado y tenían que internalizar unas 400 resoluciones que afectaban la salud pero sin ninguna participación del sector salud. Mientras tanto, los ministerios de salud del MERCOSUR, apoyados por la OPS, seguían conversando entre sí, como si aquellas resoluciones eran responsabilidad exclusiva de los ministerios de relaciones exteriores y comercio, prácticamente ignorando la realidad del MERCOSUR. Cuando se dieron cuenta de ese error, empezaron a dedicarse seriamente al proceso y la agenda del MERCOSUR, y a consecuencia se creó el Subgrupo 11, dedicado a las negociaciones del MERCOSUR relativas a la salud.

Se necesita fortalecer mucho la capacidad regulatoria nacional y armonizar su legislación a nivel internacional, para que las transformaciones internacionales sean mejor absorbidas en nuestros países. Se necesita producir datos e investigación sobre este problema, algo que no ha recibido la debida atención, si lo comparamos con otros sectores de nuestros propios países que han venido analizando sistemáticamente el impacto de las transformaciones internacionales sobre los respectivos ámbitos de trabajo.

¿En que puede la OPS ayudar con sus modestos recursos en este proceso? La OPS está celebrando 100 años este año y su creación fue una respuesta a un problema detectado a

comienzo del siglo pasado, cuando la malaria y la fiebre amarilla, constituían una barrera al comercio internacional. En este sentido, la creación de la OPS fue una demanda que se hizo al sector salud para favorecer el comercio internacional. Entonces, de alguna forma, nosotros estuvimos desde el comienzo, conscientes o no, trabajando en los temas de salud y comercio. Por otra parte, estamos tratando de promover la idea de que la salud es un socio del desarrollo. Al contrario de la vieja pelea contra los ministerios de economía, para quienes los gastos en salud eran un despilfarro de recursos, debemos demostrar que la inversión en salud es positiva para el desarrollo, porque favorece el retorno a las inversiones en educación y en otros sectores, en productividad de la fuerza laboral, en capital social, etc.

Los temas de equidad y panamericanismo son dos prioridades muy importantes para la acción de la Organización y todos sus programas, en general, tienen que dar algún tipo de respuesta a estas dos dimensiones desde sus perspectivas de trabajo. Para abordar estas dimensiones internacionales, estamos trabajando con información y análisis pertinentes y recientemente publicamos un libro sobre comercio internacional de servicios de salud, solo para dar un ejemplo de las publicaciones que están saliendo en este campo.

Estamos haciendo abogacía política, tanto apoyando las negociaciones de acuerdos de comercio internacional, como promoviendo la participación del sector salud en las reuniones de otros organismos, para que estos incluyan en sus agendas las prioridades y las preocupaciones del sector salud en temas específicos, como medicamentos, exportación de profesionales, alimentos, ambiente, etc. Estamos haciendo esfuerzos de capacitación y de coordinación interagencial, trabajando no sólo con agencias como el Banco Interamericano,

el Banco Mundial, la OEA, que trabajan en el ámbito de las Américas, pero también con nuevos socios que tienen contrapartes de salud que podrían estar aquí hoy sentados con nosotros participando de esta discusión, por ejemplo como la UNCTAD - la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, que miran las cuestiones de comercio desde la perspectiva de los países en desarrollo - y la misma Organización Mundial de Comercio que trata, además de TRIPS, del Acuerdo de Protección Sanitaria y Fitosanitaria, el Acuerdo de Comercio Internacional de Servicios, incluyendo salud.

Para clausurar estas ideas sobre las transformaciones internacionales que afectan, positiva o negativamente, las políticas de equidad en salud, la propuesta que estamos trayendo a la consideración de ustedes, es que: (1) debemos conocer estas transformaciones y analizar su impacto sobre la salud en nuestros países; (2) debemos tratar de aprovechar las influencias positivas, favorables que estas transformaciones pueden ofrecer a la equidad en salud en nuestros países; (3) debemos tratar de proteger nuestras sociedades contra las influencias negativas, los riesgos para la equidad en salud que estas transformaciones internacionales tienen; y por último, (4) debemos traducir los hallazgos de los factores favorables a ser estimulados y los factores negativos a ser combatidos, en nuestro trabajo de regulación y de desarrollo de la legislación del sector salud.