

Integracion regional, cooperacion internacional y politicas de salud en Venezuela (1999-2009)

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2724/1/Integracion-regional-cooperacion-internacional-y-politicas-de-salud-en-Venezuela-1999-2009.html>

Autor: Gustavo Alcántara Moreno

Publicado: 14/01/2011

El presente artículo tiene el propósito de establecer la relación entre los procesos de integración regional y cooperación internacional en salud con respecto a la formulación de políticas públicas de salud en Venezuela, en un escenario de globalización. La investigación fue de carácter documental, desde la perspectiva del nuevo institucionalismo en el sentido que se estudian instituciones de salud a nivel internacional, regional, multilateral y bilateral, estableciendo su correspondencia con las políticas de salud en Venezuela (1999-2009).

Integracion regional, cooperacion internacional y politicas de salud en Venezuela (1999-2009) .1

Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009).

Gustavo Alcántara Moreno. Politólogo, Abogado, Magíster en Ciencias Políticas (CEPSAL-ULA), Doctorando en Ciencias Humanas (Universidad de Los Andes).

Departamento de Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Proyecto financiado por el CDCHT-ULA, código SE-M-05-10-09.

Resumen

El presente artículo tiene el propósito de establecer la relación entre los procesos de integración regional y cooperación internacional en salud con respecto a la formulación de políticas públicas de salud en Venezuela, en un escenario de globalización. La investigación fue de carácter documental, desde la perspectiva del nuevo institucionalismo en el sentido que se estudian instituciones de salud a nivel internacional, regional, multilateral y bilateral, estableciendo su correspondencia con las políticas de salud en Venezuela (1999-2009).

Se concluye que, desde el punto de vista formal existen políticas convergentes con la agenda internacional de salud, tales como la Atención Primaria en Salud (APS) y la universalidad en el acceso a los servicios de sanitarios, pero que sin embargo aun no cuentan con una institucionalidad sólida en el sistema de salud venezolano.

Abstract

This article aims to establish the relationship between regional integration and international cooperation in health with regard to the formulation of public health policies in Venezuela, in a context of globalization. This research was of a documentary nature, from the perspective of new institutionalism in the sense that health institutions are studied in an international, regional, multilateral and bilateral level, establishing its correspondence with health policy in Venezuela (1999-2009).

The article concludes that, from the formal point of view there are policies that are converging with the international health agenda, such as Primary Health Care (PHC) and universal access to health services, but yet still do not have a solid institutional framework in the Venezuelan health system.

1. Venezuela y la integración en salud.

Los Estados buscan su integración con otras naciones con el fin de encontrar soluciones conjuntas. Los efectos de esta tendencia quizás se observen mejor en el plano económico, donde se ha visto que en un escenario globalizado una economía cerrada es relativamente poco eficiente; su apertura a otras economías podría permitir la obtención de mejores resultados a condición de que se cumplan ciertas reglas para el trato justo entre las naciones, que tome en cuenta sus particularidades de desarrollo socioeconómico y sus características políticas y culturales (Alcántara Moreno, 2005).

En tiempos de globalización los Estados se ven sometidos al denominado efecto tamaño: “demasiado pequeño no puede ejercer influencia alguna en las negociaciones a escala mundial, lo cual explica la inevitable tendencia a las agrupaciones regionales” (Brunsvick y Danzin, 1999, p. 71). Este principio es valedero para las diversas dimensiones y áreas de competencias de los Estados, tales como la económica, la política, la seguridad, la ecológica y la salubridad pública, entre otras (Alcántara Moreno, 2005).

Así pues, en relación a la integración latinoamericana en materia de salud, se han creado diversas instituciones tales como: el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), el Subgrupo de Salud del Mercosur, el Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental en la Región Amazónica (SVSARA) y, más recientemente, el UNASUR Salud.

El instrumento principal de integración en salud en la región andina es el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) (Agudelo, 2001). Es un convenio de cooperación en salud, creado en 1971 con la participación de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El Convenio fue adscrito al Sistema Andino de Integración en 1998.

Del mismo modo, el objetivo general de UNASUR-salud es consolidar Suramérica como un espacio de integración en salud que contribuya a la Salud para Todos y al desarrollo, incorporando e integrando los esfuerzos y logros subregionales del MERCOSUR, Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) y Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental en la Región Amazónica (SVSARA) (UNASUR, 2008).

Por otra parte, a escala global, han surgido instrumentos cuyo cometido es garantizar la solución de problemas y riesgos de salud a nivel mundial. Esto se explica porque, dentro de la dinámica de la globalización, existe un aporte en la orientación y creación de políticas públicas para el mundo. Entre dichos instrumentos se pueden mencionar: el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), la Agenda Mundial de Salud derivada de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 de la OPS.

En relación a los instrumentos globales de salud, la 4ta. Cumbre de las Américas de Mar del Plata (2005), con la asesoría de la Oficina Sanitaria Panamericana, destacó los principales desafíos en materia de salud para la región de las Américas. En tal sentido se hizo énfasis en los siguientes logros: la importancia de la salud y seguridad ocupacional; la ratificación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI); la prevención y control de ciertas enfermedades transmisibles de alta prevalencia en la Región como son la Tuberculosis, la Malaria y el Dengue (Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, 2009).

Del mismo modo, la 5ta. Cumbre de las Américas en Trinidad y Tobago (2009), estableció el compromiso de mejorar los niveles de salud de toda la población mediante el impulso de sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud (APS). Además, se reiteró el compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se reconocen los problemas y desafíos que representa el alcanzar las metas de salud referidas a la salud materna e infantil, el hambre y la desnutrición y el VIH/SIDA.

2. La cooperación internacional en salud.

Las instituciones internacionales de salud, a escala global y regional, tienen entre sus políticas a la cooperación internacional en salud. La misma puede ser técnica y/o financiera.

En América Latina la cooperación puede ser horizontal, es decir, entre los países de la región, o norte-sur, esto es, con otros países y organismos internacionales (Bronfman y Díaz Polanco, 2003). Además, dependiendo del número de Estados, organizaciones internacionales, ONG y fundaciones privadas involucrados, la cooperación sería bilateral, multilateral o privada.

2.1. Cooperación técnica.

Según la OPS (2006a), el objetivo último de la cooperación técnica de las agencias que conforman el Sistema de Naciones Unidas, es la construcción de capacidad institucional nacional para encontrar soluciones a los problemas que enfrentan los países, en consonancia con sus valores, aspiraciones y necesidades especiales. Esta sería un tipo de cooperación vertical.

Entre las prioridades para la agenda de cooperación entre la OPS y Venezuela contenidas en el documento Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010 (2006a), se estableció apoyar la construcción del Sistema Público

Nacional de Salud en los siguientes aspectos:

- Aportar diseños alternativos de integración de los prestadores (MS, IVSS, IPASME, PDVSA y otros);
- Aportar diseños alternativos de integración de redes de servicios de salud (Barrio Adentro con sistema convencional y otros prestadores) conforme al nuevo Modelo de Atención y prioridades sanitarias nacionales.
- Apoyar la sistematización y documentación de la transformación del sistema nacional de salud.

Sin embargo, la realidad muestra que la integración de los prestadores está lejos de concretarse. Según la Ley Orgánica de Seguridad Social (2002), actuando en base a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en sus artículos 84 y 165, la Ley Orgánica de Salud de 1998 tenía que haberse derogado en 2004, con la promulgación de una nueva Ley que regulara el subsistema de salud, creando el Sistema Público Nacional de Salud. Sin embargo, esto no sucedió hasta la actualidad, lo que coloca al sistema de salud venezolano en un vacío jurídico-institucional, debido a intereses políticos del gobierno nacional, que pretende recentralizar la salud en el país.

Esta situación se evidencia por la inclusión en la Memoria 2008 del Ministerio del Poder Popular para la Salud, de la centralización como política del gobierno, al señalar que en cuanto a la consolidación de la red asistencial del Sistema Público Nacional de Salud, se impulsó "la creación de redes para revertir la descentralización hospitalaria en concordancia con las políticas del Ejecutivo Nacional" (2008, p. 43). Esta situación entra en contradicción con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) (art. 84), que plantea que el Sistema Público Nacional de Salud es de carácter descentralizado.

Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009) .2

Por otra parte, hablar de la integración de redes de servicios de salud, esto es, la Misión Barrio Adentro (MBA) con el sistema convencional y otros prestadores, implica referirse al Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela (2000).

Esta sería una cooperación de tipo bilateral, en la que una parte de este convenio lo constituye un acuerdo energético, donde se estipula, entre otros aspectos, que Venezuela venderá a Cuba hasta 53.000 barriles de petróleo al año bajo un régimen preferencial de precios. Por su parte, Cuba se compromete a ofrecer, en forma gratuita, es decir, sin ningún tipo de cobro a los usuarios, los servicios médicos de especialistas y técnicos en salud que serían trasladados a las zonas más desatendidas Venezuela.

Se puede afirmar entonces que el gobierno venezolano asumió con la Misión Barrio Adentro (MBA) (2003), la estrategia "Salud para Todos en el año 2000", fijada en Alma Atá, con la formulación de la Atención Primaria en Salud (APS), como política concreta (Alcántara Moreno, s. f.). Si bien esta doctrina fue fijada en 1978 y asimilada, al menos desde el punto de vista formal, por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social venezolano en la década de 1980, con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) y la puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro (MBA), se dio un renovado relanzamiento de la Atención Primaria en Salud (APS).

Tal y como lo afirma Mirta Roses (2006), Directora de la OPS, Misión Barrio Adentro (MBA) "es en esencia Atención Primaria en Salud... es una estrategia de estructuración y transformación de todo el sistema de salud, es la Atención Primaria en Salud (APS) como lo entiende gente como Halfdan Mahler y David Tejada, grandes responsables de la Conferencia de Alma Ata. Barrio Adentro se inicia exactamente al cumplirse los 25 años de esa reunión trascendental". Queda entonces la tarea de establecer, desde el punto de vista institucional, los nexos entre la Atención Primaria en Salud (APS), como política de salud, y la aplicación de MBA en Venezuela.

Se tiene así que, posteriormente, de la Misión Barrio Adentro (MBA) I, dirigida a la Atención Primaria en Salud (APS), se pasó a las fases de Misión Barrio Adentro (MBA) II, III IV, para contar con servicios en diagnóstico, especialidades médicas, emergencias, cirugía y hospitalización. Esta situación tiene un claro trasfondo político, pues la Misión Barrio Adentro (MBA), conjuntamente con las demás misiones del gobierno, creó un paralelismo administrativo concretado en una estructura de atención "separada de los sistema públicos existentes, que llegó a visualizarse como un sistema integrado en sí mismo para atender el conjunto de las necesidades de los sectores excluidas y consolidar en su interior los valores y símbolos de la revolución" (D'Elia y Cabezas, 2008, p. 6). Dicho paralelismo, lejos de integrar las redes de servicios de salud, profundiza su otrora fragmentación.

Entre los puntos débiles de MBA destaca que, durante los años 2003 y 2004 el financiamiento del programa era manejado fuera del ministerio de Salud y por diferentes órganos. Así, "la característica extra-institucional del programa, entendiéndose por ello que éste responde a una estructura de mandos, recursos y procesos distinta y separada de los

organismos nacionales, restringe enormemente las posibilidades de obtener información" (D'Elia, 2006, p. 40).

Además, en general la información no es reportada ni sistematizada regularmente por los organismos rectores. Los órganos gubernamentales locales no manejan estos datos, solamente el ministerio de Salud cuando la coordinación cubana los suministra y/o coordinadores competentes de salud en el gobierno nacional (ibid.).

Adicionalmente, el presidente de la República reconoció que MBA estaba en crisis, al declarar a mediados de 2009 que contabilizaron "dos mil módulos de Barrio Adentro abandonados", por lo cual apuntó que "En lo social tenemos una emergencia: la salud. Declarémonos en emergencia todos" (Theis, 2009). Se planteó así el "relanzamiento" de MBA.

De manera que, en un primer instante el Convenio con Cuba significó una acción enmarcada en la cooperación internacional en materia de salud, lo cual obviamente se relaciona con la globalización. Sin embargo, la politización de la MBA, y sus debilidades institucionales, le restan méritos a dicha política.

2.2. Cooperación financiera.

La cooperación internacional tiene que ver, entre otros aspectos, con la asistencia financiera. Entre los acuerdos de la comunidad internacional destaca el destinar 5.700 millones de dólares para servicios básicos de salud reproductiva en los países en vías de desarrollo para el año 2000, que deberían ser 6.100 millones en 2005 (Naciones Unidas, 1994, citado por Mazarraza-Alvear y Montero-Corominas, 2004).

En las Américas, la OPS tiene asignación presupuestaria del 7% para ser distribuida entre las cinco subregiones, esto es, CAN, CARICOM, MERCOSUR, el Sistema de Integración Centroamericana SICA, y el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Así, la introducción de la subregión como un nuevo nivel programático, presupuestario y administrativo, reconoce los procesos de integración subregional en que participan los Estados Miembros, responde a la necesidad de apoyar el logro de metas de salud a ese nivel (OPS, 2006b).

Por su parte, el Banco Mundial (2005) aportó en proyectos para Venezuela la cantidad de US\$30 millones en proyectos para el sector salud, los cuales respaldan en parte actividades relativas al VIH/SIDA, en concordancia con el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) N° 7.

Éste sería un componente de la cooperación internacional con el que se debe guardar la precaución de no caer en un asistencialismo simplista que tenga que ver únicamente con la caridad internacional. La asistencia financiera tiene que estar presente en la planificación, haciendo énfasis en medidas de promoción de la salud sobre todo en aras de reforzar la atención primaria en salud y las intervenciones preventivas y sociales. La misma puede provenir de ONG o de organizaciones internacionales, como la OMS, la OPS, UNICEF, la Cruz Roja Internacional y el Banco Mundial, entre otros.

Hay que acotar que los recursos financieros para la salud están principalmente en cada uno de los países. La responsabilidad del éxito o el fracaso continúa estando en los gobiernos y en sus sociedades civiles. "Sólo una pequeña parte de los recursos para la salud (en torno al 1 por 100) de los países de renta baja y media se origina en el sistema internacional, esto es, bancos de desarrollo, agencias de desarrollo bilaterales, organizaciones no gubernamentales internacionales, fundaciones y OMS" (Prats, 2000).

En tal sentido, el proceso salud-enfermedad conforma una temática particular en torno a la cual se llevan a cabo las relaciones internacionales. La noción de cooperación internacional en salud se diferencia del concepto tradicional de asistencia en salud. Este enfoque tradicional no tomaba en cuenta la diversidad cultural de las comunidades en vías de desarrollo en las cuales se aplicaban determinadas medidas o intervenciones en salud, provenientes de sociedades desarrolladas.

Como señala Aréchiga, "no basta con que los más dotados trasfieran recursos a los menos provistos. Juntos habrán de construir un futuro común. El desarrollo de las capacidades locales para contribuir al progreso general es imperativo en el nuevo esquema de convivencia internacional" (1997, p. 186). Son insuficientes las buenas intenciones de asistencia, por lo que resulta necesario considerar a cada país y región como poseedor de rasgos culturales específicos. De allí que la cooperación internacional en salud tome en consideración que los países se relacionan en un clima de respeto por las diferencias y reciprocidad conjunta.

3. La agenda pública global y la formulación de políticas de salud.

En tal sentido, la cooperación internacional con respecto al área de la salud debe ser prioritaria en la conformación de

una agenda pública global. El fortalecimiento institucional a nivel global en materia de salud es necesario para elaborar y aplicar estrategias ante problemas globales de salud pública como la malaria, la tuberculosis, los accidentes de tránsito y el tabaquismo, la mortalidad materno-infantil, entre otros, y sobre todo para alcanzar el final de la primera década del siglo XXI con una humanidad que no sufra ya la carga injustificada de muertes prematuras o discapacidades excesivas. Se trata de acometer una serie de vicisitudes que desbordan las fronteras interestatales, cada vez más endeble e incapaces de contener el flujo de bienes, servicios, ideas, personas y enfermedades.

Fue así como surgió la Agenda Mundial de Salud, como producto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), relacionados específicamente con el mejoramiento de la salud infantil y materna, además de la lucha contra el VIH-SIDA, la malaria y otras enfermedades infectocontagiosas.

En tal sentido, la política de salud para la prevención y control de la mortalidad infantil comprende el Programa Nacional de Salud del Niño, Niña y Adolescente, el cual se plantea superar el déficit de atención y combatiendo inequidades por grupo social, género y etnias a través de respuestas regulares, equitativas, oportunas y coordinadas entre los diferentes entes del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

En lo que respecta a los datos, la tasa de mortalidad infantil, entre 1990 y 2015 bajó 25,8% a 13,9%, más de las dos terceras partes que se acordó en el marco de la ONU, lo cual es satisfactorio y demuestra la eficacia de las políticas aplicadas (República Bolivariana de Venezuela, 2010).

Con respecto al control y prevención de la mortalidad materna los principales planes y programas son:

Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009) .3

- La Misión Barrio Adentro (MBA)
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- Plan Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil
- Promoción de Atención en Salud Sexual y Reproductiva
- Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva
- Capacitación Nacional en Salud Sexual y Reproductiva

Dichas políticas orientan sus acciones hacia el logro de objetivos tales como: mejorar la cobertura y calidad de la consulta prenatal; mejorar la calidad de la atención al parto; implantar la atención integral en los ambulatorios; aumentar la capacidad resolutoria en los ambulatorios; fortalecer los servicios de planificación familiar; aplicar normas de buenas prácticas y supervisión en los servicios.

Adicionalmente, el Proyecto Vida, enmarcado en la Misión Barrio Adentro (MBA), se plantea concentrarse en la vigilancia y reducción de la mortalidad materna en los Comités de Salud fortalecidos a través de la capacitación comunitaria y la capacitación en derechos sexuales y reproductivos (República Bolivariana de Venezuela-Gabinete Social, 2004).

De cualquier modo, “la mortalidad materna permanece como un problema de salud evitable. En las Américas, la razón de mortalidad materna es de 63,7 por 100.000 nacidos vivos” (Roses, 2010). En tal sentido, en Venezuela según el informe Cumpliendo las Metas del Milenio 2010, el Instituto Nacional de Estadística destaca que la promesa de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna no ha sido posible por los momentos y, de hecho, está en niveles elevados. En 1990 la tasa se situaba en 58,9% y en 2007 (último dato disponible) apenas había bajado a 56,8%.

En lo que respecta a las políticas para combatir el VIH-SIDA, destacan como esfuerzos relevantes (República Bolivariana de Venezuela-Gabinete Social, 2004):

- El programa de Prevención de la Transmisión madre-hijo
- Garantía de acceso a la terapia anti-retroviral gratuita y universal desde 1998, seguimiento clínico y acceso a pruebas de seguimiento inmunológico, virológico y resistencia
- Programa de profilaxis post exposición ocupacional, así como para las exposiciones no ocupacionales, tales como: violaciones y riesgos de infección en parejas serodiscordantes.
- Proyecto con ONG para la prevención y atención del VIH/SIDA en grupos vulnerables. La inversión total para los años 2007, 2008 y 2009 fue de BsF 9 millones (US\$ 4.186.046).
- Distribución gratuita de condones masculinos y femeninos.

Así mismo, es de destacar el Informe Anual 2009, Fortaleciendo la Respuesta Nacional y Conjunta al VIH y sida, en el

que se da a conocer entorno, gestión, avances y desafíos de la cooperación técnica que brinda el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en la República Bolivariana de Venezuela.

En lo relativo a haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del dengue para 2015, las actividades de control y prevención del dengue están coordinadas en la Comisión Nacional de Lucha contra el Dengue, proponiendo entre sus principales objetivos el de mantener la tasa de incidencia nacional por debajo de 50,0 casos por 100.000 habitantes un período de cinco años.

Sin embargo, la cantidad de casos de dengue ha aumentado dramáticamente. En 1990 se registraron 10.962 casos, mientras que al cierre del año 2009 se contaron por 65.869 los casos de esta enfermedad (República Bolivariana de Venezuela, 2010). Actualmente, la epidemia de dengue parece descontrolada. En 2010, y hasta el 5 de junio, se han reportado 41.573 casos de dengue en Venezuela, más del doble que en 2009 (Chiappe, 2010).

Según Díaz Polanco (2010), los resultados negativos en materia de salud se deben a que “Las misiones gubernamentales no son políticas de Estado, son operativos improvisados y dirigidos a los más pobres como dádivas del Gobierno central. Una política social debe estar dirigida a todos los ciudadanos y ser interpretada como un derecho”.

De hecho, MBA fue concebido en un clima previo al referéndum revocatorio de agosto de 2004, situación que conllevó una deformación en la aplicación de tan fundamental programa. Hay que advertir que es lógico que cualquier Gobierno legitime su gestión mediante políticas sociales, eso es lo que espera el pueblo de él. Entonces, “MBA es una política social con un trasfondo clientelar, pues no se trata de una verdadera política de Estado, con visión a largo plazo, sino que a lo sumo es una política de desgobierno (en virtud de su clara manipulación a los desposeídos)” (Alcántara Moreno, 2006).

3.1. Legislación global en materia de salud.

La OMS y la OPS están llamadas a asumir un rol de importancia en la definición de pautas tanto hacia lo normativo como en cuanto a la definición de políticas para la supranacionalidad. Se vive ante un nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad, al cual se puede denominar como global. Se hace indispensable entonces la adaptabilidad institucional e incluso filosófica de todos los actores de salud con competencia y trascendencia global.

La OMS y la OPS son organismos internacionales y no supranacionales. Esto lleva a que muchas de sus decisiones no sean automáticamente obligatorias para los países miembros que conservan autonomía a este respecto, teniendo que ratificar las decisiones, tratados, convenios, acuerdos o reglamentos para que pasen a formar parte del derecho positivo. Sin embargo su legitimidad y su capacidad para lograr consensos las convierte en actores de peso en la nueva dinámica.

Con la incesante expansión de la interdependencia y la integración multilaterales, muchas cuestiones normativas antes consideradas asuntos públicos estrictamente nacionales han trascendido ya las fronteras de los países, debido a la imposibilidad de abordarlos exclusivamente mediante acciones internas.

La globalización ha propiciado que el complicado proceso de formulación y promulgación de ciertas y determinadas leyes nacionales, que son el resultado de diversos conflictos, contradicciones y luchas sociales, se haya tornado mucho más dificultoso. Es por ello que se afirma que estamos experimentando “la nacionalización de las leyes internacionales para resolver algunas de las consecuencias de la globalización” (Slaughter, 1997, p. 191-192, citado en Kirby, 1999, p. 51).

Recientemente se ha dado la tendencia hacia el impulso de la legislación sanitaria internacional, la cual se relaciona y está imbricada con múltiples aspectos cada vez más complejos tales como: la reproducción humana y la clonación humana, el trasplante de órganos humanos, las enfermedades infecciosas emergentes, el comercio internacional de alimentos, el control de la seguridad de los productos farmacéuticos, y la fiscalización de sustancias adictivas tales como los estupefacientes. Como resultado de la globalización, se admite también que la legislación sanitaria internacional está inextricablemente ligada a otros sectores relacionados con el derecho ambiental internacional y el control de los contaminantes tóxicos, la legislación laboral internacional y la salud y la seguridad ocupacionales, el control de los armamentos y la prohibición de las armas de destrucción masiva, la seguridad nuclear y la protección radiológica, y la fecundidad y el crecimiento demográfico (Taylor y Bettcher, 2001, pp. 28-29).

Entre este tipo de leyes internacionales destaca el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco (COMSCT), que fue sido firmado por 161 países, siendo Venezuela el país número 57 que lo ratificó en 2005, convirtiéndose en Ley Aprobatoria del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco (COMSCT) representa un verdadero modelo en el desarrollo de estrategias de regulación con respecto a las sustancias adictivas, siendo el

primer tratado mundial de salud pública. Fue creado como respuesta a la globalización de la epidemia del tabaquismo, acrecentada por una serie de factores de alcance global tales como la liberalización del comercio, el mercadeo global, los anuncios publicitarios transnacionales, la promoción y el patrocinio de diversos espectáculos (como la fórmula 1) y el contrabando internacional de cigarrillos (Centro de prensa OMS, 2005).

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco (COMSCT) representa para Venezuela una valiosa herramienta que permite continuar el desarrollo del marco jurídico legal existente para lograr una regulación y control sistemático, incidiendo en cada una de las áreas afectadas por el tabaquismo, además de sentar las bases para iniciar un proceso continuo de cooperación internacional que permita proporcionar soluciones ante la problemática del consumo de tabaco y sus productos derivados.

Por otra parte, en el año 2005, fue aprobado el Reglamento Sanitario Internacional, el cual fue ratificado por Venezuela, procediendo a designar el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) con la oficina regional, ubicada en la OPS. La finalidad y alcance del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales” (OMS, 2005).

Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009) .4

4. Conclusión.

Constantemente, los procesos de integración entran en crisis debido a los desequilibrios comerciales, los acuerdos bilaterales o multilaterales con otros bloques o países, o los conflictos políticos y económicos entre países fronterizos y al interior de los propios países.

De cualquier modo, desde el punto de vista formal existen políticas convergentes con la agenda internacional de salud, tales como la Atención Primaria en Salud (APS) y a universalidad en el acceso a los servicios de sanitarios, pero que sin embargo aun no cuentan con una institucionalidad sólida en el sistema de salud venezolano, lo que se evidencia en una clara contradicción entre la estrategia centralista del gobierno y la descentralización constitucionalmente establecida en dicha materia.

Lo anterior se explica principalmente por el trasfondo político de las políticas nacionales de salud, las cuales devienen en fuentes clientelares de legitimidad antes que en políticas de Estado. Se disipa así el éxito de las instituciones y las políticas promovidas desde los ámbitos de integración y cooperación internacional en salud, impulsados por la globalización.

Finalmente, los nuevos problemas que en materia de salud acompañan a la globalización plantean una verdadera reestructuración y reingeniería de las instituciones de salud, principalmente de la OMS y la OPS, así como también de sus normas, reglamentos, códigos y planes.

Referencias bibliográficas.

- Agudelo, C. (2007). Integración regional andina en salud. *Cad. Saúde Pública*, 27 (2), 267-272.
- Alcántara Moreno, G. (en impreta). La formulación de políticas de salud en la globalización desde el enfoque del nuevo institucionalismo. *Revista Venezolana de Ciencia Política*.
- Alcántara Moreno, G. (2006, Noviembre 27). Barrio Adentro y la reforma del sistema de salud ¿Política social o clientelismo? *Analítica.com* [Publicación en línea]. Disponible: <http://www.analitica.com/va/politica/opinion/7179188.asp> [Consulta: 2010, Julio 21].
- Alcántara Moreno, G. (2005). La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad en el siglo XXI. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.
- Aréchiga, Hugo (1997). *Ciencia, universidad y medicina*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Banco Mundial (2005, Marzo). [Página Web en línea]. Disponible: <http://www.BancoMundial.org/temas/resenas/sida.htm> [Consulta: 2010, Abril 11].
- Bronfman, M. y Díaz Polanco, J. (2003). La cooperación técnica internacional y las políticas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 227-241.
- Brunsvick, Y., y Danzin, A. (1999). *Nacimiento de una civilización*. Vendome, Francia: Ediciones de la UNESCO.
- Centro de Prensa OMS (2005, Mayo 25). Termina la Asamblea de la Salud, que ha adoptado resoluciones de gran importancia para la salud pública mundial, [Página Web en línea] Disponible: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_waha06/es/print.html [Consulta: 2010, Enero 21].
- Chiappe, G. (2010, Junio 22). El dengue está en toda Venezuela. *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: http://calidad.devida.eluniversal.com/2010/06/22/ten_art_el-dengue-esta-en-to_1946563.shtml [Consulta: 2010, Julio 10].
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5453 (Extraordinario)* Marzo 24, 2000.
- D'Elia, Y., y Cabezas, L. (2008). *Las misiones sociales en Venezuela*. Caracas: ILDIS
- D'Elia, Y. (2006). *Las misiones sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis*. Caracas: ILDIS.
- Díaz Polanco, J. (2010, Marzo 7). Barrio Adentro s el peor fraude que se le ha hecho al país. *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: http://caracas.Eluniversal.com/2010/03/07/ccs_art_barrio-adentro-es-e_1786329.shtml [Consulta: 2010, Julio 10].
- Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres (2009). *Logros de las Cumbres de las Américas: desde Mar del Plata a Puerto España*. Washington: Organización de Estados Americanos.
- Kirby, R. (1999). El papel de los medios de comunicación en el proceso de globalización entrando al siglo XXI. Trabajo de ascenso no publicado, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

- Ley Aprobatoria del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38304, Noviembre 01, 2005.
- Ley Orgánica de Seguridad Social (2002). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37600, Diciembre 30, 2002.
- Ley Orgánica de Salud (1998). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36579, Noviembre 11, 1998.
- Mazarraza-Alvear, L., y Montero-Corominas, M. (2004). La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. *Gac Sanit*, 18(1), 214-220.
- OMS (2008). Reglamento Sanitario Internacional (2005). Ginebra: Autor. 2da edición.
- OPS (2006b). OPS en el siglo XXI: liderazgo y cooperación en salud pública. Washington: Autor.
- OPS (2006a). Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es.pdf [Consulta: 2010, marzo 12].
- ONUSIDA-Venezuela (2010). Informe anual 2009, fortaleciendo la respuesta nacional y conjunta al VIH y sida. [Documento en línea]. Disponible: http://www.stopvih.org/pdf/ONUSIDA_2010_INFORME_ANUAL_ONUSIDA-Venezuela_2009-1.pdf [Consulta: 2010, junio 9].
- Prats, J. (2000). Desarrollo y sistema de salud. La dimensión institucional. Hacia un nuevo universalismo. El Informe de la OMS de 1999". *l'Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya*, [Revista en línea]. Disponible: http://iigov.org/documentos/?p=3_0059 [Consulta: 2009, Julio 8].
- República Bolivariana de Venezuela (2010). Cumpliendo las metas del milenio (2010). Caracas: Instituto Nacional de Estadística.
- República Bolivariana de Venezuela – Gabinete Social (2004). Cumpliendo las metas del milenio. Caracas: CDB Publicaciones.
- Roses, M. (2010, Marzo 8). Centenario del día internacional de la mujer. *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: http://www.eluniversal.com/2010/03/08/opi_art_centenario-del-dia-i_08A3535811.shtml [Consulta: 2010, junio 7]
- Roses, M. (2006). Presentación, en Organización Panamericana de la Salud, Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS.
- Taylor, A., y Bettcher, D. (2001). El convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica: una baza mundial para la salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 4, 28-37.
- Theis, R. (2009, Septiembre 20). Chávez declaró en emergencia la salud en Venezuela. *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: http://www.eluniversal.com/2009/09/20/pol_art_chavez-declaro-en-em_1574464.shtml [Consulta: 2010, marzo 7].
- UNASUR (2008). Propuesta Consejo Suramericano de Salud. [Documento en línea]. Disponible: http://www.orasconhu.org/documentos/UNASUR_salud_PPT.pdf [Consulta: 2010, febrero 11].