

RELATORIA

XIII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE MINISTRAS Y MINISTROS DE SALUD

“HACIA UN ESTADO QUE GARANTICE EL DERECHO A LA SALUD”

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Edgar Giménez Caballero
Vice Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Eco. Rubén Gaete
Asesor Técnico de Gabinete

Lic. Enrique Gracia de Zúñiga
Director General de la Dirección General de Relaciones Internacionales

Dr. César Cabral Mereles
Coordinador Técnico

Asunción, Paraguay – Junio 2011



APERTURA

Con la presencia del Presidente de la República del Paraguay Don Fernando Lugo Méndez, la Ministra de Salud Pública y Bienestar Social, Dra. Esperanza Martínez, la representante de la Secretaria General Iberoamericana Doña Beatriz Morán, y la participación de Ministras, Ministros, Delegados, Representes Diplomáticos e Invitados especiales se da inicio a este solemne acto de apertura de la **XII Cumbre Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud** con la entonación del Himno Nacional Paraguayo.

Palabras de la representante de la Secretaria General iberoamericana Doña Beatriz Morán

Buenos días saludos principalmente al presidente de la República del Paraguay Sr. Fernando Lugo, a la Ministra de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay Doña Esperanza Martínez, así mismo a los representantes de las comunidades argentinas y españolas que han estado en España. Y por supuesto a todos ustedes Señores Ministros y Ministras y autoridades de los países Iberoamericanos.

Quisiera transmitirles en primer lugar un cordial saludo del secretario general iberoamericano Don Enrique Iglesias que no ha podido acompañarnos en este momento y por eso estoy yo aquí en representación de él. Quería aprovechar también para saludar en especial al pueblo de Paraguay que este año se ve sumido en una serie de eventos, pero en especial resaltar la celebración de su bicentenario. Saludamos los actos, las celebraciones que se han realizado en la que refleja los esfuerzos y la perseverancia de ese gran país.

Por otra parte, también nos congratulamos en celebrar el veinte aniversario de la Cumbre Iberoamericana, que por primera vez se reunió en México hace ya veinte años, el debate y la reflexión que se lleva a cabo principalmente en torno al tema que Paraguay ha elegido para esta cumbre, parece que es un tema apropiado para llevar a todos los ámbitos editoriales.

Como bien saben ustedes este año el tema es la formación del estado en desarrollo y el proceso de la selección que se está llevando a cabo y el análisis tanto a partir de las reuniones ministeriales y editoriales como esta, tanto a partir de los trabajos que se vienen a realizar en los seminarios que estamos organizando conjuntamente el gobierno de Paraguay a través de la secretaría Pro tempore con la secretaria general Iberoamericana y con organismos internacionales.

Pensamos que se están realizando principalmente en todos los siguientes alineamientos: el Acervo Iberoamericano, la transformación del estado como proceso impacto social y fiscal, la gestión o resultados, transparencia de la gestión pública, sistema de monitoreo, servicio civil, gobierno electrónico, participación social, políticas e igualdad, o alianzas multipolares, entre otras.

Este debate y reflexión sobre estos lineamientos surgirá de estas reuniones ministeriales sectoriales en los seminarios ya citados, y serán una valiosa contribución para que los acuerdos que los meses que quedan restantes de gobierno alcancen en la próxima cumbre Iberoamericana.

En este sentido documentos vertidos en el documento base que se preparan, el coordinador de Paraguay nos van a proporcionar una visión sobre las transformaciones necesarias que permitan construir un estado generador e impulsador con rostro humano y nos señala que para garantizar el bienestar de la personas, la salud es un componente esencial.

Se destaca que la salud junto con la educación constituyen las capacidades básicas que conceden valor a la vida humana, la salud como premisa para lograr el desarrollo económico, social y cultural de una sociedad. Desde la perspectiva de desarrollo humano como un derecho por lo que el estado debe operar como balance del mismo para toda la población ejerciendo una función rectora.

Permítanme que me detenga brevemente en una cuestión agradeciendo la amable invitación de la Ministra Doña Esperanza Martínez.

La región ha logrado avances significativos en materia de crecimiento económico y es indudable que se ha disminuido la pobreza, se mantiene sin embargo como la región más inequitativa del mundo.

En esta perspectiva la política de salud constituye un elemento igualador y fundamental para pasar de políticas de gobierno a políticas de estado. En los países de nuestra región al derecho a la protección se vinculan criterios diversos y a menudo superpuestos, a veces trasladaría un vínculo laboral, territorio, grupos en condiciones de usuario los que están determinando el acceso a una salud digna.

En los escritores informales de la economía trabajadores autónomos, domésticos, estacionales o regulares, se encuentran sumidos en la atención de salud, nos parece oportuno, y en este sentido estamos trabajando atendiendo al mandato que el año pasado los jefes y sistemas de estado de gobierno nos hicieron en Mar de Plata.

La Secretaría General Iberoamericana se sensibiliza sobre la situación de los inmigrantes y su acceso a la salud, desde allí al 2006 venimos trabajando en la materia migratoria.

Se celebró ya en la cumbre de Montevideo en 2006 cuyo tema eje fue "Migración" y en la pasada cumbre de Mar de Plata se puso a discusión temas como la migración y la salud.

Por todo ello es importante levantar de un extremo de la capacidad de los sistemas de salud de los mismos en definir la profesión social de salud de los migrantes en Iberoamérica, así mismo, y ya para finalizar pongo en conocimiento la aprobación, también en Mar de Plata, del reglamento de funcionamiento. Este hecho agrega una nueva forma de incrementar la cooperación Iberoamericana y en sumar esfuerzos considerando que la red es como un magnífico instrumento de intercambios de experiencias en la región que en anteriores reuniones se ha adoptado y revisar el trabajo realizado por las mismas por el intercambio y la cooperación que se da desde las redes creadas por ustedes.

Saludamos por eso en el marco de esta reunión se presentan los resultados de dos de ellas:

"La de política de medicamentos y la de migración personal de salud."

Será muy importante conocer los avances y los resultados obtenidos hasta la fecha y sus futuras proyecciones. La cooperación Iberoamericana materializada es un eficaz instrumento de desarrollo de nuestros pueblos, en la medida en que posicionemos estos instrumentos podemos hacer un mayor aporte al desarrollo de los mismos.

Finalmente señalarles el tema que nos convoca este año, a reflexionar y a realizar propuestas concretas que posibiliten el fortalecimiento y la consolidación de nuestras democracias a través de la transformación y perfeccionamiento del estado para el logro y el desarrollo con justicia social.

Les deseo muchísimo éxito en la reunión y muchas gracias.

A continuación palabras de la Señora Ministra de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay Doña Esperanza Martínez

Buenos días a todos y todas, Señor Presidente Don Fernando Lugo Méndez, Señora Directora de la División de Asuntos Sociales en representación de la secretaria General Iberoamericana Doña Beatriz Morán Marqués, ministras, ministros, representantes, acreditados de las diferentes delegaciones que hoy participan aquí con nosotros, a los miembros diplomáticos acreditados en el país, a los colegas y las colegas del Poder Ejecutivo que me acompañan, invitados especiales, señoras, señores:

El lema bajo el cual se desarrolla hoy esta conferencia de ministras y ministros de salud, en el marco de la cumbre de jefes y jefas de estados y gobiernos de Iberoamérica que se realizará en octubre próximo, coloca en la agenda del continente un aspecto de la mayor trascendencia para quienes estamos en función de gobierno y para nuestras sociedades.

En efecto estamos ante el desafío de analizar las características que deben tener las organizaciones estatales y de propiciar los cambios necesarios para que desde ellas podamos brindar respuestas a las necesidades y demandas de las poblaciones de nuestros países.

En el implica que estamos con el horizonte abierto para impulsar nuevos paradigmas que transformen el histórico carácter patrimonialistas sectorial de la mayoría de nuestros estados y en consecuencia de nuestras instituciones públicas, para apostar a la organización estatal democrática y excluyente, este es un imperativo ético impostergable ante las desigualdades, las exclusiones, los privilegios y la concentración de beneficio. Es por ello que necesitamos pensar en mecanismos de redistribución de transparencia de participación ciudadana de gestión eficaz para obtener resultados de institucionalidad adecuada para el diseño y la incrementación de las políticas requeridas, incorporando en el proceso de transformación estatal los nuevos elementos que son signos de nuestros tiempos.

El uso y democratización de los avances tecnológicos, los aspectos referidos al cuidado y el futuro de nuestro planeta, el reconocimiento de las múltiples identidades que hoy buscan espacios de expresión y concreción de precariedad y que se desenvuelven en amplios sectores de nuestras poblaciones, son los aspectos que necesitamos abordar, tanto a nivel de procesos de transformación estatal y global, como en los cambios que deben producirse en cada uno de los ámbitos de políticas bajo responsabilidad estatal. Para el ámbito de la salud eso implica avanzar hacia el sistema de salud universal, integral e influyente, basados en el derecho a la Salud, el reconocimiento y la valoración de las múltiples identidades culturales, donde el propio sistema sea hilarante de derechos y la ciudadanía a través de su participación comprometida sea dentro de la democracia de la transparencia de la justicia social.

Finalmente permítanme decirles que el debate sobre la transformación estatal es un debate sobre la democracia y fundamentalmente sobre el tipo de democracia que queremos para nuestras sociedades.

Pocos sabremos que los cambios que propiciaremos tenderán a ampliar derechos, a incluir a quienes hoy no lo están, a hacer que las bonanzas económicas lleguen hasta la población, a lograr el sumun que el bienestar sea para todos y todas.

Que esa sea nuestra realidad.

Muchas gracias por estar hoy con nosotros. Bienvenidos al Paraguay.

PRESENTACIONES

Presentación del Dr. Odorico Monteiro - Brasil

Hablar de la salud en el Brasil, en este siglo, es dividirlo en 3 momentos:

- 1- 1900 a 1930, momento con mucha influencia de Europa, con la contribución de la medicina Francesa, donde el Brasil vivía la época predominante de la exportación del café, y era un momento de necesidades de higienización de las ciudades portuarias, principalmente las ciudades de Rio de Janeiro (capital en ese entonces) y Santos, fue un periodo importante, en el cual se destacaron Osvaldo Cruz y Emilio Rivas
- 2- A partir de 1930, empieza la industrialización, en ese periodo se deja de tener influencia Europea, y pasa a tener influencia Americana, pasa a esta de un lado la presidencia y del otro la salud. Este periodo sigue estando presente en la actualidad en la estructura hospitalaria Brasileira
- 3- A partir de 1988, ya con una constitución democrática, tras salir del periodo de dictadura, se empieza a construir el SISTEMA UNICO DE LA SALUD, lo que marco no solo el área de la salud sino toda el área social de políticas públicas, por lo cual la constitución del 88 es conocida como CONSTITUCIÓN CIUDANA

En los actos recientes, se tiene a la 8va CONFERENCIA DE SALUD, en el 1986, que dio paso a la creación del grupo MOVIMIENTO DE LA REFORMA SANITARIA BRASILEIRA.

Actualmente entre el 70 y el 75% de los recursos del sistema de salud brasilero, se distribuyen directamente a los departamentos, siendo así, todo el sistema de atención queda a cargo de los departamentos. El regionalismo, el proceso de jerarquización y la participación social, son las bases más importantes que componen el sistema de salud brasilero.

Los conceptos para la salud que se plasmaron en la constitución del 88, hablan de valores como, trabajar por la calidad de salud para la vida, la salud es un derecho del ciudadano. Los últimos 20 años se viene trabajando para las mejoras del sistema primario de atención.

Cada 4 años se realiza la CONFERENCIA NACIONAL DE LA SALUD, este año se llevará a cabo del 30 de noviembre al 04 de diciembre la 14ª Conferencia Nacional de la Salud.

Las políticas de la salud, son en este momento la de mayor alcance social en todo el país, abarcando a los más de 190 millones de ciudadanos. Mas del 70% de la población usa exclusivamente el SUS, el cual está en tiempo real atreves de un sistema informático a nivel país.

Cada municipio tiene conferencias con regularidad, sus deliberaciones pasan a las conferencias estaduais, y estas por su parte pasan sus deliberaciones a las conferencias nacionales.

El Ministro de la Salud, Alexandre Padilha, ya ha presentado ante el Consejo Nacional de la Salud, las directrices para la elaboración del plano. El Consejo Nacional de la Salud está compuesto por 3 partes, 50% son los usuarios del sistema, 25% son trabajadores del SUS y 25% convenios y prestadores de servicios.

El SUS fue la mayor reforma de política reciente publica en el Brasil, que constituye en un diseño de trabajo del interior del estado, y del estado con la sociedad.

Algunos desafíos:

- Fortalecer las cuestiones de Determinantes Sociales
- La promoción de cuidados de la salud
- Perfeccionar los mecanismos de gestiones entre el Estado y el Municipio

Presentación del Dr. Raúl Ugarte – Perú

La problemática de los medicamentos.

- 1- El escaso acceso de la población a los medicamentos en la región andina en general, ya sea por elevados costos, la falta de los mismos en la distribución gratuita, escasos y desconfianza en los medicamentos genéricos, etc.
- 2- Control de la calidad de los medicamentos, escasa vigilancia de los mismos, ausencia de certificaciones y registros de los mismos.
- 3- El uso irracional de los medicamentos, debido a la prescripción indiscriminada, así como la falta de información específica.
- 4- La falta de investigación y desarrollo de medicamentos.

En el año 1999 se hizo una revisión de las políticas que supervisan los medicamentos, política ya realizada en el año 1993, revisión de la cual se identifican 4 líneas estratégicas a seguir:

- 1- Acceso a medicamentos
 - a. Acceso
 - b. Promoción de uso de genéricos
 - c. Asimetría de la información
 - d. Observatorio comparativo de precios
- 2- Calidad y seguridad
 - a. Vigilancia de la calidad de los medicamentos
 - b. Cumplimiento de buenas practicas
 - c. Acreditación de laboratorios de control de calidad
 - d. Fortalecimiento de procesos de autorización
- 3- Uso racional de los mismo
 - a. Farmacovigilancia
 - b. Promoción de medicamentos, según la guía de criterios éticos
 - c. Análisis de la situación farmacéutica
 - d. Información científica, con el apoyo de la OPS
- 4- Investigación y desarrollo
 - a. Lista de medicamentos “huérfanos”
 - b. Producción publica de medicamentos
 - c. Situación de la investigación y desarrollo

Posibles estrategias a seguir por la región andina:

- 1- Producción pública
- 2- Producción pública concentrada
- 3- Producción por asociación pública privada

Presentación del Lic. Marcelo Setaro - Uruguay

Contexto y antecedentes

- 1- Llamado a la acción de Toronto - 2005, para una decana de RRHH en salud
- 2- Asociaciones en el ámbito de la Migración - 2006
- 3- 59ª Asamblea Mundial de la Salud - 2006
- 4- VIII Conferencia de Ministros de Salud de Iberoamericana - 2006, creación del grupo de trabajo
- 5- XVI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno - 2006
 - a. Migraciones de los profesionales de la salud y sus efectos, diagnóstico y alternativas que atenúen el problema
 - b. Buscar mecanismos de diálogos y concertación entre los países para regular el flujo migratorio
ACUERDO
 - c. Constituir un Grupo de Trabajo, coordinado por Uruguay, para analizar el fenómeno migratorio interactuando con los agentes involucrados

Productos de GT Migraciones

- 1- Investigación de los aspectos cuantitativos y cualitativos del fenómeno, cuyos resultados servirán de insumos para las políticas de desarrollo de RHS de la región.
- 2- Los procesos migratorios de RHS, involucran fundamentalmente a las profesiones de medicina y enfermería.
- 3- América Central y Caribe, tienen como principales países receptores a Estados Unidos y Canadá.
- 4- Chile es el país Suramericano con mayores factores de atracción para captar RHS.
- 5- En el conjunto de la región Iberoamericana, el principal país receptor es España.
- 6- Hay fenómenos migratorios temporales (Cuba – Venezuela) y migración en la interna de los países (Brasil).

Compromisos

- 1- Mejorar las oportunidades de contratación, desarrollo profesional y educación.
- 2- Voluntad de promover programas que faciliten el retorno del personal de salud.
- 3- Rechazo al uso de políticas migratorias selectivas de RHS.
- 4- Promoción del desarrollo de una visión integrada de las migraciones.
- 5- Significar las corrientes migratorias de los RHS en Medicina y Enfermería cuali y cuantitativamente.
- 6- Promover la gestión de las migraciones.
- 7- Estudiar las prácticas e investigaciones existentes en la región.
- 8- Conocer los impactos de este fenómeno en los Sistemas de Salud.
- 9- Evaluar y sistematizar las distintas experiencias presentadas.
- 10- Colaborar en el diseño y propuestas de mecanismos de compensación.

Estudios DELPHI

EL PAPEL DE LAS AGENCIAS DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO ANTE LAS MIGRACIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

OBJETIVOS

Obtener conclusiones de consenso sobre las medidas que desde las agencias de cooperación al desarrollo podrían ponerse en marcha para contribuir a obtener el máximo beneficio social del proceso de las migraciones profesionales en salud.

- 1- Beneficios y aspectos positivos para el país de origen
- 2- Beneficios y aspectos positivos para el país de destino
- 3- Cortes y aspectos negativos para el país de origen
- 4- Cortes y aspectos negativos para el país de destino
- 5- Repercusión de la firma de código de buenas prácticas - 2010
 - a. El panel de expertos considera que el apoyo a la conservación de personal de salud, a la formación en países de origen adaptada a su realidad y a la creación de marcos reglamentarios adecuados, serían las medidas más apropiadas que propone el código de buenas prácticas para ser apoyadas por la cooperación internacional
 - b. El código es un buen comienzo y oportunidad, pues reconoce la problemática y supone un primer compromiso que nos acerca a la elaboración estrategias colectivas que solvente la situación.
 - c. Se llama la atención sobre la importancia de que el Código busque un equilibrio entre el respeto a la libertad individual o el derecho a la libre circulación de las personas y, la regulación de la contratación internacional.

Balances

- 1- Tema en plena vigencia.
- 2- El problema en la región se concentra sobre todo en medicina y enfermería.
- 3- España principal país receptor.
- 4- Chile principal receptor sudamericano
- 5- Experiencias incipientes de migraciones concertadas.
- 6- Código de buenas prácticas de reclutamiento de OMS (buen instrumento).
- 7- Fomentar la investigación para conocer causas y determinantes de la migración y promover políticas de retorno.
- 8- Estimular diálogo con las escuelas formadoras y asociaciones profesionales.
- 9- Encontrar mecanismos de compensación adecuados para atenuar el impacto de las migraciones de los RHS.

COMENTARIOS

BOLIVIA

Cuatro aéreas o líneas dentro de los temas deferirlos al acceso.

Primero, referido a la selección, aquí hemos avanzado que cada uno de los países cuenten con un listado de medicamentos esenciales como condición básica para estandarizar el proceso y los tratamientos, por lo tanto para poder garantizar derechos iguales a todos los ciudadanos independientemente de los mecanismos de asentamiento o de acceso a los servicios de salud.

En segundo lugar, la promoción de los genéricos, ahora la mayoría de los países que establece claramente normatividad para promover el uso de los genéricos, está definido en las normas nacionales la obligatoriedad, la prescripción de acuerdo a la denominación común internacional y en algunos países tenemos incluso cuando esta no es así. La ampliación de la oferta de genéricos se ha promovido incluso en acuerdos con el sector privado para que las propias farmacias privadas puedan proveer los genéricos.

Un tercer tema es referido a la transparencia que tiene que ver con esta asimetría de la información, porque como sabemos, el mercado de medicamentos es quizás el único de los mercados en el cual el usuario final no tiene criterio para decidir que usar y esto se resigna en el prescripto. Por lo tanto provee información, por un lado a través de la prescripción de acuerdo a la denominación común internacional, pero de otro lado un observatorio de precios de medicamentos que pueda el usuario comparar entre el precio genérico y el precio de marca, es una medida esencial. Hemos generado ya un observatorio andino de precios de medicamentos donde se puede comparar entre uno que otros, también vamos a mostrar algunas de las pertenencias nacionales al respecto y un tema de gestión con relación al acceso, es básicamente lo que ya se realizó como experiencia de negociaciones conjuntas de los países andinos para la adquisición de antirretrovirales en años anteriores y ahora acabamos de adoptar un acuerdo en la última reunión de ministros y ministras de salud en el área andina, el primero de abril, de una compra regional conjunta de medicamentos prioritarios como son biológicos, antirretrovirales, antimalaria, etc.

Esta es una muestra perfecta, por ejemplo: a la obligatoriedad de transcribir, de acuerdo a la denominación común internacional en el caso de Perú, nosotros tenemos una norma que establece incluso el tipo de infracción y el tipo de sanción a los profesionales médicos, en gran mayoría por el volumen de prescripción, pero también en el país que prescriben obviamente los odontólogos y prescriben el grupo porcentual de obstetras que son un grupo personalmente especializado en la atención del parto normal, están autorizados para prescribir y si no prescriben de acuerdo a la denominación común internacional se aplican las sanciones que están ahí señaladas.

Chile acaba de anunciar también la obligatoriedad para recetar fármacos genéricos, y la venta en farmacias no es necesariamente de acuerdo a la presentación de los laboratorios por números de tabletas inclusive en las primeras cajas, sino la venta por unidad para un mayor acceso de los medicamentos.

En el Perú hemos llegado, luego de algunas idas y venidas con relación a las farmacias, a un convenio muy interesante con la asociación nacional de cadenas de boticas, que son a nivel nacional un convenio para que todas tengan un listado de medicamentos provistos por el ministerio de salud. En cada una de las farmacias privadas hay un stand de provisión de medicamentos genéricos desde hace dos meses, y por lo tanto estamos en el proceso de velar por el cumplimiento y la vigilancia ciudadana para este fin.

En el observatorio andino de precios de medicamentos de Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, vale la pena recalcar que para los efectos de salud son los seis países que integramos el área andina y hemos adoptado como política esto ya que en algunos países veníamos desarrollando el observatorio de precios para que cualquier funcionario, ciudadano, pueda acceder a través de internet y comparar los precios entre productos genéricos y productos de marca.

En el caso de Perú, en la página web del ministerio de salud está el observatorio de precio de medicamentos y permite fácilmente ingresar a cualquier ciudadano independientemente si le han recetado el genérico o inadecuadamente le han recetado el de marca.

Cuando nos comparamos con los países más desarrollados, por ejemplo con los países europeos, algunos medicamentos que adquirimos acá son mucho más caros que en otros países del globo, entonces este es un fenómeno que vale la pena investigar. Sin embargo el observatorio de precio andino está dirigido a la compra conjunta de medicamentos, que con la participación de la OPS en la última reunión de los organismos andino se acordó que el precio más bajo de los seis países andinos es el precio del referencial para que la OPS negocie, es decir que no podemos comprar a un precio mayor que el precio más bajo de los seis países, esta es una cuestión que hay que tomarla en cuenta con los países del MERCOSUR y también UNASUR, ya que es una cuestión que debemos empezar a pensar porque entendemos que el precio de los medicamentos es una economía disputable que cuanto más adquiramos digamos vamos a tener un precio mucho más barato y vamos a hacer que los medicamentos estén mas accesibles para nuestro país.

Muchas gracias.

ARGENTINA

Muchas gracias. Sra. Presidenta primero quería felicitar a los tres expositores que como en el caso de Brasil siempre nos maravilla, como en un corto tiempo ha construido todo un sistema de protección muy grande a todos los ciudadanos y por su integridad, y nos maravilla como esto ha sido una construcción democrática y con la participación de lo que llaman un partido sanitario o una comunidad de intereses de un partido, y nos parece importante como un mecanismo que surge de la política de un partido, se convierta en la política de estado.

En el caso de la presentación del ministro de Perú yo quería hacerles un comentario, ustedes saben que Argentina, a partir de la crisis del 2002, impacto fuertemente en el tema de los medicamentos, y el acceso que tenían los argentinos a los medicamentos. Por eso decíamos que no era una crisis sanitaria, sino una crisis económica sectorial en el sentido que el Argentina es un país altamente medicalizado, el consumo de medicamentos per cápita es mundial en la Argentina y la crisis económica determino un serio obstáculo para el acceso de los medicamentos. A partir de eso el gobierno del presidente Kirchner diseño una política que plantea justamente la prescripción por nombre genérico o denominación universal, y planteó un programa de provisión pública con el programa Remediar, en el cual todo ciudadano que asiste al primer nivel de atención o al centro de salud, tiene acceso a un menú de medicamentos, al cual llamamos botiquín. Que da cuenta del 75% de motivo de consulta ambulatoria y el medicamento lo reciben los ciudadanos en forma gratuita.

Esto también generó contraventanas, ya que el programa Remediar no compra envase comercial sino envase clínico, que fue diseñado especialmente para este programa, y el envase contenía la cantidad de comprimidos necesarios para completar el tratamiento. Esto planteaba una posibilidad de avance al uso racional de

medicamentos y con algunos puntos interesantes, es la primera vez que un programa donde al médico que receta se le pedía el número de matrícula, y al paciente el número de documento, y se implementaron auditorías controlando que el medicamento llegara efectivamente a la persona que fuera recetada.

El programa Remediar, que agregó la demanda de medicamentos de todas las veinticuatro jurisdicciones argentinas también tuvo problemas, cuando empezamos a comprar, la estrategia que tomaron muchos de los laboratorios, es que ellos no iban a ofrecer ofertas en determinados medicamentos. Esto requirió aumentar la capacidad de gestión del estado de las compras, que muchas veces es muy complicada, y una capacitación de negociación que les dijimos a ciertos laboratorios **si ustedes no ofertan este medicamento nosotros no le vamos a comprar otro**, entonces tuvimos que sí los laboratorios tenían un comportamiento mafioso nosotros también teníamos que tener un comportamiento, no mafioso, pero de gestionar las compras y de modelar conductas para decir de una manera más elegante o políticamente correcta.

Otro factor que percibimos es que la prescripción por nombre genérico también modificó una conducta de los laboratorios, entonces hay laboratorios hoy en día que tienen sus productos pero a la vez están vendiendo principios activos a laboratorios que hacen genéricos, y un hecho interesante, por ejemplo, con el antiviral que se utilizó contra la Pandemia, el laboratorio Roche que producía la marca comercial más conocida vendía su producto a un costo, y a los laboratorios más pequeños para que hagan sus genéricos se los vendía mucho más caro, analizamos el precio y siempre el original era mucho más barato, esto lo comento porque hay conductas que muchas veces son perversas de los laboratorios y creo que hay que hacer un seguimiento.

En relación a lo que decía el doctor Aillón, se sabe que el precio del medicamento está determinado por la demanda del país, por ejemplo Brasil y Argentina por su escala, compran medicamentos más baratos que otros países como Bolivia y como Uruguay, esta es lógica que cruzó la negociación de precios que presento el ministro, y aprovecho para decir que nosotros también participamos de las negociaciones de precios, tanto en la primera como en la segunda negociación de precios, que justamente es lo que logro beneficios de ahorro para los países más chicos que tenga un estado más pequeño.

La última negociación también percibimos un comportamiento de los laboratorios bastante perverso, decían que nosotros no vamos a participar en la negociación. También hay que pensar en mecanismos innovadores de modelar conductas de estos laboratorios, si nosotros en su momento trabajamos conjuntamente con la OPS, que era quien que opacaba a los laboratorios para el proceso de la negociación y esto es muy importante.

Nos parece muy importante también, el tema de migración, primero queremos distinguir que es un fenómeno de dos caras no es solo que tiene impacto para el país que se le van los profesionales también tiene un impacto grande para los países como Argentina, que recibe masa de profesionales que vienen a profesionalizarse, Brasil imagino que tiene el mismo problema, vienen muchos trabajadores de la salud de otros países y se especializan y en el momento que se especializan ejercen sin convalidar el título.

Y como paradoja en el proceso de integración plantean avanzar a la libre circulación de las personas y factores producidos, esto plantearía un esquema en que los profesionales de la salud circulen libremente entre los países, eso aparece como una opinión política, por otro lado el objetivo que está buscando en nosotros es la necesidad de gestionar estas migraciones para que no generen conflictos en los sistemas de salud. Creo que los ámbitos de integración regional como MERCOSUR, UNASUR, y los ámbitos andinos, podrían ser marcos de mucha excelencia para trabajar este tema de migraciones en salud.

Gracias ¡!!

COSTA RICA

En primer lugar sería pertinente hablar de que existe una red de investigación de Iberoamérica con relación con RIBAIS que es importante para el efecto de esta cumbre, y por otro lado que es esencial crear un mecanismo de cooperación, que realmente pueda hacer un proceso de intercambio que permita el desarrollo de nuestros países, creo que nuestros países tienen suficiente experiencia, muchas veces no similares, pero aportan en el término de concretar temas que nos involucran y que son prioridades en nuestros países.

En este marco quisiera decirles algo, en prioridad Costa Rica históricamente construyó un sistema único de salud sustentado en los principios de la seguridad social y ahora en una función clara de separación del ministerio de salud del país. No es un ministerio de salud proveedor como es la mayoría de la experiencia de los países de América latina, si no un ministerio de salud rector, y esto lo hemos visto en una expresión clara como la organización de lo que podría concretarse en la práctica de la visión de los determinantes de la salud que esta expresada en la propuesta de declaración de esta cumbre Iberoamericana, con esto quisiera poner a disposición de todos los países de la región nuestra experiencia, y que al que podría ser el vínculo más concreto de.

Gracias a todos.



Informe de los Delegados sobre las Redes en el espacio Iberoamericano

La Delegación de Costa Rica realizó una breve presentación de la RIBAIS (Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud) que se encuentran coordinando y expuso la próxima convocatoria a reunión donde se abordará los avances y propuestas a ser puesta a consideración de los miembros.

La Delegación de Uruguay, atendiendo el informe presentado en relación al Grupo de Trabajo sobre Migraciones de Personal de Salud, refiere que teniendo en cuenta que en la XX Cumbre Iberoamericana se aprobó el Reglamento de funcionamiento del Registro de Redes Iberoamericanas, que tienen como objetivo fortalecer el espacio iberoamericano potenciando y favoreciendo la articulación de los distintos actores que realizan tareas significativas en la región, y considerando las Redes de Salud que actualmente existen, acordamos realizar un análisis estratégico de su funcionamiento en el espacio iberoamericano con el apoyo de la SEGIB, al objeto de fortalecer y proyectar su trabajo en el marco de la Conferencia Iberoamericana.

Las Redes de Salud en el espacio Iberoamericano son:

REDES DE SALUD

1. Red Iberoamericana de Donación y Trasplantes; coordinada por España (Organización Nacional de Trasplantes).
2. Red Iberoamericana de Políticas de Medicamentos, coordinada por Argentina.
3. Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud Pública, coordinada por Costa Rica.
4. Red Iberoamericana de análisis, diseño y evaluación de políticas públicas de salud, coordinada por México.
5. Red Iberoamericana de Control del tabaquismo, coordinada por Brasil.
6. Red de Migraciones y Recursos Humanos en Salud, coordinada por Uruguay.
7. Red Iberoamericana de Protección Social en Salud, coordinada por Chile.

Conclusión

Consideración y aprobación de la propuesta de Declaración:

Se pone a consideración de los Delegados presentes la propuesta de Declaración de la XIII Cumbre Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud – “Hacia un Estado que garantice el Derecho a la Salud”

Escuchado el parecer de los Delegados se aprueba la Declaración y se procede a la firma correspondiente en dos ejemplares en idiomas Español y Portugués.

Se informo sobre las Redes que se encuentran en el ámbito de la Salud en Iberoamérica. Así mismo, la necesidad de poner en funcionamiento el ordenamiento y reglamentación de las Redes con el propósito de fortalecer sus actividades y propiciar la activa participación de los países en el proceso.

LIC. ENRIQUE GARCÍA DE ZUÑIGA

DIRECTOR GENERAL

ANABELL BRÍTEZ

ARQ. ROSA CAROLINA DÍAZ

DIRECTORA - DIRECCIÓN TÉCNICA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

LIC. LETICIA AYALA

NORMA ELIZABETH OVELAR

MIRIAN GÓMEZ

SUSSY LÓPEZ ROTH

DR. CESAR RAMÓN CABRAL

DIRECTOR - DIRECCIÓN TÉCNICA UNASUR

PEDRO DINATOR

DR. LUIS OSVALDO LIGIER

DIRECTOR - DIRECCIÓN TÉCNICA MERCOSUR

JUAN CARLOS CORONEL

DR. RAFAEL BEJARANO

LIC. LUZ MARIA TERESITA MARTÍNEZ

DIRECTORA - DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

LIC. SONIA GÓMEZ FRONTELA

ELIZABETH DUARTE

NABILLE GONZÁLEZ

GRACIELA BENÍTEZ DE MOREL

JUNIOR NELSON DELORENZI

MARCOS AURELIO MOREL

NATALIA BALDIVIESO

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PRESTAMOS INTERNACIONALES

RODRIGO SÁNCHEZ ARAÚJO

YNGRID ZELADA

EDDIE SOUBERLICH

LIC. LIZZIE NÚÑEZ

LIC. ROLANDO AYALA

ALCIRA MOLAS

SALVADOR BÁEZ