

Políticas de salud en las Américas

Pedro Brito¹

He planteado esta ponencia como la relación entre la globalización y las políticas de salud en las Américas, teniendo en cuenta que la globalización opone serias restricciones, pues adelgaza las posibilidades de que los Estados nación definan de manera autónoma y ejecuten de manera efectiva las políticas públicas; es decir, restringiendo las posibilidades de la democracia y debilitando el Estado nación. Entonces, en este contexto de globalización, ¿cómo podríamos superar la crisis de gobernabilidad y cómo podríamos —en el marco de esas restricciones de la democracia y del Estado de derecho— enfrentar la necesaria construcción o reconstrucción de sistemas de salud equitativos y solidarios que garanticen el derecho de salud? Es lo que pretendo explorar a través del análisis de cinco problemas.

En la teoría de la política pública, las políticas públicas se fraguan, se definen, en un campo de tensiones donde confluyen —y muchas veces entran en conflicto—, por un lado, ideas, principios y valores (el derecho a la salud entre ellos); por otro lado, los intereses con los que actúan esos diversos actores; y en tercer lugar, la información y el conocimiento al servicio de todos los actores en conflicto. En este campo de fuerzas es donde se posicionan los actores; y el actor más importante en lo que tiene que ver con las políticas públicas es el actor estatal. Es muy importante tener en cuenta desde dónde se definen los actores y cómo se posicionan en relación con esos tres elementos claves de la definición de las políticas públicas.

Las políticas públicas no son solamente decisiones que implican el ejercicio del poder de algunos de los tipos de poder: político, económico, ideológico o simbólico, sino que también implican la movilización, la utilización y la puesta en práctica de organizaciones y de instituciones que afectan de manera positiva o de manera negativa la vida y la salud en la sociedad. Aquí es importante tener en cuenta, si esto es así, los criterios para evaluar las políticas públicas, y estos tienen que ver nuevamente con el derecho a la salud, con la equidad, con la calidad de la vida que se logra construir o conseguir con estas políticas públicas si se solucionan los problemas de salud: cuáles son los resultados sanitarios que en última instancia se obtienen.

Voy a tratar de explorar esta difícil relación entre globalización y políticas públicas, en el marco del Estado que tene-

mos en América latina; un Estado de bienestar incompleto, un Estado precario que desde hace muchísimo tiempo no garantiza en la mayoría de casos a los ciudadanos el derecho a la salud. Me referiré a la reforma del sector salud, la reforma de los años noventa, sobre todo; también a la salud pública y a la respuesta a los nuevos riesgos actualmente; al caso del comercio y la salud, particularmente lo que pasa con la Organización Mundial del Comercio; igualmente, algo sobre los objetivos del milenio, como una expresión, como un indicador de lo que está ocurriendo con la comunidad internacional; y, finalmente, al tema del desarrollo y los recursos humanos, que me parece sumamente importante en la medida en que se lo ha dejado de lado de manera sistemática en los últimos años en los procesos de reforma y en la medida en que este es un congreso organizado por una institución universitaria.

La reforma del sector salud

En relación a las reformas sectoriales de salud, todos sabemos que desde hace mucho tiempo hay cambios más o menos profundos en los sistemas de salud, que se han denominado o no como reformas. Sabemos también que organismos internacionales como la OMS/OPS han tenido influencia sobre todo en lo que tiene que ver con la promoción de valores, derechos y elementos simbólicos, que ha tenido importancia particularmente en los principios de la década de los setentas, con las políticas de extensión de cobertura y, fundamentalmente, a partir del año 1977 y 1978, con Salud para Todos y Alma Ata. Pero todo eso, que empezaba a configurar lo que podría haber sido una superación de las restricciones y las debilidades del Estado de bienestar en nuestros países y de los sistemas de salud precarios que se construyeron, todo eso se vino abajo cuando llegaron los procesos de reforma. ¿Y qué es lo nuevo de estos procesos de reforma en el marco de la globalización?

Lo nuevo —y aquí ya se ha dicho ya— es la hegemonía de un pensamiento único que llamamos neoliberal y que tiene su expresión más clara en esa estrategia global que se llamó el Consenso de Washington, que era un conjunto de recomendaciones para que los países fueran más competitivos en el escenario global y tuvieran la estabilidad económica que se buscaba, pero que implicaron fundamentalmente cambios

¹ Gerente del área de desarrollo estratégico de la Organización Panamericana de la Salud. Cibercorreo: britoped@paho.org

muy profundos en el rol del Estado, sobre todo, disminuyendo la responsabilidad social, y que en última instancia impusieron lo que ese curioso personaje llamado George Soros denomina *fundamentalismo de mercado*.

Esto trajo una redefinición del poder en la escena internacional. Claramente se definió una hegemonía de las instituciones de financiamiento y hubo un desplazamiento de instituciones de cooperación técnica. En ese momento, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud no pudo definir una alternativa clara, y si bien levantó la bandera de la equidad, no tuvo la fuerza suficiente para oponerse de manera programática y consistente a los procesos y a los proyectos de desarrollo institucional o de inversión que se daban en los países. Allí, las políticas se empezaron a definir en última instancia fuera de los mecanismos multilaterales, a diferencia de lo que ocurrió con Alma Ata, o lo que ocurrió con la estrategia de extensión de coberturas. Los procesos de reforma sectorial en salud se definen en el marco del Consenso en Washington, que no tiene que ver con los mecanismos multilaterales, como, por ejemplo, los mecanismos de Naciones Unidas.

Hubo una movilización masiva de recursos como nunca antes se vio para la redefinición de las estructuras y las orientaciones, fundamentalmente en términos de financiamiento y descentralización de los sistemas, en un contexto que se caracterizó con el periodo inmediatamente posterior a la Guerra Fria, a la caída del muro de Berlín, por una unipolaridad; y en América latina, por el retorno de la democracia que tanto costó en la mayoría de nuestros países, pero que en última instancia se fue definiendo como una democracia restringida o como una democracia de baja intensidad, con tremendas dificultades por las expresiones económicas, por un lado, y por los crecientes reclamos de la sociedad, que había visto postergadas desde hacía mucho tiempo sus aspiraciones de satisfacer sus derechos.

El paradigma fundamental de la política social en los países capitalistas en la segunda mitad del siglo XX, que fue la base de los Estados de bienestar, lo constituía la idea de que el Estado cumple un rol muy importante en asegurar, tanto justicia social como crecimiento económico, y de que a través de sus funciones se logra una modulación entre objetivos trascendentes como equidad y eficiencia, tratando tanto de proteger a las familias, como de regular el mercado.

Todo eso cambió con la llegada del Consenso de Washington y sus políticas. Las reformas del sector salud se dieron en el marco de reformas mucho más amplias, que fueron reformas económicas y reformas del Estado. En las reformas del Estado que tuvieron una contraparte muy importante en términos de reforma en la administración pública se definió claramente el rol subsidiario del Estado en lo social, la disminución de su intervención en la protección de los derechos y de los programas sociales, y se impuso un nuevo paradig-

ma de política social, que se caracterizaba por la separación de funciones.

En la mayoría de nuestros países, el Estado era quien al mismo tiempo financiaba, prestaba los servicios y regulaba cuando se trataba de separar las funciones como una estrategia de abrir mercados en el «negocio» de la atención a la salud. Se impulsó la descentralización, que en muchos países fue un proceso muy bienvenido dado el extremo centralismo que históricamente ha primado en nuestros países. Desde el punto de vista de la ejecución de las acciones del Estado y de gobierno, los proyectos sustituyeron a los programas. Lo grave es que los objetivos de los proyectos de inversión financiados por los organismos de financiamiento internacional sustituyeron también las políticas de salud. Se promovieron la privatización, la cofinanciación, los copagos. Se estableció un modelo de subsidio a la demanda. Como ya se ha dicho también, la focalización fue uno de los ejes de la política pública, y se expresaba también en la definición de paquetes mínimos para poblaciones de menores ingresos y para los pobres, en un marco de ajuste estructural, de ajuste fiscal. Es importante considerar aquí que en las primeras fases de las reformas se disminuyó, se achicó tremendamente, la fuerza laboral pública y ese fue un fenómeno que pasó también rápido y que en el caso del sector salud ni siquiera lo pudimos ilustrar.

Se vio claramente en la mayoría de los programas en los ministerios de salud la promoción de un enfoque gerencialista, en donde los criterios de la gestión privada empezaron a sustituir los criterios de la gestión pública, en el supuesto de que inherentemente la cosa pública es gobernada sobre bases de ineficiencia y, en última instancia, empezó a primar lo económico y lo administrativo sobre las decisiones de política pública. Por supuesto que hubo otras reformas que uno tiene que ver también en la medida en que afectaron las reformas de salud, como la educación y el empleo, que tiene que ver fundamentalmente con el deterioro de los sistemas de protección social y de seguridad social. Sin embargo, hay algunos logros que se pueden ubicar en el haber de estos procesos.

En algunos de los países se recuperó la infraestructura de los servicios, lo que no siempre significó la recuperación o la expansión de la cobertura de atención; se mejoraron los indicadores promedio, se siguió una tendencia de mejoramiento de los promedios que esconden inequidades en los países, se ganó experiencia en la descentralización, se modernizó la gestión en algunas áreas ganando en eficiencia y gestión financiera de los programas y servicios, se crearon algunas entidades reguladoras y de control —que en algunos países fueron notoriamente insuficientes para poder regular los mercados—, se crearon seguros para algunos grupos prioritarios en el marco del mantenimiento de patrones de sistemas segmentados y fragmentados, y se formaron masivamente gerentes que en el marco de la inestabilidad laboral

se perdieron lamentablemente. Lo que ocurrió, entonces, fue que el Consenso de Washington trajo mayor precarización en el Estado de bienestar aún insuficiente —que en muchos de nuestros países se había logrado construir—, afectando, como resultado, la justicia social y la equidad y se definió la crisis de un régimen de protección social que se basaba en el contrato de trabajo, en economías que más y más eran economías informales donde este sistema era un sistema segmentado, con bajas coberturas y tremendamente influyente; y eso se reflejó en el agravamiento de una serie de problemas sociales, como el alto desempleo, la flexibilidad laboral, la precariedad del empleo, el mantenimiento de bajos salarios, el incremento de la informalidad económica y, en el empleo, baja cobertura de servicios, inquietudes y exclusión y segmentación social con fragmentación institucional.

El informe del año 2004 de la Cepal muestra el panorama social de la última década (figura 1), que se caracteriza por el mantenimiento de altas tasas de desempleo y en el que las tasas de desocupación son extremadamente fluctuantes, y donde la informalidad es la base de lo que se podemos llamar estructura del empleo en América latina: el 48% de los em-

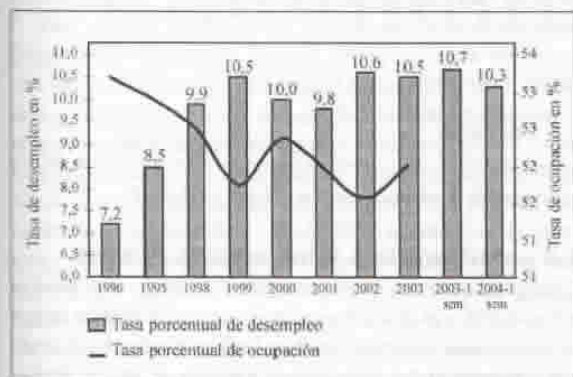
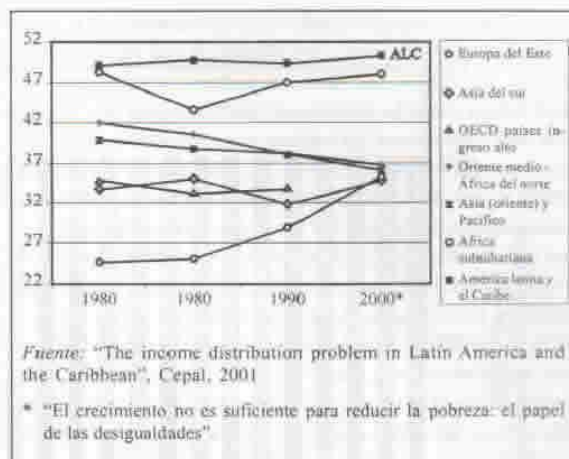


Figura 1. Evolución del desempleo en América latina (1990-2004)

pleos que vienen de la última década se generaron en el sector servicios de la informalidad.

En la figura 2, la línea superior corresponde a América latina, con lo cual se muestra que es la región del globo más desigual, más inequitativa en términos de la distribución del ingreso, situación que se ha mantenido a lo largo de la década. De la misma manera, la pobreza y la indigencia no han mejorado, se han mantenido a lo largo de la década y, en el sector salud, lo que ha ocurrido es la consolidación en un incremento de lo que llamamos la exclusión en salud, que es en última instancia la negación del derecho a la salud.

De una población de un poco más de 500 millones de habitantes en América latina y el Caribe, el 27% de la población carece de acceso permanente a servicios básicos; el 46% de la población no cuenta con un seguro público o privado de



Fuente: "The income distribution problem in Latin America and the Caribbean", Cepal, 2001
* "El crecimiento no es suficiente para reducir la pobreza: el papel de las desigualdades"

Figura 2. Coeficiente de Gini por región por década

salud; y cabe señalar que tener un seguro no necesariamente significa tener acceso a los servicios porque muchas veces es necesario el copago o superar una serie de barreras que se dan en muchos de nuestros sistemas. En Estados Unidos —para salir un poco de América latina y el Caribe—, 43 millones de personas carecen de protección en salud; el 17% de los nacimientos en nuestra región aún son atendidos por personal que no está capacitado, personal no calificado. Buscar la atención calificada del parto ha sido una de las políticas más consistentes a lo largo de mucho tiempo en la mayoría de nuestros países, al igual que la inmunización: 82 millones de niños no completan su esquema de vacunación. En algunos países se deterioraron las coberturas de inmunización como consecuencia del deterioro de la infraestructura y de la capacidad en salud pública como responsabilidad estatal.

En lo que tiene que ver con saneamiento básico, 152 millones de personas no tienen acceso a agua potable y en términos de acceso, por razones económicas, 120 millones están por fuera de la protección social en salud y, por razones geográficas, 107 millones. Estos datos son producto de los estudios que hemos estado haciendo en los últimos cinco años en el programa de extensión de la protección social en salud.

La figura 3 muestra la privatización, y lo que se privatiza aquí es el gasto en salud. Muchos de los países tienen un predominio privado del gasto, donde aproximadamente el 45% es gasto de bolsillo, es decir, gasto de las familias que tienen que desembolsar en desmedro de otras necesidades básicas. Stiglitz —que estuvo en los dos lados del mostrador—, en muy poco tiempo hace un balance de lo que fueron estas políticas públicas. Las reformas, dice, aumentaron la exposición de los países al riesgo sin aumentar su capacidad para enfrentar ese riesgo, es decir, se debilitaron las economías y las sociedades. Las reformas no fueron equilibradas; asignaron más importancia a la lucha contra la inflación y no atendieron la lucha contra el desempleo, la

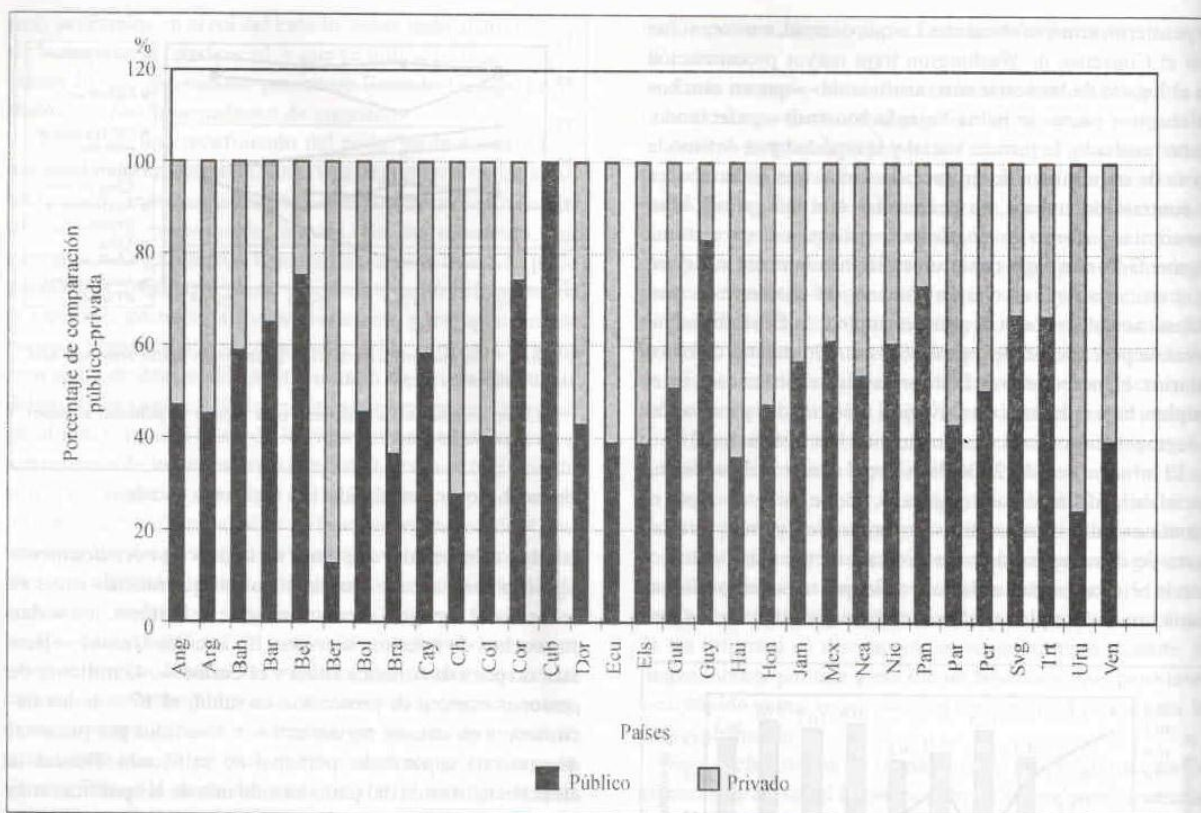


Figura 3. Gasto nacional en salud, mezcla público-privada (composición porcentual), América latina y el Caribe, 1998-2000

pobreza y la promoción del crecimiento; se impulsó la privatización y el sector privado y muy poca importancia se dio a mejorar el sector público y entonces ese paradigma de un equilibrio entre mercado y sociedad a través del estado se deterioró.

Al final, tenemos un tremendo desafío para las políticas públicas de salud que es reconstruir o construir sistemas de salud que garanticen a todos los ciudadanos el derecho a la salud, que contribuyan a eliminar las desigualdades en el acceso a los servicios y a garantizar servicios de calidad y una atención integral, que en última instancia satisfagan las necesidades y demandas de salud en la población, eliminando las barreras económicas en el financiamiento e incrementado la gobernabilidad del sector salud, es decir, la posibilidad de que el Estado pueda definir y poner en práctica políticas efectivas que favorezcan a la población. En última instancia también implica recuperar la salud pública y los recursos humanos, que junto con las políticas de medicamentos fueron las cenicientas de los procesos de reforma.

Esto sería lo que corresponde a un análisis crítico de los procesos de reforma, de lo que creo que podemos aprender muchísimo en este análisis en el marco de la descentralización.

La salud pública y los nuevos riesgos

La segunda ventana que se nos abre es la de la salud pública y los nuevos riesgos. En este caso empiezo diciendo lo que acabo de mencionar: que se abandonó la salud pública como responsabilidad del Estado en la mayoría de países. Probablemente los dedos de las manos sobran para señalar aquellos pocos países que mantuvieron y fortalecieron la salud pública. Se desfinanció la salud pública y se agravó una situación que ya venía desde atrás: el deterioro de coberturas —por ejemplo en inmunización—, la crisis de algunos programas prioritarios como tuberculosis o malaria, el deterioro de la competencia del personal que se dedica a la salud pública y el deterioro de infraestructuras.

La globalización, entre otras cosas, implica serios efectos sobre los determinantes sociales y ambientales, como consecuencia de los cambios y de las asimetrías que promueve en las economías y las sociedades; pero, al mismo tiempo también, genera riesgos específicos por la globalización de diversos mercados industriales. Podemos decir que, desde el punto de vista de los determinantes sociales y ambientales, en la globalización se perpetúa o se exagera la diferencia de ingreso entre países, reproduciendo condiciones para aumento de la pobreza. De la misma manera ha ocurrido la frag-

mentación y precarización de los mercados laborales, lo que es un fenómeno global; y se flexibilizan las relaciones de trabajo y se deterioran las condiciones laborales de los trabajadores. De la misma manera, en la globalización hay consecuencias serias sobre los cambios ambientales globales. Por mucho que algunos gobiernos nieguen el impacto ambiental del desgobierno de la industria, hechos como la temporada de huracanes que hemos tenido en el Caribe y en Norteamérica —que ha sido terrible este año— ratifican lo anterior.

En fin, existe un conjunto de problemas como consecuencia de esta desorganizada y desregulada industrialización y transferencia de industrias y de infraestructura económica, lo mismo que los causados por el consumo. Por el tema del tabaco, por excesos alimentarios, por consecuencia del incremento del parque automotor, podemos ver la diseminación de enfermedades infecciosas y el deterioro de la salud mental de la población.

Entre el año 2001 y el 2003, en la Organización hicimos una especie de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, como un indicador de lo que era la responsabilidad del Estado en lo que hace a salud pública.

Hay algunas funciones que tuvieron un mejor desempeño —como por ejemplo la función once, que es la que tiene que ver con reducción del impacto de emergencias y desastres—. Eso tiene que ver con que hay muchos países nuestros que están sometidos de manera cíclica a desastres y que han desarrollado una capacidad de respuesta que beneficia al conjunto. La función de vigilancia en salud pública y el monitoreo y evaluación y el análisis de la situación de salud están entre las que tienen un mejor desempeño. Pero hay algunas que tienen notoriamente un desempeño muy bajo, como la de la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (función número nueve); la ocho (desarrollo y la formación de los recursos humanos en salud pública), que compromete a nuestras facultades y escuelas de salud pública, así como a las políticas de mantenimiento de la competencia del personal de nuestros ministerios de seguridad social; y la función diez, de investigación en salud pública, que —como sabemos desde hace tiempo— es un área bastante deteriorada.

Creo que ahí tenemos una especie de foto, como para empezar un plan de desarrollo de fortalecimiento de la salud pública. Pensamos que las últimas crisis, las últimas epidemias, o las últimas situaciones nos ofrecen también una oportunidad; y la oportunidad la aprovechó Canadá, que, como consecuencia del SARS y sin que signifique que ese país no tuviera un sistema ni una infraestructura de Salud Pública, claramente el SARS lo sometió a un desafío que no pudo superar, y en este momento la Agencia Canadiense de Salud Pública está capitalizando lo mejor que existe en el mundo.

Creo que también se puede aprovechar la sensibilización que en el mundo se está dando por la lucha contra el sida,

desde la sociedad civil y la movilización popular, por el acceso al tratamiento, por la garantía del acceso a los retrovirales, lo que está creando verdaderamente una revolución en este campo. Hay disponibilidad de recursos, el fondo global tiene muchísimos recursos, que pueden ser accesibles sobre todo para los países más pobres, y se han dado en los últimos tiempos acciones colectivas entre países, de manera que se pudieran negociar mejores precios y acceder a mejores precios y posiciones, como en los casos de Suráfrica y Brasil, que han logrado mejores condiciones de precios de antirretrovirales.

Creo que lo que estamos viviendo actualmente, en términos de los preparativos para una eventual pandemia de gripe aviar y también con todas las dudas que puede haber, nos puede dar una oportunidad. A escala mundial se está definiendo una intencionalidad colectiva por fortalecer aquello que tradicionalmente ha sido de bajo desarrollo en nuestros sistemas, que es la capacidad de previsión, la prevención. Se están movilizando recursos e, incluso, hay presión a las transnacionales utilizando los argumentos de la ronda de Doha para poder acceder en el momento en que se necesite.

El comercio y la salud

La tercera ventana que abrimos tiene que ver con el comercio y la salud. Claramente se está aquí ante una tensión: el conflicto entre salud como derecho y salud como mercancía. Ese es el dilema que se está definiendo desde los países, sobre todo desde los países en vía de desarrollo, en el ámbito de la Organización Mundial del Comercio. Los sistemas de salud son una construcción compleja: tienen una dimensión política, una dimensión de protección social y una dimensión ética, pero también tienen una dimensión industrial. Ahí se definen, se ejecutan y se producen bienes y servicios; y eso es lo que está en discusión en la Organización Mundial del Comercio.

En la tabla 1 se pueden ver algunos impactos directos o indirectos sobre la salud, que se están debatiendo en el ámbito de la esta organización. Hay allí seis acuerdos, además de otro que comentaré en seguida: el acuerdo sobre comercio relacionado con los derechos de propiedad intelectual (TRIPS), sobre medidas sanitarias y fitosanitarias, sobre barreras técnicas al comercio, sobre el comercio relacionado con inversiones, sobre compras por los gobiernos y sobre agricultura. Y hay un conjunto de elementos de impacto —unos positivos y otros negativos— que se están discutiendo. Sin embargo, tal vez lo que llama la atención directamente es el debate que se está dando sobre el acuerdo general de comercio de servicios en el ámbito de la OMC, según la cual hay cuatro dimensiones de comercio de servicios: prestación de servicios a través de fronteras, movimiento de pacientes, presencia general de prestadores extranjeros y migración de profesionales, y el tema de la migración se está convirtiendo, en el campo de los recursos humanos, en uno de los principales problemas en este ámbito de la globalización.

Tabla 1. Impactos sobre Salud derivados de la pérdida de espacios regulatorios nacionales

<i>Acuerdo</i>	
Comercio relacionado con derechos de propiedad intelectual	Extiende protección de derechos de patente, limita capacidad de gobiernos para proveer medicamentos esenciales a precios accesibles. Mayor costo de drogas. Ej. Acceso a ARV
Sobre medidas sanitarias y fitosanitarias	Requiere eval. Científica de riesgo aún cuando bienes foráneos no son tratados diferente de bienes domésticos. Eval. Costosas e imperfecta para muchos riesgos potenciales. Ej. Uso hormonas en industria carne
Sobre barreras técnicas al comercio	Cualquier barrera a libre flujo de bienes sea "lo menos restrictiva posible". Única disputa en la OMC donde Salud es la excepción. Ej. Importación de asbestos
Sobre comercio relacionado con inversiones	Limita capacidad de países para orientar inversiones dónde podría ser de mayor beneficio para la economía doméstica y la equidad en el empleo, ambas de potencial beneficio para la Salud
Sobre compras por gobiernos	Limita capacidad de gobiernos para dar prioridad a bienes nacionales, contratos y proveedores nacionales, o compra de bienes a compañías locales, lo que promovería empleo y desarrollo. Es por ahora opcional
Sobre agricultura	Subsidios existentes de USA, UE, Japón y Canadá deprimen los precios mundiales y privan a países en desarrollo de miles de millones de dólares en ingresos que podrían invertirse en Salud

Los objetivos del milenio

La cuarta ventana, la penúltima, tiene que ver con los objetivos de desarrollo del milenio, que fueron suscritos por 180 países en septiembre del año 2000, y que en realidad significan por primera vez una intención colectiva para reducir la pobreza con base en responsabilidades mutuas. Este es un constructo que se da en este mundo globalizado, que puede tener implicaciones y posibilidades muy positivas y que puede servir de paraguas y de *back up* para las políticas públicas en nuestros países. Estos objetivos de desarrollo del milenio por primera vez muestran una visión consensuada del desarrollo que combina un consenso político mundial con un claro enfoque y una voluntad de compromiso. Ustedes han visto cómo el potencial que pueden tener los objetivos del milenio para el desarrollo de políticas equitativas protectoras del derecho hizo que hubiera una tensión muy grande y que esta posibilidad estuviera a punto de ser abortada en la cumbre de Naciones Unidas en septiembre del 2005.

Son ocho los objetivos del milenio, de los cuales hay tres directamente relacionados con salud—lo que nunca se había visto en la historia de las relaciones internacionales—, que son los objetivos cuatro, cinco y seis. Quisiera llamar la atención sobre el punto ocho, que tal vez es la piedra de toque, donde está el nudo gordiano y la tensión más importante entre los países ricos y los pobres, sobre todo en relación con la potencia hegemónica y los países en desarrollo. Lo que este plantea es una redefinición de las relaciones internacionales, de manera que se pueda fomentar

una asociación mundial de desarrollo. En este sentido, el acuerdo que se alcanzó en Monterrey, de que los países desarrollados dispongan de un 0,7% de su producto bruto interno para ayuda al desarrollo, a la lucha contra la pobreza, está recibiendo el compromiso por parte de unos y la reticencia por parte de otros.

En nuestra región se avanzó con la Declaración de Brasilia en noviembre del 2003, con que se fomentó el consenso político en torno a la puesta en práctica de los objetivos del milenio, asumiendo que podría ser un marco en el cual se pudieran impulsar políticas públicas. En resumen, los objetivos han logrado poner el tema de la inversión de la salud de la población en el centro del programa de desarrollo mundial. Estos brindan nuevas oportunidades que tenemos que aprovechar, sin embargo, el avance es lento, como sabemos todos, y existe un sentido de urgencia: el 2005 ya es la tercera parte del camino y tenemos que intensificar esfuerzos colectivos, pero también, si seguimos haciendo más de lo mismo, es probable que no lleguemos; y hay que ayudar, tiene que haber solidaridad entre países para poder avanzar, porque los objetivos del milenio no son una iniciativa más, sino que pueden convertirse en un indicador del desempeño social de todos nuestros países.

La siguiente es una lista de estrategias para lograr los objetivos de desarrollo del milenio, que pasan por la apropiación por parte de los propios Estados, los propios gobiernos y la sociedad hacia el desarrollo de la capacidad nacional.

- Aumento de los conocimientos acerca de las prioridades de salud fijadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la inversión que requieren
- Colaboración y coherencia política entre actores
- Apropiación de los ODM por países y entidades de cooperación
- Implantación y fortalecimiento de regulación y control social
- Fortalecimiento de las capacidades nacionales
- Institucionalización de las funciones de rectoría
- Mejora de la medición – datos desagregados y de calidad
- Apoyo directo y subsidios a las comunidades menos privilegiadas

Desarrollo y recursos humanos

Para terminar, quisiera hablar de la última ventana, lo relacionado con los recursos humanos en el marco de la globalización. Como decía antes, también se excluyeron los recursos humanos en la reforma de los noventa, se generaron nuevos problemas derivados fundamentalmente del nuevo régimen regulatorio, se consideró que se había agotado el régimen fordista y que se pasaba a un nuevo régimen, el régimen flexible, que tiene que ver con las características de abaratamiento de la fuerza de trabajo por parte de los países pobres para atraer inversión y se desmontó todo un sistema de protección social. Lo importante que hay que decir aquí es que ese argumento fue probado en los países de la OCDE y que se mostró que es un argumento falaz.

Entonces, tenemos en la agenda de recursos humanos en salud viejos problemas no resueltos; seguimos teniendo concentración de profesionales en las grandes ciudades y déficit en los lugares más avanzados. Tenemos una estructura extremadamente profesionalizante y tenemos la persistencia de un desfase entre la formación de recursos humanos y lo que se requiere en términos de necesidades de salud de la población y de los servicios, a lo cual se agregan otros problemas derivados de la propia reforma de los sistemas de flexibilización, como el del gerencialismo y su impacto en la globalización. Una novedad es que hasta hace muy poco los recursos humanos estaban excluidos de las agendas y ahora tienen una creciente prioridad. El campo de los recursos humanos se define, en última instancia, entre la educación y el trabajo: hay un momento social de la educación y un momento social del trabajo.

Como decía, tenemos problemas que tienen que ver con la estructura, con la distribución de la fuerza del trabajo y con la composición fundamentalmente femenina de esta; estos son viejos problemas que tenemos que resolver de una vez por todas. Pero existen otro tipo de problemas, como la necesidad de desprecariar el trabajo, la reconstrucción de las carreras públicas y las relaciones laborales, para tener efectivamente un trabajo digno, como lo plantea la OIT, además de la mejora de la calidad de la vida laboral, las migraciones

internacionales y la transformación de la gestión laboral, sobre todo en las propias instituciones de servicios de salud.

En el ámbito de la educación en ese momento social de la formación del personal, creo que es importante el cambio de modelo del pensamiento y de conocimiento. No podemos seguir con la idea de que el ser humano es una máquina y de que todo obedece a una lógica biológica, cuando creo que ya se ha argumentado suficientemente y se ha visto cómo existe una complejidad de factores que confluyen en la definición de la vida y la salud. Es importante el cambio de modelo educativo, que tiene que estar relacionado con la situación de salud pero también con la atención de los servicios y con las condiciones laborales, con los mercados de trabajo, el mantenimiento de la competencia del personal a través de la educación permanente y la regulación para la calidad. Si hay un fantasma que recorre los sistemas de formación de recursos humanos en América latina es el de la privatización de los programas de pregrado y posgrado, sin regulación.

Los trabajadores no son una casualidad de los sistemas de salud; son su parte más importante; sin trabajadores de salud, no existen sistemas de salud. Ni la tecnología, ni el capital se pueden realizar en el cuidado de la salud y en la recuperación de la salud de la gente si no existe personal calificado, motivado, competente, que utilice de manera adecuada, creativa y responsable ese conocimiento y esa tecnología. Se está abriendo, pues, un nuevo ciclo para los recursos humanos. Cada vez los países son conscientes y están demandando la solución de problemas, se están definiendo agendas, se están formulando políticas, se están definiendo las estructuras para la gestión de recursos humanos y se están enfrentando los problemas de emigración.

En el ámbito internacional están ocurriendo hechos muy interesantes. Por primera vez en la historia, el Día Mundial de la Salud del año entrante estará dedicado a resaltar la contribución de los trabajadores de la salud. El informe mundial de la salud también estará dedicado a los recursos humanos. La reunión de ministros de salud del 2005, que se realizó en Mar del Plata como preparación de la cumbre de jefes de Estado, que tenía que ver no solamente con el ALCA, sino que planteaba resaltar la importancia del empleo en un contexto de gobernabilidad democrática, tiene que ver con resaltar la importancia de los trabajadores.

Fundaciones como la Gates y la Rockefeller han puesto recursos para actualizar, por un lado, las propuestas que tienen que ver con recursos humanos y, por otro, para fortalecer la infraestructura y la movilización de trabajadores en programas prioritarios relacionados con los objetivos del milenio. Hay otras iniciativas que también están planteando: por primera vez el fondo global contra la malaria, el sida y la tuberculosis está planteando la posibilidad de que los recursos se orienten al fortalecimiento de los sistemas de salud y de los recursos humanos. ¿Cuales serían en nuestra región las razones de una nueva prioridad? Primeró, por el fracaso

de las reformas de mercado de los años noventas; porque han persistido y en algunos casos se han ampliado los problemas de equidad, cobertura y calidad; porque hay urgentes desafíos para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y han faltado políticas e inversión.

El problema más importante que está enfrentando, por ejemplo, el gobierno del Presidente Tabaré Vázquez en Uruguay es que en los últimos diez años se congeló la plantilla y no hubo una inversión en desarrollo de los recursos humanos en el sistema público. Las reformas estatales en la administración pública, con el achicamiento del personal, también generaron una seria dificultad que tiene que ser resuelta.

En general, hay dos puntos que quisiera resaltar como paradigmáticos de esta situación en el marco de la globalización: uno es la migración de los trabajadores. Hay una reemergencia de la cuestión migratoria que fue importante hace algunas décadas, pero que ahora tiene otro padrón. El 48% son migrantes mujeres y, fundamentalmente en América latina, quienes se están yendo son las enfermeras del Caribe: hacia el Reino Unido, hacia Estados Unidos y, en menor medida, hacia Canadá. Pero también como consecuencia de las crisis económicas y del deterioro de los sistemas de salud, ha habido expulsión de trabajadores de la salud, profesionales de las diferentes categorías, hacia España e Italia. De Argentina se fue durante la crisis mucha gente a trabajar a Italia y a otros países de América latina, como México y Chile. Por otra parte, hay una cuestión económica importantísima en este momento en la discusión con las migraciones: por un lado, se pierde la inversión que los países hicieron en la formación de su capital humano y, así, se deteriora la capacidad de los sistemas, pero, por otro lado, hay toda una discusión sobre la importancia que tienen cada vez más en las economías nacionales las remesas que los emigrantes envían a sus lugares de origen.

Hay un impacto negativo sobre los sistemas de salud, que se está manifestando como una situación perversa, que es la intermediación de entidades privadas de reclutamiento. El tema de la flexibilidad y la precariedad laboral es una tendencia creciente en América latina y el Caribe; afecta tanto al sector público como al privado, y de lo que se trata es del desmonte de los mecanismos de protección laboral. Por un

lado, los derechos colectivos del trabajo en las relaciones individuales y en las relaciones colectivas. Fundamentalmente lo que se está viendo es la sustitución progresiva de los contratos de trabajo de duración larga o indefinida por contratos de duración más corta, pero, además, contratos desprotegidos, precarios, sin protección de los derechos laborales. Un ejemplo —que no es únicamente privativo del caso que voy a señalar— es el de Brasil, donde ha sido señalado con claridad por la Comisión Nacional de Secretarios Municipales de Salud: el principal problema del programa de salud de la familia en Brasil es la existencia de más de 20 modalidades flexibles, precarias, de trabajo que afectan aproximadamente al 70 u 80% del personal que trabaja en ese programa. Los proyectos de recuperación de cobertura que se dieron en muchos países en el marco de los proyectos del Banco Mundial implicaron el empleo de trabajadores en estas condiciones.

Por último, quisiera resaltar en este análisis de las políticas públicas y de los procesos políticos que tienen que ver con la definición de políticas públicas y la construcción de sistemas de protección social y de sistemas de salud, la importancia de recordar que en aquellos países, en aquellas experiencias donde se construyeron sistemas de protección social, sistemas de salud sostenibles y validados o valorados por su población, hubo un marco de procesos políticos amplios, participativos, democráticos, de movilización masiva, que configuraron pactos sociales, acuerdos nacionales y cambios políticos importantes que pudieron fundamentar el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad. Así fueron los casos del Reino Unido al final de la década de los cuarentas, Chile en el año 1952 —que no pudo ser destruido por la dictadura y sus políticas neoliberales—, Cuba después de la revolución; incluso, las políticas de Medicare y Medicaid del Lyndon B. Johnson en Estados Unidos, y las de Costa Rica y Canadá en los setentas y Brasil en los ochentas. Hay una variable que es difícil de cuantificar: ¿en qué medida los ciudadanos cuidan y valoran su sistema de salud y le tiene afecto y cariño, defendiéndolo en última instancia? Creo que en muchos de estos países se da esa situación, a la cual creo que deberíamos aspirar todos.

Muchas gracias.