Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe

Latin American and Caribbean Economic System

Sistema Econômico Latino-Americano e do Caribe

Système Economique Latinoaméricain et Caribéen

Experiencias de cooperación en el sector de la salud en América Latina y el Caribe. Balance crítico y propuestas de acción de alcance regional

Reunión Regional de Consulta sobre Integración y Convergencia para la Salud en América Latina y el Caribe
Caracas, Venezuela
22 y 23 de julio de 2010
SP/RRC-ICSALC/DT No. 2 - 10

Copyright © SELA, julio de 2010. Todos los derechos reservados.
Impreso en la Secretaría Permanente del SELA, Caracas, Venezuela.

La autorización para reproducir total o parcialmente este documento debe solicitarse a la oficina de Prensa y Difusión de la Secretaría Permanente del SELA (sela@sela.org). Los Estados Miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir este documento sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a esta Secretaría de tal reproducción.

C O N T E N I D O

PRESENTACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO 3

I. INTRODUCCIÓN 7

II. INSTITUCIONALIDAD Y EXPERIENCIAS DE COOPERACIÓN EN EL SECTOR SALUD 11

A. En los organismos subregionales de integración tradicionales 11

1. Comunidad Andina de Naciones(CAN) 11
2. Comunidad del Caribe (CARICOM) 11
3. Mercado Común del Sur (MERCOSUR) 26
4. Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) 33

B. En los organismos de integración y cooperación creados recientemente 40

5. Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA)
6. Proyecto Integración y Desarrollo Mesoamérica (Proyecto Mesoamérica) 40
7. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) 43
   a) Antecedentes del accionar de los Ministros de Salud de Sudamérica antes de la creación de la UNASUR 47
   b) La Agenda de Salud Sudamericana 52

III. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PARA LA INTEGRACIÓN Y LA COOPERACIÓN EN EL SECTOR SALUD EN LA REGIÓN 56

BIBLIOGRAFÍA 63

ANEXO: INSTANCIAS POLÍTICAS DONDE SE ABORDA EL TEMA DE SALUD EN LOS ORGANISMOS DE INTEGRACIÓN DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE 67

Listado de Siglas Utilizadas

ADPIC	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ALBA	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América
ALC	América Latina y el Caribe
ALCA	Área de Libre Comercio de las Américas
ANR	Agencias Nacionales Reguladoras
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antiretrovirales
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPD	Buenas Prácticas de Dispensación
BPM	Buenas Prácticas de Manufactura
BPP	Buenas Prácticas de Prescripción
C.I.	Comisiones Intergubernamentales
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CAREC	Centro Epidemiológico del Caribe
CARICOM	Comunidad del Caribe
CARPHA	Agencia de Salud Pública del Caribe
CASE	Comisión Andina en Salud y Economía
CCAD	Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo
CCH	Cooperación Caribeña en Salud
CCHD	Comisión Caribeña en Salud y Desarrollo
CDB	Banco de Desarrollo del Caribe
CECMED	Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos de Cuba
CEHI	Instituto Caribeño de Salud Ambiental
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
CHRC	Consejo Caribeño de Investigaciones en Salud
CIES	Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
CIS	Consejo de Integración Social
CISSCAD	Consejos de Institutos de Seguridad Social de Centroamérica y la República Dominicana
CMC	Consejo del Mercado Común
CMDH	Consejo Mesoamericano de Desarrollo Humano
CMH	Conference of Ministers responsible for Health CARICOM
COCISS	Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social
COHSOD	Consejo de Desarrollo Humano y Social del Caribe
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
CONHU	Convenio Hipólito Unanue
COTESAS	Comisión Técnica Subregional para la elaboración de la Agenda y Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana
COTSE	Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación
CRDTL	Laboratorio Regional de Pruebas de Drogas del Caribe
CRSF	Marco Estratégico Regional del Caribe
CTSM	Comisión Técnica Subregional de Medicamentos
ECCB	Banco Central del Caribe Oriental
EFS/B	Escuela de Gobierno en Salud de Brasil
FCES	Foro Consultivo Económico y Social
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz

FOCARD-APS	Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento
GAN/ARV	Grupo de Acompañamiento de las Negociaciones de Antirretrovirales
GATS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios
GMC	Grupo del Mercado Común
HERA	Health Research for Action
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICH	Conferencia Internacional de Armonización
IMDH	Iniciativa Mesoamericana de Desarrollo Humano
IMSP	Instituto Mesoamericano de Salud Pública
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INCOTERMS FOB	International Commercial Terms Free-On-Board
ISAGS	Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
ODECA	Organización de Estados Centroamericanos
OECS	Organización de Estados del Caribe Oriental
OMC	Organización Mundial del Comercio
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS	Organismo Andino de Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
PAHO	Pan American Health Organization
PAM	Política Andina de Medicamentos
PAMAFRO	Proyecto "Control de Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: un Enfoque Comunitario"
PANCAP	Sociedad Pan Caribeña contra el VIH/SIDA
PASAFRO	Plan Andino de Salud en Fronteras
PCU	Unidad de Coordinación de la PANCAP
PMM	Política de Medicamentos para el MERCOSUR, Bolivia y Chile
PPP	Plan Puebla Panamá
PPS	Servicio de Compras Farmacéuticas de la OECS (Organización de Estados del Caribe Oriental)
PPT	Presidencia Pro Témpore
REESCAD	Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana
REMCAP	Reunión de Ministros de Centroamérica y Panamá
REMSAA	Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina
REMSUR	Reuniones de Ministros de Salud y Protección Social de América del Sur
RESSCAP	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá
RMS	Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR
SAC	Standing Advisory Council for Medical Research in the British Caribbean
SAN	Seguridad Alimentaria Nacional
SELA	Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe
SG-SICA	Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana
SGT	Subgrupo de Trabajo
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Sistema de Información de Salud
SISCA	Secretaría de la Integración Social Centroamericana

SMSP	Sistema Mesoamericano de Salud Pública
TCP	Tratado de Comercio de los Pueblos
TISCA	Tratado de la Integración Social de Centroamérica
TLC	Tratado de Libre Comercio
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIGILA-SUR	Red Sudamericana de Vigilancia y Respuesta en Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization

P R E S E N T A C I Ó N

El presente documento de la Secretaría Permanente del SELA, analiza las experiencias de cooperación en el sector de la salud que se han desarrollado en el marco de los distintos órganos de integración de alcance subregional en América Latina y el Caribe (ALC).

En el mismo se describe la evolución de los esfuerzos de implementación de políticas y proyectos comunes en el ámbito de la salud en los organismos de integración subregional de ALC de más larga data, como son el Sistema de Integración Centroamericano (SICA), la Comunidad Andina (CAN), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR). Posteriormente, se resumen los acuerdos adoptados y proyectos en marcha en el marco del ALBA, del Proyecto Mesoamérica y UNASUR, entidades que han definido al sector de la salud como uno de sus ejes de acción fundamentales para el avance de la integración. Al final, se presentan las conclusiones fundamentales del trabajo así como algunas propuestas con vistas a avanzar en términos de integración y convergencia para la salud en ALC.

Este trabajo servirá de base a las discusiones que tendrán lugar en la Primera Reunión Regional de Consulta sobre Integración y Convergencia para la Salud en ALC que se desarrollará a fines del mes de marzo de 2010 en la sede del SELA.

La Secretaría Permanente agradece a la Dra. Ariela Ruiz Caro, en su calidad de consultora, la dedicación y el esfuerzo analítico desplegado en la realización de este estudio.

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento de la Secretaría Permanente del SELA describe analíticamente la evolución de los esfuerzos para la implementación de políticas y proyectos comunes en el ámbito de la salud, que han tenido lugar en los organismos de integración subregional, así como en los de reciente creación (ALBA, Proyecto Mesoamérica y UNASUR); los cuales han definido a este sector como prioritario dentro de sus ejes de acción. En estas tres entidades, se relega el ámbito del comercio dentro de los planes de acción para el avance de la integración, y se instalan con máxima jerarquización los aspectos sociales, los del desarrollo de la infraestructura y los de la seguridad energética. En el ámbito de la salud, estas nuevas instituciones dan cuenta de un proceso de convergencia en algunos temas siguiendo directivas que emanan del más alto nivel político.

Los efectos de la actual crisis internacional así como el avance de las nuevas tecnologías, la enorme importancia del factor conocimiento en la economía y la evidencia de que el abordaje individual de algunos problemas de salud – como determinadas epidemias que trascienden las fronteras – resultan ineficaces, están determinando un cambio en la forma de abordar el desarrollo de la salud, así como en el tipo de soluciones requeridas para mejorar el acceso a bienes y servicios de salud de calidad para la población. En este contexto, los gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) han asignado a los organismos de integración un rol creciente para el logro del objetivo de garantizar salud para todos, al utilizar dichas entidades como plataformas de cooperación técnica que facilitan la comunicación e interacción entre los países en iniciativas conjuntas en este sector. De este modo, se han venido impulsando instancias políticas e institucionales para abordar temas de salud en todos los organismos subregionales de integración y cooperación de América Latina y el Caribe.

En este intento por fortalecer las acciones en este ámbito en el marco de los organismos de integración regional, han influido también algunos efectos no esperados de las reformas sectoriales llevadas a cabo en la mayor parte de los países de ALC durante los noventa, caracterizadas por el cambio hacia un rol regresivo del Estado y la liberalización de las reglas del mercado que llevó a procesos de privatización en el financiamiento y la prestación de los servicios. Tal como sostiene la Comisión Técnica de Recursos Humanos en Salud de UNASUR, hay consenso en que en muchos países se debilitó el poder del Estado, hecho que tuvo consecuencias negativas en la calidad de la atención de los servicios de salud. Asimismo, ello produjo en algunas naciones, un retroceso en los avances alcanzados con respecto a la atención primaria.

Sin embargo, los intentos por mejorar el acceso de la población a la salud abordándolos a través de diversos programas desde los organismos de integración regional, no han logrado todavía los resultados esperados, a pesar de indudables avances registrados, especialmente en el plano político. En efecto, en los foros de integración regional, las autoridades gubernamentales coinciden en el diagnóstico y soluciones a los problemas que enfrentan en el sector salud. Como ejemplos, todos han ratificado el concepto de la supremacía de la salud pública sobre los intereses económicos y comerciales, y al respecto han manifestado que los medicamentos, vacunas, insumos y equipos que se requieren para atender enfermedades de importancia para salud pública, deben considerarse bienes públicos globales. De igual manera, han suscrito declaraciones conjuntas en las que consideran que los derechos de propiedad intelectual no pueden impedir que los Estados Partes adopten medidas para proteger la salud pública, así como el derecho de hacer uso de las flexibilidades previstas en las normas de los ADPIC de la OMC, en caso de ser necesario.

Los limitados avances en relación a las expectativas respecto a avances en cuanto al desarrollo de la salud desde los esfuerzos de integración y cooperación en ALC se deben, entre otros, a que las acciones tendientes a impulsar un mayor acceso a la salud, han sido desarrolladas básicamente como complementarias a los problemas derivados de los procesos económicos de apertura y desregulación que experimentaron la mayoría de los países de América Latina y el Caribe en los últimos tiempos. Asimismo, debe tenerse en cuenta el carácter no vinculante que tienen las decisiones que se adoptan en las instancias políticas subregionales donde se aborda el tema; las limitaciones relacionadas con las capacidades de gestión e incidencia de los diversos actores involucrados, (regionales y nacionales, públicos y privados) sobre el desarrollo de la salud; y las restricciones en cuanto al financiamiento de actividades comunes, que tienen que ver, en algunos casos, con carencia de recursos y, en otros, con la ausencia de una decisión política que privilegie el financiamiento de este tipo de acciones, tal como lo señala la Coordinación de Foros y Reuniones del Sector Salud de Centroamérica.

Entre las múltiples iniciativas y programas llevados adelante en los organismos de integración subregional, cabe destacar las negociaciones conjuntas de precios y compras de medicamentos e insumos desarrolladas por los Ministerios de Salud con los laboratorios internacionales. Una de las acciones más importantes se ha llevado a cabo en el marco de las acciones entre el ORAS-CONHU y el MERCOSUR las que negociaron y lograron acuerdos para la compra conjunta de medicamentos antirretrovirales y reactivos de diagnóstico para el manejo de pacientes afectados con el VIH en la región. Estas se realizaron en 2003 y 2005, respectivamente, con resultados calificados de exitosos desde el punto de vista político, económico y social, por los países.

Sin embargo, como lo sostiene el organismo andino de salud, en algunos casos no se pudo hacer uso de los precios pactados por dificultades en los mecanismos internos de compra de las diferentes naciones; en otros casos, porque la industria local se negó a reconocer lo acordado por sus casas matrices en la negociación, y en otros, por la heterogeneidad en las regulaciones comerciales domésticas que afectaron los procesos de adquisición nacionales. La OPS añade que una parte de los medicamentos ARV, objeto de negociación, no estaba registrado en todos los países participantes en el proceso de negociación de precios; y que dicha negociación tuvo carácter voluntario, sin compromiso formal de cumplimiento de los acuerdos por las partes involucradas.

Un aspecto importante a destacar es que la existencia de medicamentos cuya producción ha sido dejada de lado por el sector privado, y la aparición de las denominadas enfermedades huérfanas[1], ha dado lugar a que la producción pública de medicamentos sea considerada como herramienta política. En ese sentido, en el marco de la UNASUR, se intenta identificar las capacidades industriales existentes en la región con el fin de planificar una política regional de producción de medicamentos y otros insumos de salud.

[1] Se entiende como “enfermedades huérfanas” a aquéllas que afectan a menos de cinco personas por cada 10.000 habitantes. Estás agrupan a las denominadas enfermedades “raras”, caracterizadas por su baja prevalencia, así como a las “olvidadas”, caracterizadas por ser comunicables y afectar principalmente a pacientes que viven en países en desarrollo. “Están huérfanas” de atención por parte de la investigación y de interés del mercado, así como de políticas de la salud pública. (Organización Europea para Enfermedades Raras (EURORDIS). Según la Organización Mundial de la Salud, existen más de 5.000 enfermedades que cumplen el requisito de enfermedades huérfanas.

También en la región del Caribe han tenido lugar experiencias de compras conjuntas de medicamentos. De hecho, los primeros en desarrollar una aproximación regional para las compra de medicamentos antiretrovirales con vistas a combatir el VIH/SIDA fueron los países de la CARICOM, proceso que se inició en febrero de 2002. Si bien las negociaciones entre el PANCAP y seis industrias farmacéuticas internacionales culminaron en acuerdos en julio de 2002 y en febrero de 2003, las dificultades que aparecen cuando se efectivizan las compras a los precios acordados, presentan algunas similitudes con los registrados en la región sudamericana.

Las naciones centroamericanas también realizan negociaciones conjuntas para la compra de medicamentos considerados de alto costo y trascendencia para la mayoría de países, en cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Agenda de Salud, definida en junio 2009. Ya se dispone del Reglamento de Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos, con lo que se establece el marco jurídico que le da viabilidad y legalidad a este proceso iniciado en octubre de 2006.

En general, las políticas de medicamentos establecidas en los organismos de integración se rigen por un conjunto de principios que, entre otros, reconocen el acceso a medicamentos como un derecho humano; que los medicamentos vitales o esenciales deben ser tratados como un bien público; que el bien común debe prevalecer sobre el bien individual; y, que el acceso, la vigilancia de la calidad y la seguridad de los medicamentos son una responsabilidad del Estado.

Entre los problemas asociados al acceso a medicamentos, en gran medida porque los objetivos del sector productivo y de comercialización de medicamentos no siempre son coincidentes con los intereses de salud pública; se destacan entre otros: a) la ausencia de medicamentos en los mercados locales para el tratamiento de enfermedades tales como chagas, dengue, entre otras; b) la existencia de pocos proveedores de medicamentos para algunas enfermedades prioritarias; y c) que frecuentemente se prescriban medicamentos haciendo uso de prácticas poco éticas de promoción.

Sin duda, la negociación conjunta es una herramienta política que mejora las posibilidades de lograr menores precios en los medicamentos, con respecto a los que pueden lograr los países individualmente. Estos han tenido, y tienen el enorme desafío de tener que tratar con la industria farmacéutica internacional, con gran poder económico – y también político – la cual obviamente busca maximizar sus beneficios económicos.

Sin embargo, parte de los aspectos decisivos que inciden directamente en el acceso a los medicamentos, se discuten en organismos internacionales, cuyas normas - en muchos casos - tienen carácter vinculante. Es el caso de los Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio (ADPIC o TRIPS, por sus siglas en inglés), la regulación de los servicios de salud en el marco del Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (GATS), y los foros donde se debate la armonización de las medidas sanitarias y fitosanitarias; todas ellas en el marco de la OMC.

Todos estos temas son también abordados y normados en los Tratados de Libre Comercio que varios países de la región han suscrito con Estados Unidos, con la Unión Europea y, con otros países extrarregionales. De todos ellos, los aspectos referidos a la protección de los derechos de propiedad intelectual son los que mayor incidencia tienen en el acceso a la salud pública.

Ello se debe a que al firmar los TLC, los países estarían aceptando normas sobre derechos de propiedad intelectual más restrictivas que los previstos en el marco multilateral de los

ADPIC de la OMC. En mayor o en menor grado, las naciones de la región que han suscrito este tipo de acuerdos, han tenido que modificar su legislación nacional y elevar sus niveles de protección a la propiedad intelectual más allá de lo que están obligados por el acuerdo ADPIC.

Al respecto, funcionarios de la OPS advierten que las patentes pueden representar una barrera para el acceso a los medicamentos, pues confieren un monopolio que retarda la introducción de las versiones genéricas que reducen ostensiblemente los precios; benefician a los países centrales porque consolidan la hegemonía de las compañías farmacéuticas transnacionales; y aumentan la dependencia tecnológica y económica de los países periféricos. Señalan también, que por el carácter reservado de las negociaciones, los Ministerios de Salud no tienen el poder suficiente como para incidir en ellas y que, inclusive, en algunas negociaciones concretas, los TLC han sido negociados con afectaciones para el ámbito de la salud sin su participación. A ello se añade que los países en desarrollo no están debidamente informados de las opciones disponibles en lo que se refiere a los derechos de propiedad intelectual relacionados con el acceso a los medicamentos. Por ello, muchos ni siquiera están utilizando las flexibilidades previstas en el Acuerdo ADPIC y en la Declaración de Doha.

En ese sentido, es importante difundir, no sólo en el ámbito de los gobiernos, sino en el de la sociedad civil, los alcances que tienen estas negociaciones y sus potenciales efectos sobre el acceso a la salud; así como la importancia de avanzar en términos de integración y convergencia en el sector de la salud. Este es un ámbito de acción en el que el SELA podría impulsar foros que promuevan el debate y la difusión de este tema, con miras a fortalecer la posición negociadora de los gobiernos y de los organismos de integración subregional existentes en ALC y lograr el impulso de una estrategia de integración y convergencia para la salud de la región con la incorporación de los sectores políticos, económicos y sociales relevantes para tal empeño.

En todas estas acciones y esfuerzos por diseñar respuestas coordinadas a nivel regional entre los estados latinoamericanos y caribeños, la participación no sólo de los principales actores políticos sino también de diversos actores sociales, coadyuvaría a enfrentar en mejores condiciones las consecuencias de la emergencia de un orden internacional que, probablemente, no se construirá sobre una base estrictamente multilateral, sino a partir de acuerdos bilaterales y plurilaterales.

Toda vez que las decisiones que se adoptan en las instancias políticas creadas en los organismos regionales para abordar aspectos del ámbito de la salud no tienen carácter vinculante, es necesario desarrollar una estrategia comunicacional que difunda la problemática relacionada a la evolución de este sector, así como de sus determinantes políticos, económicos y sociales. Esto contribuirá a contrarrestar la falta de una difundida conciencia política sobre las ventajas de la integración y la articulación en el ámbito de la salud para el logro de metas de desarrollo social; la poca credibilidad acerca de los beneficios de la integración en algunos sectores políticos de ALC; la todavía marcada supremacía que tienen los intereses económicos sobre los sociales en las agendas de la integración de la región; y la aún baja prioridad asignada a los asuntos relativos a la integración regional en las agendas políticas nacionales.

Al final de este documento se sintetizan algunas propuestas de acción - la mayoría de ellas de mediano y largo plazo – con vistas a avanzar en términos de integración y convergencia para la salud de América Latina y el Caribe.

I. INTRODUCCIÓN

Los organismos de integración subregional (SICA, CARICOM y CAN) y en menor medida el MERCOSUR, incluyeron en sus Tratados fundacionales, objetivos generales en el ámbito de la salud. A lo largo de su existencia, se fueron creando - en algunos casos - entidades que tenían la función específica de abordar esta área de la integración. Ese es el caso del Convenio Hipólito Unanue, creado en 1971, dos años después de la fundación de la Comunidad Andina, entonces denominada Acuerdo de Cartagena.

Sin embargo, en todos ellos, se han ido conformando instancias políticas conformadas por las Reuniones de los Ministros de Salud de los respectivos organismos de integración, encargados de regir el sector, aunque las resoluciones que se adoptan en estos foros, no tienen carácter vinculante. (Ver Anexo)

En colaboración con estas instancias políticas e institucionales; en los organismos de integración de la región se han diseñado e instrumentado diversas iniciativas y programas en el ámbito de la salud. El acceso a la salud para amplios sectores de la población, la reducción de la desnutrición y la mortalidad infantil y materna, así como la reducción en la propagación del VIH/SIDA, del paludismo, de la tuberculosis y de otras enfermedades graves, forman parte de los programas instrumentados y de los objetivos y propósitos a alcanzar establecidos en las declaraciones consensuadas al más alto nivel político de los diferentes organismos de integración en ALC.

De igual forma, acciones para la atención de la salud en zonas fronterizas, la vigilancia epidemiológica, la conformación de redes binacionales de servicios de salud en las fronteras, el desarrollo de programas de prevención y la ampliación de su cobertura, figuran también como parte de los programas y propósitos de las instancias encargadas de los aspectos de salud en casi todos los organismos de integración subregional.

Gran parte de estas iniciativas coinciden, y muchas veces se sobreponen, con los compromisos que han asumido los gobiernos de la región de forma individual en otros foros internacionales de mayor alcance, como los plasmados en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, las Cumbres Presidenciales entre América Latina y el Caribe y la Unión Europea, las Cumbres Iberoamericanas, o los establecidos en la Agenda de Salud para las Américas: 2008-2017, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A pesar de esta multiplicidad de compromisos, los aspectos relacionados directamente al tema de la salud, no han sido materia de una legislación comunitaria con carácter vinculante en los organismos subregionales de integración. En general, las legislaciones comunitarias no han otorgado un tratamiento diferenciado para que el comercio y/o la inversión de bienes o servicios vinculados al sector salud sean tratados como bienes públicos y no solamente como mercancías. Tampoco han puesto límites a algunos aspectos sobre patentes que pudieran ser vulnerados en negociaciones internacionales a nivel bilateral con países industrializados. Las pocas excepciones, como el régimen común de propiedad industrial de la Comunidad Andina de Naciones, que aborda el tema de las patentes y los plazos para los datos de prueba para medicamentos, con carácter vinculante y con primacía sobre las normas nacionales, fue modificado en 2006 para hacer viable la negociación de los Tratado de Libre Comercio de Perú y Colombia con Estados Unidos.

Es decir, aspectos fundamentales asociados al logro de un mayor acceso a la salud de la población como las reglamentaciones sobre comercio de bienes y servicios (en

particular el comercio de medicamentos y equipos médicos dentro de la región); las reglas sobre compras gubernamentales e inversiones; o normas de propiedad intelectual, que deberían otorgarle a las mercancías, servicios e inversiones vinculadas a este ámbito un tratamiento de "bien público", no han sido suficientemente tomadas en cuenta en la mayoría de los organismos de integración al momento de definir sus objetivos y programas de cooperación subregional en el ámbito de la salud.

A pesar que durante la década de los noventa se llevaron a cabo programas y proyectos en el área de salud con apoyo de la cooperación internacional, los temas sociales en general, fueron perdiendo importancia relativa frente a la que tuvieron la liberalización del comercio y otros aspectos vinculados a la esfera económica. En el ámbito comercial a nivel subregional, no sólo se avanzó significativamente en la reducción de las medidas arancelarias y para-arancelarias, sino que tuvo lugar un proceso de homogenización de reglamentaciones como las sanitarias y fitosanitarias, las de transportes, las asociadas a los pasos de frontera y otras tendientes a facilitar el comercio internacional. Asimismo, los organismos de integración se utilizaron como plataforma para armonizar las estadísticas en diversos ámbitos del área económica y social que - en general - tendían a adecuarse a normas internacionales que buscaban facilitar la inserción de los países en el sistema económico internacional.

Los organismos de integración reflejaron las reformas económicas que se instrumentaron en los países que los conformaban, las cuales estuvieron influenciadas, en la mayoría de los casos por los organismos financieros multilaterales, y también por los acuerdos adoptados en la Organización Mundial del Comercio (OMC). Es decir, las normativas de los esquemas subregionales de integración estuvieron determinadas, básicamente, por las políticas que les imprimieron sus gobiernos las que, a su vez, en muchos casos terminaron siendo funcionales a los intereses de grandes corporaciones empresariales, entre ellas, las de la industria farmacéutica. En la medida que las autoridades nacionales restaron atención a ciertos ámbitos de la esfera social, los organismos de integración tampoco tuvieron mayor incidencia en la formulación de este tipo de políticas, mucho menos a propuestas de políticas públicas redistributivas.

La creciente insatisfacción con los resultados de las reformas implementadas en el marco de la liberalización económica, fue generando –sobre todo a fines de la década de los noventa– serios cuestionamientos respecto a su solidez como alternativa para mejorar los niveles de desarrollo humano.

En este marco, los temas sociales, especialmente los vinculados a la salud, fueron adquiriendo un rol cada vez mayor en las agendas de la integración desde principios del milenio. Desde entonces, los compromisos y actividades en este sector han sido crecientes. Los organismos subregionales de integración de América Latina y el Caribe, han venido impulsando instancias políticas e institucionales, así como programas conjuntos que tienen como propósito abordar de manera cooperativa el tema de la salud y lograr un mejor acceso de calidad a sus servicios y a los medicamentos.

Sin embargo, la situación de América Latina y el Caribe respecto a seguridad sanitaria, y acceso a servicios de salud de calidad – aunque se registran perceptibles avances – exhibe todavía indudables rezagos. En el informe "Objetivos de Desarrollo del Milenio: La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe" (2008), un conjunto de agencias de Naciones Unidas bajo la coordinación de la CEPAL, documenta importantes avances entre los años 1990 y 2007, al mismo tiempo que constata las insuficiencias y desequilibrios persistentes en los estándares de salud y el acceso a esos servicios en nuestra región. Gran parte de la población de América Latina

y el Caribe aún no ejerce a plenitud su derecho a salud. El documento concluye que "para lograr niveles más elevados de solidaridad, evitar la selección de riesgos y progresar hacia coberturas equitativas aseguradas, los sistemas de salud deben superar el carácter segmentado que refleja patrones de discriminación propios de las sociedades en que se insertan", manifiesta que "es imperativo asumir compromisos con los principios de solidaridad y universalidad, con la protección social y la progresividad fiscal" y recomienda "ingentes esfuerzos para promover la cooperación regional" en esta área.

Lo anterior se relaciona directamente con el hecho de que en nuestra región persisten altas tasas de pobreza, así como una crónica tendencia a mantener una elevada desigualdad en la distribución del ingreso y en el acceso a los servicios públicos, en particular los de educación, salud y protección laboral y social. En parte, ello se ha relacionado en los últimos años, con que las políticas económicas que se aplicaron en ALC durante los noventa redujeron –según algunos analistas– los márgenes para disminuir la desigualdad social. La tendencia a la privatización de la salud, de la educación y de los fondos de previsión social, creó servicios de primer mundo para unos pocos y a la vez, marginó de ellos a una parte significativa de la población.

Existe una opinión mayoritaria que considera que en la situación actual del sector salud, como por ejemplo, la referida a los recursos humanos, es preciso reconocer los efectos derivados de los procesos de reforma de los sistemas de salud que implementaron los países. Al respecto, la Comisión Técnica de Recursos Humanos en Salud de UNASUR señala que las reformas sectoriales llevadas a cabo en la mayor parte de los países suramericanos durante los noventa, caracterizadas por el cambio regresivo del rol del Estado, la introducción o profundización de las reglas del mercado que llevó a los procesos de privatización en el financiamiento y la prestación de los servicios, produjeron algunos efectos no deseados con serias consecuencias para sus sistemas de salud. Si bien no todos los países aplicaron el mismo tipo de reformas y el impacto no fue uniforme, hay consenso en que en muchos países se debilitó el poder del Estado para promover un adecuado desarrollo y gestión de recursos humanos que tuvo consecuencias negativas en la calidad de la atención de los servicios. Asimismo, produjo un retroceso en algunos países en los avances realizados con respecto a la atención primaria.

Es este el marco en el que en el nuevo milenio, la dimensión social, y en particular los temas de salud, han adquirido mayor relevancia. Ésta no sólo se expresa en las declaraciones políticas emanadas de las Cumbres Presidenciales y Reuniones de Ministros de Salud de los organismos subregionales, sino también en la creación de nuevos esquemas de integración y cooperación (UNASUR, ALBA y Proyecto Mesoamérica) En estos nuevos proyectos de integración y cooperación regional, a la salud se le ha asignado elevada jerarquía. En los tres casos, las máximas autoridades de los gobiernos miembros, han asumido las iniciativas y proyectos en el ámbito de la salud como un compromiso al más alto nivel político.

En los tres organismos recientemente creados, se relega el ámbito del comercio dentro de las prioridades de trabajo con vistas a impulsar la integración, y se instalan con mayor fuerza los aspectos sociales, el desarrollo de la infraestructura y la seguridad energética. Asimismo, estas nuevas instituciones de cooperación e integración dan cuenta de un proceso de convergencia en algunos temas, fundamentalmente en los sociales y, en particular, en el ámbito de la salud.

En general, en los foros de integración regional, las autoridades gubernamentales coinciden en el diagnóstico y soluciones a los problemas que enfrentan en el sector salud. Como ejemplos, todos han ratificado el concepto de la supremacía de la salud pública sobre los intereses económicos y comerciales, y al respecto, han manifestado que los medicamentos, vacunas, insumos y equipos que se requieren para atender enfermedades de importancia en salud pública, deben considerarse bienes públicos globales. De igual manera, han suscrito declaraciones conjuntas en las que consideran que los derechos de propiedad intelectual no deberán impedir que los Estados Partes adopten medidas para proteger la Salud Pública, así como el derecho de hacer uso de las flexibilidades previstas en las normas de ADPIC de la OMC, en caso de ser necesario.

En todos estos organismos se reconoce también, que una estrategia para superar la pobreza y la inequidad social, no puede reducirse a la ejecución de acciones orientadas a paliar sus consecuencias y manifestaciones, sino que debe apuntar a los factores que determinan situaciones de pobreza, desigualdad y exclusión social. Es por ello, que en todas las Agendas estratégicas de salud de los organismos subregionales de integración se habla de conformar Comisiones que actúen sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Sin embargo, si bien estos determinantes son fundamentales para el mayor acceso a la salud, no deben dejar de considerarse los elementos económicos y políticos que están en la base de dichos determinantes sociales.

La actual crisis internacional y las características del proceso de globalización están cambiando la naturaleza de los problemas y las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones adecuadas para solucionarlos y satisfacerlas. Las respuestas a nivel global para brindar mejores servicios en salud, muchas veces no consideran la complejidad de las distintas realidades de los países y prevalece una tendencia a estandarizar respuestas o a fijar objetivos sin considerar las particularidades de las distintas regiones.

Por otro lado, es evidente que el abordaje individual de algunos problemas de salud como determinadas epidemias que trascienden las fronteras, han resultado ineficaces. En ese sentido, muchos expertos consideran que las condiciones más apropiadas para afrontar los problemas de salud internacional se consiguen a escala regional y subregional. Por lo tanto, para frenar el impacto de los efectos de la crisis internacional en la salud, resulta fundamental el fortalecimiento de los procesos de integración en América Latina y el Caribe como una plataforma de cooperación técnica que catalice la comunicación e interacción entre las naciones en iniciativas conjuntas que permitan abordar problemas de carácter transnacional pero que tienen impacto en la realidad nacional de cada país miembro.

En el presente informe se describe la evolución de los esfuerzos de convergencia e implementación de políticas comunes que han tenido lugar en el ámbito de la salud en los organismos de integración subregional de ALC, así como en los de más reciente creación (ALBA, Proyecto Mesoamérica y UNASUR), que han definido a este sector como uno de sus ejes de acción fundamentales. Se concluye con la presentación de algunas propuestas para avanzar en términos de integración y convergencia para la salud en ALC.

II. INSTITUCIONALIDAD Y EXPERIENCIAS DE COOPERACIÓN EN EL SECTOR SALUD

A. En los organismos subregionales de integración tradicionales

1. Comunidad Andina (CAN)

El tratamiento del área de salud en la ***Comunidad Andina de Naciones*** (CAN) está a cargo del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), el cual tiene como órgano directivo máximo a las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA). La secretaria técnica del REMSAA es ejercida, a su vez, por el ORAS-CONHU, creado para implementar los acuerdos adoptados por los Ministros de Salud, con el objetivo prioritario de coordinar y apoyar los esfuerzos de los países miembros. (Ver Recuadro 1).

Recuadro 1: Organismo Andino de Salud: Convenio Hipólito Unanue

El Convenio Hipólito Unanue (CONHU) es un acuerdo de cooperación firmado en 1971 por los Ministros de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la salud de sus poblaciones y desarrollar acciones coordinadas para enfrentar problemas comunes de salud.

Está dirigido por la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) que se reúne una vez al año, y cuenta con una Secretaría Ejecutiva, creada en 1974 con sede permanente en Lima.

A partir de 1998, el CONHU es adscrito al Sistema Andino de Integración y durante la REMSAA XXIII del año 2001 los Ministros de Salud acuerdan incorporar a su nombre el de Organismo Andino de Salud (ORAS) por lo tanto hoy sus siglas son ORAS-CONHU.

El ORAS-CONHU tiene como misión garantizar el cumplimiento de los mandatos de la REMSAA, promoviendo y facilitando la armonización de políticas, el intercambio de experiencias y la capacidad de respuesta a los problemas comunes, en el marco de la integración andina y la concepción de la salud como derecho social fundamental.

Asimismo, coordina y promueve acciones destinadas a este efecto, con prioridad por el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales y coordina con otros órganos subregionales, regionales e internacionales las acciones que concurran a ese fin.

Fuente: Sitio web ORAS-CONHU

Para el abordaje del tema salud en el área andina, se dispone actualmente de un Plan Estratégico 2009-2012, el cual fue aprobado por los Ministros de Salud reunidos en la XXI Reunión Extraordinaria, en diciembre de 2008.[2] Este Plan Estratégico de mediano plazo, ha sido elaborado en concordancia con las líneas de acción que en materia de salud han sido encomendadas por los Jefes de Estado en el marco de la UNASUR.

[2] En la XXIX REMSAA realizada el 9 y 10 de abril de 2008 se emitió la Resolución 443 que delega a la Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud y al Comité Técnico Coordinador la elaboración de un Plan Estratégico a mediano plazo que incluya indicadores de gestión, que fue presentado, en diciembre de 2008.

El Plan Estratégico busca impulsar la integración andina y sudamericana con el fin de garantizar el derecho a la salud de la población en la región. Para ello, se propone armonizar y construir políticas, propiciar espacios para el intercambio de experiencias y diseñar estrategias en respuesta a problemas comunes de salud, basados en los principios de complementariedad, equidad, compromiso, respeto a la diversidad y solidaridad.

Para definir dicho plan, se identificaron problemas como la inadecuada articulación de los sistemas de vigilancia y respuesta de los países andinos; el limitado acceso a los medicamentos; dificultades para operacionalizar los determinantes sociales en las políticas de salud; déficit en cantidad y calidad, así como inadecuada distribución de recursos humanos para el sector de la salud; y limitado acceso a los sistemas de salud.

En respuesta a los problemas priorizados se determinaron los siguientes objetivos estratégicos:

1) Contribuir a la integración andina y sudamericana en salud

Para alcanzar este objetivo la Comunidad Andina dispone del Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO), creado en marzo de 2003, el cual pretende a través de la conformación de redes binacionales de servicios de salud, garantizar la atención en salud a las personas que vivan o se desplacen a través de las fronteras (ver Recuadro 2). Estas redes deben responder a necesidades específicas e incluir componentes prestacionales, organizacionales y de financiamiento. En este marco, se busca también continuar impulsando la implementación del Proyecto "Control de Malaria en las zonas fronterizas de la región andina: un enfoque comunitario" (PAMAFRO) el cual tiene como objetivo disminuir en 50 % la mortalidad y en 70 % la morbilidad por dicha enfermedad en las áreas de frontera (ver Recuadro 3).

Recuadro 2: Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO)

La Decisión 541 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, del 11 de marzo de 2003, aprobó los lineamientos del Plan Andino de Salud en Fronteras. Para ello se fijaron tres objetivos específicos:

a) Priorizar los problemas de salud de cada frontera y definir las acciones conjuntas para atenderlos.
b) Conformar redes binacionales de servicios de salud en las fronteras
c) Elaborar, ejecutar y evaluar proyectos fronterizos de atención de salud de carácter binacional.

Para la elaboración, ejecución y seguimiento del Plan Andino de Salud en Fronteras, se creó el Comité Ejecutivo del Plan Andino de Salud en Fronteras, conformado por los responsables de las Oficinas de Cooperación Externa y Relaciones Internacionales de los Ministerios de Salud del Área Andina. La Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue actúa como Secretaría Técnica del Comité Ejecutivo del Plan Andino de Salud y cuenta con el apoyo de la Secretaría General de la Comunidad Andina.

Recuadro 3: Proyecto "Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario" (PAMAFRO)

El PAMAFRO es un proyecto que integra esfuerzos entre Ecuador, Colombia, Perú y Venezuela para reducir la malaria en las zonas de mayor incidencia por esta enfermedad. El objetivo es disminuir en un 50% la morbilidad, en 70% la mortalidad y disminuir en 50% los Municipios con IPA > 10 por esta causa, en las zonas fronterizas de los países participantes, poblaciones muy susceptibles debido a las austeras condiciones de vida que tienen.

El Proyecto PAMAFRO fue presentado ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y fue aprobado en julio del año 2004, por un total de 26 millones de dólares con un plazo de 5 años de ejecución, El Proyecto se inició en octubre del 2005, se ha cumplido la Fase I y se inicia la Fase II que concluye en septiembre del 2010.

Para alcanzar las metas señaladas se han establecidos los siguientes objetivos:

- *Promover y fortalecer la organización social y comunitaria, así como su participación activa para el planeamiento y liderazgo para la lucha contra la malaria.*

- *Incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria en la población objetivo.*

- *Diseñar e implementar un sistema de información de salud (SIS) y de vigilancia epidemiológica dirigido a las áreas homogéneas e integradas, el cual se unifique con lo ya existente en el Sistema Andino de Vigilancia Epidemiológica y los SIS nacionales, buscando reducir significativamente el subregistro existente que se estima está alrededor de un 50% de los casos de malaria en las zonas fronterizas.*

- *Desarrollar un proyecto piloto de redes de comunicación de voz e información entre los establecimientos de salud del área rural y apartados en la zona fronteriza Perú-Ecuador.*

- *Desarrollar investigaciones esenciales cuyos resultados se puedan aplicar en la toma de decisiones e intervenciones para el control y prevención de la malaria, en las zonas homogéneas del proyecto.*

Por otro lado, para ampliar la cobertura de acceso se hizo necesario implementar una estrategia de compra conjunta de medicamentos e insumos para los cuatro países participantes en el proyecto, de forma que se tuviera una disminución significativa de los precios y de su incidencia en los costos generales del tratamiento de las poblaciones afectadas.

La adquisición de medicamentos antimaláricos y otros productos sanitarios se realiza con recursos proporcionados por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Los precios unitarios obtenidos con la compra conjunta se encuentran muy por debajo de aquellos correspondientes a los precios promedio de adquisición subregionales.

Fuente: www.orasconhu.org

2) Fortalecer la red andina de vigilancia epidemiológica y respuesta con énfasis en los ámbitos de frontera y articularla con las existentes en la región sudamericana

Para ello resulta necesario realizar un uso eficiente de instrumentos para la comunicación y comparabilidad de datos entre países, desarrollar recursos humanos especializados en epidemiología y control de eventos en salud pública, fortalecer la investigación en los ámbitos de frontera para el control y prevención de eventos en salud pública, fortalecer la vigilancia en la salud pública sudamericana, coordinar respuestas de los países miembros de la red andina ante emergencias sanitarias mediante una detección y control eficientes y crear una red de institutos nacionales y laboratorios. Todas estas acciones, en su conjunto, contribuirán a la construcción del denominado Escudo Epidemiológico Sudamericano[3]

3) Promover y garantizar el acceso universal a medicamentos de calidad, seguros y eficaces en la subregión andina

Para ello se busca mantener actualizada la Política Andina de Medicamentos[4] (ver Recuadro 4). Asimismo, hacer un uso racional de medicamentos para cuyo cumplimiento se requiere elaborar las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) y las Buenas Prácticas de Dispensación (BPD), plantear la organización de un programa de fármacovigilancia a nivel subregional y establecer un Código de Ética Andino que discipline la promoción y publicidad de medicamentos.

De igual manera, se requiere realizar el análisis de las capacidades de los países de la subregión andina para la producción pública de medicamentos, analizar la gestión de los sistemas de suministros en los países de la subregión y mantener información actualizada de precios de medicamentos y difundirla oportunamente.

[3] Con Resolución 447, los Ministros de Salud en su reunión anual XXIX de abril de 2008, aprobaron la creación de la red andina de institutos de salud, la misma que tiene un rol importante en la vigilancia epidemiológica al proporcionar datos críticos de los eventos en salud bajo vigilancia andina.

[4] Los países miembros del ORAS-CONHU más los del MERCOSUR y México realizaron dos negociaciones para la adquisición de logrados para la compra conjunta de medicamentos antirretrovirales y reactivos de diagnóstico para el manejo de pacientes afectados con el VIH en la región. La primera de ellas, tuvo lugar en Lima, en junio de 2003 y la segunda en agosto de 2005, en Buenos Aires, con resultados calificados de exitosos desde el aspecto político, económico y social, según lo expresaron los países. Los resultados de las negociaciones se describen en el capítulo correspondiente a la UNASUR.

Recuadro 4: Política Andina de Medicamentos

La Política Andina de Medicamentos (PAM) fue aprobada por los Ministros de Salud de los países miembros en marzo de 2009. Esta política actualiza la Política de Medicamentos de la Subregión Andina, vigente en la subregión desde 1993 y está enfocada a orientar y fortalecer la gestión sanitaria del medicamento en los países andinos para disponer de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, promoviendo su uso racional y garantizando acceso equitativo a aquellos esenciales.

Algunos aspectos a resaltar de esta PAM son los siguientes:

1) *Reafirma al medicamento como bien público fundamental que forma parte del Derecho a la Salud y que debe ser garantizado por los sistemas de salud, dejando claro que los intereses económicos no pueden estar por encima de los intereses colectivos y de la salud pública.*
2) *Enfatiza que la selección de medicamentos y su inclusión en los listados de medicamentos esenciales de cada país debe dar respuesta a los problemas de salud-enfermedad prevalentes y no a los "dictados de la moda" generados por los intereses de la industria y favorecidos por su influencia sobre los prescriptores.*
3) *Se avanza en una propuesta para crear un Observatorio de Medicamentos para colocar a la disponibilidad de los Ministros un instrumento actualizado de vigilancia y control de precios.*
4) *Enfatiza los temas de la seguridad y farmacovigilancia, recordando que ningún medicamento es totalmente inocuo, y que son grandes los problemas creados por su utilización o prescripción indebida, y que su uso racional es parte fundamental de la política.*
5) *Se plantea el tema de la producción pública de medicamentos y la posibilidad de alianzas estratégicas entre los países para desarrollar la producción regional de medicamentos y biológicos, y se considera la necesidad de incentivar la investigación nacional para dar respuesta a los problemas prevalecientes y desatendidos.*
6) *Se destaca la necesidad de continuar armonizando políticas y homologando criterios para avanzar en la integración y hacer de la salud un espacio real de encuentro entre los Ministerios, los gobiernos y los pueblos andinos.*

Fuente: Política Andina de Medicamentos, Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, Lima, abril de 2009.

4) Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de recursos humanos en salud

Para el cumplimiento de este objetivo, se requiere implementar el Plan Andino de Recursos Humanos aprobado en La Paz en noviembre de 2007, cuyas actividades programadas son:

- la operación del Observatorio Andino de Recursos Humanos, como instrumento de desarrollo de inteligencia colectiva en recursos humanos;
- la activación del Sistema de Monitoreo, estableciendo la línea base para el monitoreo de las metas regionales para el desarrollo de Recursos Humanos levantada en los seis países miembros; y

- desarrollo de un marco conceptual andino para la educación en salud, que permita vincular la formación con las necesidades de salud de la población; gestión de la migración en la región andina y articulación de la universidad con la salud de la población, a través de la capacitación y actualización de recursos humanos en gerencia, investigación y formación docente(ver Recuadro 5).

Recuadro 5: Plan Andino de Recursos Humanos en Salud

El Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, se refiere a un conjunto de acciones para enfrentar problemas comunes de los países de la subregión, con intervenciones que no repiten ni reemplazan las acciones nacionales y que se orientan a buscar desarrollos colectivos en el marco de las Metas Regionales de Recursos Humanos.

Propone un horizonte de acción para el año 2015, y una programación en períodos de dos años, articulados a los esquemas de programación subregional de la Organización Panamericana de la Salud.

Propósito y Objetivos

Las acciones y actividades que propone el Plan, están concebidas y se ejecutarán, para el fortalecimiento de los sistemas de servicios de salud en particular respecto a la Atención Primaria de la Salud y la Interculturalidad y desde la perspectiva de Integración entre países.

Objetivos específicos

a) Apoyar la construcción o fortalecimiento y desarrollo, en los países de la subregión andina, de la capacidad requerida, para la definición de políticas, la formulación de planes y la adopción de estrategias para el desarrollo y la gestión de políticas de los recursos humanos en salud.

b) Promover y apoyar la organización o fortalecimiento, en los países de la subregión, de procesos de monitoreo y evaluación de los avances.

c) Contribuir a la creación y desarrollo, de parámetros comunes para los sistemas de información en recursos humanos en salud.

d) Impulsar los acuerdos entre países para orientar la corrección de distorsiones y restricciones existentes en la formación y el desempeño de las diferentes categorías y disciplinas del personal de salud.

e) Apoyar, el establecimiento de agendas, espacios y oportunidades de investigación y participación para el conocimiento de los procesos de migración del personal de salud.

Fuente: Sitio web del ORAS-CONHU

5) Convertir los determinantes sociales en el eje de las políticas públicas y programas de salud en la subregión andina

En relación a este objetivo se espera, además de diseñar e implementar programas y proyectos intersectoriales que fortalezcan capacidades para el abordaje de determinantes sociales y la equidad en salud en la subregión de manera conjunta entre los países andinos, instrumentar el Plan Andino de Salud intercultural[5]. Este plan intenta, entre otros, incorporar la medicina tradicional y la adecuación intercultural en los servicios y sistemas de salud, así como formular y desarrollar políticas públicas en salud con una perspectiva intercultural. Asimismo, de acuerdo con el plan subregional de VIH/SIDA para el sector salud 2007-2010, se considera intercambiar experiencias exitosas para la prevención de la infección VIH e ITS en HSH, incluyendo jóvenes HSH, trabajadores sexuales, personas privadas de la libertad. De otro lado, continuar con la implementación del Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes, así como la política de seguridad alimentaria que contempla la difusión del Plan Andino para la Erradicación de la Malnutrición Infantil entre las agencias de cooperación técnica y financiera para obtener los recursos necesarios con vistas a su implementación.

6*) Promover sistemas que garanticen el acceso universal a la salud*

Para cumplir con este objetivo se requiere disponer de información sobre acceso a inversión de salud y su impacto en el desarrollo social. Parte de las actividades requeridas en este ámbito de la salud son abordadas en el marco de la Comisión Andina en Salud y Economía (CASE) (ver Recuadro 6). Asimismo, se vincula a las acciones derivadas de la Comisión Técnica de Evaluación de Tecnologías Sanitaria fortalecida y con el plan de trabajo implementado. El Plan de Trabajo de esta Comisión[6] contempla actividades como la armonización de la regulación en el tema de evaluación de tecnología sanitaria; diagnóstico de situación de la evaluación de tecnología sanitaria; conformación de la red de intercambio de información; y la elaboración e implementación de una política subregional de evaluación de tecnología sanitaria.

7) Fortalecer el sistema de gestión por resultados del ORAS CONHU para cumplimiento de los mandatos emitidos por las REMSAAs

Este objetivo pretende generar y mejorar las capacidades humanas, técnicas y financieras de la Secretaría del ORAS CONHU para asegurar el cumplimiento de los objetivos señalados en el Plan Estratégico, así como las Resoluciones dictadas por los Ministros de Salud de la Región Andina. Para ello se apunta a fortalecer la gestión de los recursos humanos y disponer de un uso adecuado de tecnologías que faciliten los procesos administrativos y financieros de la entidad.

[5] La Comisión Andina de Salud Intercultural, conformada por un representante de cada país, elaboró con la cooperación del ORAS-CONHU y la OPS/OMS el Plan Andino de Salud Intercultural (resolución REMSAA/438-2000).

[6] El Plan de Trabajo de la Comisión Técnica de Evaluación de Tecnología Sanitaria fue aprobada en la XXIX REMSAA.

Recuadro 6: Comisión Andina en Salud y Economía (CASE)

La Comisión Andina en Salud y Economía fue creada en febrero de 2006. Cuenta con una Secretaría Técnica conformada por Ministros de Salud y Hacienda de los países miembros.

El Plan de Trabajo 2008-2009 del CASE comprende actividades como análisis y evaluación económica en salud; capacitación de la masa crítica de salud y economía; implementación de Foros nacionales y andinos con el objetivo central de resaltar la importancia de la inversión en salud y las capacidades de los sistemas de salud para responder a los requerimientos de crecimiento económico y desarrollo social. De igual forma incluye la homologación de metodologías de las cuentas de salud en Sudamérica con el objetivo principal de avanzar en la armonización de las cifras de financiamiento y gasto público y privado en salud, buscando acuerdos metodológicos y técnicos que permitan mejorar las comparaciones regionales.

Como líneas de trabajo se busca promover espacios de información sobre los hallazgos de la CASE en los poderes legislativo y ejecutivo de los países de la subregión y promover espacios de análisis y discusión sobre los temas de la CASE en foros nacionales con participación de instituciones académicas, sociedades científicas, asociaciones profesionales y sociedad civil organizada.

En noviembre de 2008 se realizó el primer Foro Sudamericano en Salud y Economía, en Quito. Éste fue organizado por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE).[7]

2. Comunidad del Caribe (CARICOM)

La Comunidad del Caribe (CARICOM) fue fundada bajo el nombre de Comunidad y Mercado Común del Caribe, el 4 de julio de 1973 mediante la suscripción del Tratado de Chaguaramas con el objetivo de conformar un mercado común. En dicho Tratado, la preocupación por los temas sociales se expresó en el preámbulo mismo del proyecto. En efecto, el pleno empleo, el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de vida, y la efectiva utilización de las instituciones establecidas para el desarrollo económico, social y cultural de los pueblos, son aspectos mencionados en las consideraciones para su creación. Sin embargo, los objetivos que figuran explícitamente en dicho texto son básicamente económicos.

La estructura institucional prevista en su Tratado fundacional no estableció la creación de alguna Secretaría que se encargara de los temas sociales. Sin embargo, como parte de las instituciones de la CARICOM, en el área de la salud específicamente, se estableció, la Conferencia de Ministros de Salud[8]. Ésta se encargaría de formular las políticas y funciones necesarias para la realización de los objetivos de la Comunidad en este ámbito. La Conferencia de Ministros de Salud, como institución de la CARICOM, podría dictar sus propios procedimientos y establecer comités subsidiarios, agencias y

[7] Con el auspicio del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la cooperación de la Corporación Andina de Fomento (CAF), de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el auspicio del Consejo Nacional de Salud del Ecuador.

[8] Mecanismos similares fueron instalados en diferentes áreas sociales, económicas y políticas.

otros cuerpos que estimara necesarios para el eficiente desarrollo de sus funciones, así como decidir la admisión de observadores en sus deliberaciones, representantes de Estados no Miembros y de otras organizaciones.[9] Un ejemplo de ello fue la adopción de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud[10] (Ver Recuadro 7).

Recuadro 7: Carta del Caribe para la Promoción de la Salud

El 1994 los Estados miembros de CARICOM adoptaron el Caribbean Charter for Health Promotion; por mandato de la 13ra Conferencia de los Ministros de Salud del Caribe. Desde la adopción de esta carta se ha instrumentado una variedad de iniciativas para promover el desarrollo del sector salud en la región. La implementación de estas iniciativas se ha venido haciendo en tres fases, con posibles solapamientos. La primera fase consistió en la toma de conciencia de la relevancia de los principios del mandato para el bienestar de la población del Caribe.

La segunda fase (1997-2001), designaba a la promoción de la salud como estrategia central de implementación. Las seis estrategias del mandato fueron utilizadas para identificar acciones tendientes a alcanzar las metas dentro de ocho áreas prioritarias. Los esfuerzos también tendieron a buscar sinergias entre el sector salud y otros sectores. Iniciativas como School Health and Family Life Education Project, Project Lifestyle for Schools, Healthy Hotels and Health and Tourism Projects, Healthy Communities fueron lanzadas durante esta etapa.

Durante la tercera fase se mantuvo el interés en promover la salud y se enfatizó en la construcción de capacidades para acelerar la instrumentación de los planteamientos establecidos.

Fuente: SELA, Dimensión social de la integración: Lineamientos para un Plan de Acción en salud, educación, vivienda y empleo, Seminario Regional de Consulta sobre Dimensión Social de la Integración en América Latina y el Caribe Caracas, Venezuela 16 y 17 de julio de 2008 y OPS, Report on Eastern Caribbean: Achievements in Health Promotion with respect to the commitments in the México Declaratión, Chile Workshop, PAHO/CPC 2002.

A lo largo de su historia, el Tratado ha registrado modificaciones por el mecanismo de los Protocolos que adecuan los términos del acuerdo a la realidad política y económica internacional. En el año 2001, estos Protocolos modificatorios fueron aprobados por los Estados Miembros y se obtuvo un nuevo texto que constituye el Tratado de Chaguaramas revisado.

En los objetivos establecidos en el Tratado revisado sí se hace, en comparación al anterior, referencia explícita a metas sociales. Además, se establece una nueva estructura institucional al haberse creado 4 Consejos Ministeriales de apoyo al Consejo de Jefes de Estado, que sustituyen a las denominadas Conferencias de Salud o Comités de Ministros según el área abordada. El Consejo que aborda el tema de la salud es el Consejo de Desarrollo Humano y Social (COHSOD) que, además, debe impulsar el

[9] Tratado de Chaguaramas, Artículo 12, 1973.
[10] Caribbean Charter for Health Promotion.

desarrollo social y humano, no sólo mediante el desarrollo de la salud, sino también la educación y el deporte[11] (ver Recuadro 8).

Recuadro 8: Consejo de Desarrollo Humano y Social (COHSOD)

El COHSOD está conformado por los Ministros designados por los Estados miembros y es responsable de la promoción del desarrollo humano y social de la CARICOM. En particular, COHSOD tiene como función:

(a) promover el mayor acceso a la salud, incluyendo el desarrollo y organización de los servicios de salud eficientes y accesibles a la población;

(b) promover el desarrollo de la educación por medio de una organización eficiente de los servicios educativos y de formación en la Comunidad, incluidos los servicios técnicos y de entrenamientos elementales y avanzados;

(c) promover y desarrollar coordinadamente políticas y programas para mejorar las condiciones de vida y trabajo de la población, así como adoptar las medidas necesarias para facilitar la organización y desarrollo de una relación armónica del ámbito laboral;

(d) establecer políticas y programas para promover el desarrollo de la juventud y las mujeres en la Comunidad con miras a fortalecer su participación en las actividades sociales, culturales, políticas y económicas;

(e) promover y establecer programas para el desarrollo de la cultura y los deportes en la Comunidad;

(f) promover el desarrollo de programas focales especiales para el establecimiento y mantenimiento de un medio ambiente humano saludable en la Comunidad; y

(g) realizar cualquier función indicada por la Conferencia que surja en función del Tratado.

Fuente: Tratado de Chaguaramas revisado, 2001.

Asimismo, en julio de 2001, los Jefes de Estado de la CARICOM emitieron una Declaración con el lema "La salud de la región es la riqueza de la región", en Nassau. En ella se comprometieron a plantear iniciativas y objetivos que permitieran lograr un mejor estado de salud de la población en los siguientes cinco años, haciendo hincapié en el liderazgo, planificación estratégica, gestión, ejecución y movilización de recursos en el contexto de los procesos de reforma del sector salud que entonces estaban en marcha.

[11] Los otros tres son: el Consejo de Comercio y Desarrollo Económico (COTED), encargado de promover el comercio y el desarrollo económico de la Comunidad, el Consejo de Relaciones Exteriores y de la Comunidad (COFCOR) a cargo de coordinar las políticas exteriores de sus Estados miembros y, en lo posible, adopta posiciones conjuntas de la Comunidad sobre asuntos internacionales y el Consejo de Finanzas y Planificación. (COFAP), a cargo de la coordinación de la política económica y de la integración financiera y monetaria.

Para promover el tema de la salud, colocarlo como eje central en el centro del proceso de desarrollo y llevar adelante los objetivos planteados en la Declaración de Nassau, los Jefes de Estado determinaron la creación de un grupo especial que diseñara un conjunto de estrategias para dichos fines. Éste se constituyó en 2003, con el nombre de Comisión Caribeña en Salud y Desarrollo (CCHD) en el marco del COHSOD. Asimismo, se comprometieron a implementar la Fase II de la Cooperación del Caribe en Salud (CCH). Ésta sería el marco bajo el cual serían considerados todos los planes sectoriales para la salud, tanto regionales, como subregionales y nacionales (ver Recuadro 9).

Recuadro 9: Cooperación Caribeña en Salud (CCH) Fase II y Antecedentes

El concepto de Cooperación del Caribe en Salud fue presentado en 1984 en una reunión de la Conferencia de Ministros de Salud (CMH) de la CARICOM y se aprobó por los Jefes de Gobierno en 1986. Se consideró que la salud podría abordarse a través del incremento de la colaboración y la promoción de la cooperación técnica entre países en el Caribe, especialmente en siete áreas prioritarias.

En 1996, la CMH, decidió reformular la Iniciativa para el período 1997-2001, con el objetivo de beneficiar a los Estados miembros a través de: a) la reducción de costos asociados a la duplicación de servicios o la movilización de la asistencia extra-regional; b) optimización de los recursos nacionales y externos para abordar los problemas sanitarios prioritarios; c) identificación y ejecución de proyectos y programas adecuados en colaboración con instituciones regionales; d) intercambio de experiencias con otros países del Caribe, especialmente para hacer frente a problemas similares; e) creación de mecanismos para la participación sostenida de los interlocutores sociales en todas las etapas de desarrollo y ejecución del programa; f) planificación del futuro de la salud regional; g) obtención de recursos para que los países se beneficien de economías de escala; y h) aplicación de la política de integración regional de manera significativa en el sector de la salud.

Las áreas prioritarias que serían abordadas regionalmente fueron: salud ambiental, fortalecimiento de los sistemas de salud, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental (abuso de sustancias); salud de la familia (prevención y control de enfermedades transmisibles); alimentación y nutrición; y desarrollo de recursos humanos.

La nueva fase de la iniciativa CCH buscaría, además, asegurar que las actividades se centraran en áreas críticas para mejorar el estado de salud en la región, involucrar más activamente a todos los países del Caribe, así como a agencias regionales e internacionales, en una red dinámica de comunicación dedicada a mejorar la salud en la región. Además, buscaría ampliar la participación a otros sectores y participantes.

Fuente: Caribbean Cooperation in Health: Phase II. A new vision for Caribbean Health, Pan American Health Organization/ World Health Organization and Caribbean Community Secretariat, August 1998.

En cuanto a la gestión de la Fase II de la Cooperación del Caribe en Salud (CCH) se decidió la creación de una Secretaría de la CCH, conformada conjuntamente por funcionarios de la Secretaría de la CARICOM y de la OPS. La Secretaría de la CCH actuaría como facilitador para asegurar la identificación de las necesidades de los países, y promovería la cooperación técnica entre las naciones, agencias, instituciones y

organizaciones públicas y privadas, así como voluntarios vinculados a esta área temática.

Asimismo, se decidió que la Asociación Pan Caribeña de lucha contra el HIV/AIDS serviría como modelo para movilizar recursos para implementar el Plan Estratégico Regional en HIV/AIDS. Toda vez que PANCAP se convirtió en un instrumento de confianza para los donantes, se recomendó su expansión para incluir otras áreas prioritarias de la salud y promover el apoyo de los donantes (ver Recuadro 10).

Con respecto a la planificación estratégica de la salud, los Jefes de Estado de la CARICOM consideraron en la Declaración de Nassau, que compartir los servicios y una aproximación integrada del manejo de información sobre la salud, así como su programación, era una necesidad urgente. Asimismo, destacaron que el Plan Estratégico Regional contra el HIV/AIDS debía incluir el Servicio de Compras Farmacéuticas (PPS) de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) como mecanismo representativo para la compra de antiretrovirales.

En efecto, los primeros en desarrollar una aproximación regional para la compra de medicamentos antiretrovirales para combatir el VIH/SIDA fueron los países de la CARICOM. El proceso se inició en febrero de 2002 con la Declaración de los Ministros para ejecutar un Plan Regional con los siguientes planteamientos: negociar precios uniformes para AZT, 3TC, NVP, EFV e IDV; determinar un Plan Regional para desarrollar la capacidad clínica y del sistema de salud para la atención integral a nivel regional y nacional; elaborar un sistema de compra conjunta a través de la OPS, así como un marco de la negociación entre los países miembros.

En mayo de 2002, los representantes de la CARICOM realizaron la presentación de la Iniciativa a los proveedores de ARVs durante la Asamblea Mundial de la Salud. Un mes después, en junio, se realizó una reunión técnica en Barbados para finalizar el Documento Marco del Plan Regional, instrumento que brindó información acerca de la oferta y demanda en aquel momento, la demanda potencial, los precios de compra y el marco legal vigente que establecía la cobertura teórica de los diferentes países. En julio de 2002 el PANCAP y seis industrias farmacéuticas internacionales acordaron paquetes de drogas para el Caribe de 1.000 dólares por persona al año.

Sin embargo, los gobiernos de la CARICOM consideraron que ese precio seguía siendo elevado, luego de la caída de los precios de las materias primas y la fuerte reducción del mercado turístico tras los atentados del 11 de septiembre en Estados Unidos. Las negociaciones continuaron y en febrero de 2003 se consiguió un precio inferior al que se acordó con las industrias farmacéuticas en julio del año anterior, al permitirse la combinación de investigación y desarrollo de medicamentos con las drogas genéricas.

Recuadro 10: Asociación Pancaribeña de lucha contra el HIV/SIDA (PANCAP)

PANCAP fue creada en febrero de 2001 durante la Reunión de Jefes de Estado de la CARICOM y aprobada en la Declaración sobre Salud en Nassau en 2001.

Los países miembros de PANCAP son : Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caymán, Cuba, Dominica, República Dominicana, Grenada, Guyana, Haití, Jamaica, Montserrat, Antillas Holandesas,, Puerto Rico, St. Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vincente y las Grenadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Norteamericanas.

La Asociación se propone ampliar la respuesta al VIH / SIDA en la región. Su mandato específico es:

- *Promover los temas vinculados al VIH / SIDA en los más altos niveles de los gobiernos*
- *Coordinar acciones regionales y movilizar recursos tanto a nivel regional como internacional*
- *Incrementar los niveles de recursos de los países, tanto en términos humanos como financieros con el fin de enfrentar la epidemia.*

La estructura de PANCAP está conformada por cuatro elementos:

- *La asociación PANCAP*
- *Un Comité Directivo*
- *Una Unidad de Coordinación*
- *Grupos de Trabajo Técnico*

La Asociación se encarga de apoyar a las áreas prioritarias de acción previstos en el Marco Estratégico Regional.

La membresía incluye a los países miembros, los organismos de las Naciones Unidas, organizaciones bilaterales y multilaterales, organizaciones regionales e internacionales, redes de personas que viven con el VIH / SIDA, instituciones académicas, el sector privado y organizaciones religiosas.

La Unidad de Coordinación PANCAP (PCU) se encuentra en la Secretaría de la CARICOM en Georgetown, Guyana y es apoyada por los socios PANCAP. Las actividades del proyecto de la PCU incluyen la movilización de recursos, la coordinación y promoción de una ley de ética y derechos humanos con miras a revisar las políticas nacionales para impedir las prácticas de no discriminación de las personas infectadas y afectadas por el VIH, así como un proyecto para promover la información intercambio entre los socios.

La última (Novena) Reunión General Anual PANCAP fue realizada en octubre en Grenada y tuvo como lema "Hacia el Acceso Universal: Fortaleciendo la respuesta multisectorial al HIV/SIDA en el Caribe." Actualmente se está en proceso de instrumentación el Marco Estratégico Regional del Caribe (CRSF) sobre el VIH/SIDA para el período 2008-2121.

En general, hay un reconocimiento de parte de los gobiernos, de que a pesar que la región del Caribe ha instrumentado estrategias agresivas de prevención contra el HIV, todavía no ha alcanzado a toda la ciudadanía. Por eso la PANCAP debe ahora tomar la iniciativa para organizar un movimiento de líderes políticos, empresarios, religiosos, deportistas y artistas para dar a conocer estas iniciativas a la población.[12]

Fuente: http://www.pancap.org

[12] Discurso de inauguración del Sr. Leslie Ramsammy, Ministro de Salud de Guyana, durante la Décimo tercera Reunión del Mecanismo de Coordinación Regional de PANCAP los días 17-18 de noviembre de 2009 en la Secretaría General de la CARICOM, en la ciudad de Georgetown.

Es importante destacar que los países de la CARICOM no sólo tienen que afrontar el tratamiento de casos de HIV/SIDA, sino un creciente número de enfermedades crónicas no transmisibles, para los cuales hace falta asegurar su tratamiento. En este marco, el Grupo de Asesoramiento Técnico establecido en la décima reunión del COHSOD, recomendó la realización de un estudio sobre los sistemas de regulación existentes sobre medicinas en los países miembros con el fin de establecer su adecuación para asegurar la oferta a tiempo de medicamentos seguros, efectivos y de calidad. Conscientes de que el mercado y las restricciones humanas y financieras pueden traducirse en una barrera potencial para una regulación efectiva y eficiente de medicamentos en cada uno de los países, se encargó el diseño de estrategias y un plan de acción para el desarrollo de un sistema armonizado para la regulación de drogas en la región.

Desde julio de 2009 la CARICOM dispone de una evaluación regional sobre el tema del registro de medicamentos y de sus sistemas regulatorios en los estados miembros y la República Dominicana.[13] Con respecto a las características de los sistemas regulatorios de los países de la CARICOM, éstos pueden ser divididos en tres grupos: el primero, comprende a 5 países, los cuales cuentan con un sistema regulatorio más completo, incluido el registro de medicamentos. En estos países se concentra aproximadamente 91% de toda la población de la CARICOM. El segundo grupo comprende a dos países, en los cuales se tiene planeado implementar el registro de medicamentos en el futuro cercano. El tercer grupo comprende a 8 países, con sistemas regulatorios limitados, y en los cuales no se tiene previsto instaurar pronto el registro de medicamentos. Siete de estos estados forman parte de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS)[14]

En general, los países consideran que la armonización de la regulación de drogas en el marco de la región del Caribe, traerá beneficios. Aquéllos que no tienen un sistema de registro, consideran especialmente favorable la constitución de un organismo central que evalúe las solicitudes de autorización de comercialización. En general, las principales causas consideradas por los países son la falta de experiencia y la capacidad financiera y de recursos humanos. La mayor parte de estos países se aprovisionan de productos farmacéuticos para el sector público del Servicio de Compras Farmacéuticas de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS/PPS) (Ver Recuadro 11) Sin embargo, existe preocupación por la falta de control de los medicamentos que circulan en el mercado privado.

[13] Regional Assessment of Drug Registration and Regulatory Systems of CARICOM Member Status and the Dominican Republic, Final Report, Volumen I, Health Research for Action (HERA) Julio de 2009, Bélgica.

[14] La OECS está conformado por Anguila, Antigua y Barbuda, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Grenada, Montserrat, Saint Kitts y Nevis; Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas.

Recuadro 11: Servicio de Compras Farmacéuticas de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS/PPS)

El PPS es un instrumento de la Organización de Estados del Caribe Oriental que realiza compras de medicamentos y se autofinancia al cubrir sus costos de operación que tienen una tasa de 15%. Está formado por nueve países de esa región, Anguila, Antigua y Barbuda, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Grenada, Montserrat, St. Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, con una población total de aproximadamente 550 mil habitantes.

En 1986, los Primeros Ministros de la OECS acordaron establecer el PPS y el proyecto inicial fue financiado por la USAID. Los países depositaron un tercio del presupuesto anual de sus cuentas farmacéuticas en cuentas individuales en el Banco Central del Caribe Oriental (ECCB), a fin de garantizar el pago puntual a proveedores y mantener un fondo revolvente para medicamentos. En 1989 el mecanismo logró la autosuficiencia financiera.

Los productos ofrecidos por la OECS / PPS son adquiridos exclusivamente a través de contratos anuales. El PPS opera un sistema centralizado y restringido de licitación en el que todos los proveedores aprobados son pre-calificados mediante un cuestionario de registro de vendedores. Los precios se ofertan en dólares norteamericanos. La selección de los proveedores tiene un profundo impacto tanto en la calidad como en el costo de los medicamentos. Una garantía de calidad insuficiente en el proceso de selección puede resultar en la compra de medicamentos que son ineficaces e inseguros.

Además de la compra conjunta, el PPS proporciona a los países una amplia gama de servicios relacionados, como la capacitación y asistencia técnica, formulario manual de medicamentos comunes, estudios de utilización de medicamentos y garantía de calidad. Al respecto, el PPS ha puesto en marcha un programa integral de seguridad de la calidad para garantizar que cada medicamento importado sea eficaz y aceptable. El programa de garantía de calidad comprende la precalificación de los proveedores seleccionados, los acuerdos de compra, y las pruebas regulares de medicamentos prioritarios en tres laboratorios.

Fuente: Regional Assessment of Drug Registration and Regulatory Systems of CARICOM Member Status and the Dominican Republic, Final Report, Volumen I, Health Research for Action (HERA), julio de 2009, Bélgica.

Es importante destacar que en una Conferencia realizada en Barbados en 2006, nueve países de la CARICOM[15] y la República Dominicana ya habían discutido la posibilidad de armonizar la regulación de medicamentos. Durante dicha reunión, se identificó que la función reguladora de la evaluación de los expedientes presentados para el registro debía hacerse a nivel regional. "Podría haber registro regional, pero las licencias para uso en los países deberían estar bajo jurisdicción de cada Estado miembro. Con respecto a otras funciones reguladoras, hubo acuerdo general en disponer de directrices regionales (e internacionales) para la concesión de licencias e inspección de negocios farmacéuticos. Un cuerpo regional podría desempeñar un rol importante en la

[15] Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente, Suriname y Trinidad y Tobago.

inspección y otorgamiento de licencias de los fabricantes, mientras que la regulación de la cadena de distribución se consideró como una competencia nacional, que utilizaría directrices armonizadas."[16]

Recientemente, los países de la CARICOM han propuesto crear la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), que entraría en operación a principios de 2010, con sede, aún por confirmar, en Trinidad y Tobago. CARPHA se convertiría en la entidad bajo la cual funcionarían las cinco entidades regionales del Caribe existentes en el ámbito de la salud: el Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC) creado en 1975, con sede en Trinidad y Tobago: el Instituto de Alimentación y Nutrición (CFNI), fundado en 1967, con sede en Jamaica; el Instituto Caribeño de Salud Ambiental (CEHI), establecido en 1988 en Santa Lucía; el Consejo Caribeño de Investigaciones en Salud (CHRC), con sede en Trinidad, que data de 1955[17]; y el Laboratorio Regional de Pruebas de Drogas del Caribe (CRDTL), con sede en Jamaica desde 1974.[18]

Finalmente, es importante destacar los intentos de cooperación intrasubregionales en el ámbito de la salud. Uno de ellos figura en la Declaración Conjunta de la II Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del SICA y la CARICOM, realizada en Belice en mayo de 2007. En ella se reitera el interés de fortalecer la cooperación en el área de salud, en particular a través del intercambio de experiencias en el manejo de enfermedades crónicas no contagiosas y programas para el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, que permitan enfrentar tales pandemias.

Asimismo, han tenido lugar experiencias de cooperación a nivel bilateral de países como Argentina y Cuba, con la CARICOM.

3. Mercado Común del Sur (MERCOSUR)

A diferencia de otros organismos de integración en los que la dimensión social ha estado presente desde sus respectivas fundaciones, el Tratado de Asunción, que crea el MERCOSUR en 1991 - el último organismo de integración creado que apunta a conformar un mercado común - no estableció una instancia específica para el tratamiento de los temas sociales de la integración, ni tampoco para el de la salud.

---

[16] Regional Assessment of Drug Registration and Regulatory Systems of CARICOM Member Status and the Dominican Republic, Final Report, Volumen I, Health Research for Action (HERA) julio de 2009, Bélgica.

[17] El CHRC se denominó originalmente Comité Consultivo Permanente (SAC) (Standing Advisory Council), por sus siglas en inglés) creado con el fin de asesorar en el área de la investigación médica. En 1972 se transformó en el Consejo de Investigaciones Médicas de la Comunidad del Caribe (CCMRC) y, en 1998, incorporó a los países caribeños que no eran parte de la Comunidad Británica, cambiando el nombre a Consejo Caribeño de Investigaciones en Salud (CHRC).

[18] Entre las acciones en marcha para el funcionamiento de CARPHA figuran la realización del cálculo de costos de las funciones, la infraestructura y dotación de personal, el establecimiento de una estrategia de marketing dirigida por especialistas en salud pública del Reino Unido, en colaboración con especialistas de la región, y la planificación de una reunión de donantes coordinados por el Banco de Desarrollo del Caribe (CDB) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La financiación de los trabajos preliminares hasta el momento ha sido apoyada por la Agencia Canadiense de Salud de Ottawa y la OPS, mientras que la Secretaría de la CARICOM, conjuntamente con la Oficina de Coordinación del Programa del Caribe de la OPS en Barbados, ha sido responsable de los arreglos administrativos y logísticos.

En 1994, el Protocolo de Ouro Preto, que establece la estructura institucional actual del MERCOSUR, crea el Foro Consultivo Económico y Social (FCES) que empieza a funcionar en 1996 y se constituye en el órgano de representación de los sectores económicos y sociales de los Estados Partes. Sin embargo, éste es cuestionado por tratarse de un espacio cerrado que es largamente superado por los actores de las organizaciones sociales. Asimismo, porque es escasamente consultado por el Grupo de Mercado Común y porque sus opiniones no son a menudo tomadas en cuenta.

Es en 1995 cuando fue creada la instancia política en la que se trata el tema de la salud en esta subregión: las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR[19]. Un año más tarde, en 1996, se creó el Sub Grupo Técnico Nº 11 Salud como órgano técnico de carácter deliberativo que se ocupa de la armonización de las legislaciones nacionales en materia de regulación de la salud y la compatibilización de los sistemas de control sanitario entre los Estados miembros.

En ambas instancias - la política y la técnica - el tema de la salud en el MERCOSUR ha sido motivo de un debate permanente abarcando temas como la garantía de la salud a la población, los aspectos de la propiedad intelectual, la producción y acceso a los medicamentos, los determinantes sociales de la salud, los sistemas de salud universales, la garantía de inclusión de la ciudadanía en políticas de salud, la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, la vigilancia sanitaria regional de enfermedades transmisibles, la política de salud en las fronteras, el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la política de innovación tecnológica, entre otros temas que vienen siendo debatidos e incorporados en la agenda regional.

Las Reuniones de Ministros de Salud, en cuanto foro político dependen del Consejo Mercado Común (CMC), órgano superior del Mercado Común, que conduce el proceso de integración. Éste está integrado por los Jefes de Estado, los Ministros de Relaciones Exteriores y Economía de los Estados partes. En ese sentido, la función de las Reuniones de Ministros de Salud es la de "proponer al CMC medidas tendientes a la coordinación de políticas en el área de la salud para el MERCOSUR. Su objetivo es la priorización conjunta de temas de políticas en este ámbito y la armonización, hacia el futuro, de soluciones compartidas o de acciones promotoras de políticas de salud, en áreas que los Ministros consideren prioritarias."[20]

Para dar funcionalidad a este Foro, el mismo está constituido por Comisiones Intergubernamentales (C.I.) que abordan el tratamiento de los temas diversos desde una perspectiva técnica, proponiendo proyectos de acuerdos que son elevados a los Ministros de Salud (ver Cuadro 1).

<u>Cuadro 1</u>: Comisiones Intergubernamentales que conforman el Foro Político de la Salud en el MERCOSUR

C.I.: Sistemas de Información
C.I.: Control de Tabaco
C.I.: Control del Dengue
C.I.: HIV/SIDA
C.I.: Salud Sexual y Reproductiva
C.I.: Salud y Desarrollo
C.I.: Política de Medicamentos

[19] Desde su creación a la actualidad, se han realizado 26 reuniones y en ellas se han aprobado alrededor de cien Acuerdos.
[20] Decisión Consejo Mercado Común Nº 03/95.

C.I.: Gestión de Riesgo y Reducción de Vulnerabilidad
C.I.: Salud Ambiental y del Trabajador
C.I.: Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
C.I.: Donación y Transplantes

Las Comisiones Intergubernamentales se reúnen presencialmente, al menos una vez por año. Dado el incremento del número de las Comisiones, se ha planteado la incorporación de modalidades de trabajo virtuales, lo cual evita el retraso en el cumplimiento de los planes de trabajo.

Los principales acuerdos logrados han tenido lugar en los temas vinculados al Dengue, políticas de medicamentos, política antitabaco, núcleo de articulación e información en salud, salud sexual y reproductiva, y HIV/SIDA. Así, las reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR se han convertido en un foro que propicia la investigación y la realización de estudios de políticas comparadas que facilitan el proceso de toma de decisiones de los socios plenos y los países asociados. En ese sentido, Tobar (2006) considera que las Reuniones de Ministros de Salud deberían facilitar la realización de estudios subregionales sobre la evaluación económica subregional de enfermedades tales como VIH/SIDA, malaria, dengue, chagas, tuberculosis, entre otras. Asimismo, considera que se requiere estimar las brechas entre los Estados miembros, así como los costos para controlar dichas enfermedades; efectuar cálculos anuales de proporción del PBI por problemas de salud pública seleccionados; realizar estimaciones sobre requerimientos de conocimientos, así como servicios de salud y evaluar los requerimientos de apoyo de otras agencias. Precisamente, con el fin de abordar estos temas, en julio de 2004 se creó la Comisión Intergubernamental de Salud y Desarrollo[21] en el ámbito interno de la Reunión de Ministros de Salud.

También se logró avances en el ámbito de la coordinación en foros internacionales, al acordarse una posición común en temas como la aprobación del Reglamento Sanitario Internacional, así como en la Declaratoria de los Ministros de Salud de América del Sur sobre Salud, Innovación y Propiedad Intelectual, posiciones que se extendieron también al ámbito sudamericano.

En cuanto a la instancia técnica que trata el tema de la salud en el MERCOSUR, el SGT Nº 11 "Salud"[22] es uno de los Subgrupos de Trabajo del Grupo de Mercado Común (GMC), órgano ejecutivo del Consejo de Mercado Común (CMC), conformado por las Cancillerías de los Estados miembros, que tienen el objetivo de propiciar las medidas tendientes al Programa de Liberalización Comercial, a la coordinación de las políticas macroeconómicas y a la negociación de acuerdos frente a terceros. Los trabajos del SGT Nº 11 "Salud" son organizados de acuerdo a una Pauta Negociadora, de interés común, conformada por temas priorizados por los Estados Partes, y siendo acordada y aprobada por el GMC.

El SGT Nº 11 desarrolla las siguientes acciones: armoniza y compatibiliza las legislaciones en el ámbito de la salud con el fin de eliminar los obstáculos a los flujos de comercio intrasubregional; compatibiliza los sistemas de control sanitario de los países socios para asegurar el reconocimiento mutuo en el ámbito subregional: define la relación con otras instancias del MERCOSUR, buscando complementar e integrar acciones; propone los procedimientos de organización de información referente al área de la salud entre los socios y promueve la integración de los sistemas y estructuras nacionales, referidas

[21] MERCOSUR/CMC/ACTA Nº 01/04.
[22] Fue creado por la Resolución GMC Nº 151/96.

fundamentalmente a la mejora de la calidad y seguridad de los productos y servicios vinculados al ámbito de la salud (Tobar, 2009)

En cuanto a su estructura organizativa, el SGT 11 cuenta con tres comisiones específicas:

- Comisión de Productos para la Salud (que cubre productos sicotrópicos y estupefacientes; sangre y hemoderivados; productos médicos; cosméticos sanitarios domésticos);
- Comisión de Servicios de Atención a la Salud (desarrollo y ejercicio profesional; evaluación y uso de las tecnologías en servicios de salud); y
- Comisión de Vigilancia en Salud

Estas funcionan con sus subcomisiones y Grupos Ad-Hoc. Las subcomisiones funcionan como grupos de trabajo integrados por representantes de los Estados Partes que debaten a la luz de las políticas nacionales de salud, construyendo consensos regionales.

El avance en las Comisiones señaladas ha sido desigual. La Comisión de Servicios de Atención a la Salud es la que menos avances ha registrado en la armonización de normas. Por el contrario, la Comisión de Productos para la Salud, es donde mayor cantidad de normas han sido armonizadas. Sin embargo, es poca la incidencia que ha tenido la legislación MERCOSUR puesto que la industria se ha acomodado a las legislaciones nacionales de los países y no cuenta con incentivos para adoptar la normativa MERCOSUR.[23]

Al igual que los otros organismos de integración regional, el MERCOSUR también cuenta con una Política de Medicamentos, así como con un Plan de Acción para su instrumentación. La política de medicamentos para MERCOSUR, Bolivia y Chile (PMM) fue aprobada en el año 2000 y contiene un enfoque amplio e integral. El propósito de dicha política es perfeccionar la acción del Estado, especialmente con relación a cuatro temas identificados como objetivos básicos para los países de la región en el área de medicamentos:

a. ampliar el acceso de la población a los medicamentos, considerando las necesidades de los distintos grupos sociales;
b. garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que circulan en la región;
c. promover la cultura del uso racional de los medicamentos;

d. crear un ambiente de investigación y desarrollo en el sector que favorezca una mejor inserción de los países en el dominio de la tecnología sectorial.

La política de medicamentos está orientada, además, por una opción fundamental a favor de la política de medicamentos genéricos y los criterios de esencialidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

El Plan de Acción para la instrumentación de la PMM fue aprobado tres años más tarde, en 2003, por la Reunión de Ministros. Los aspectos que contempla dicho Plan pueden leerse en el siguiente recuadro (ver Recuadro 12).

[23] Tobar, Sebastián, "El proceso de integración en el MERCOSUR en salud. Logros, problemas y desafíos futuros" en Identidad MERCOSUR, Serie; cuadernos para la Integración Regional Nº 1, Buenos Aires, abril de 2009.

Recuadro 12: Plan de Acción para la implementación de la política de medicamentos del MERCOSUR

El Plan de Acción contempla los siguientes aspectos:

1) La selección de los medicamentos esenciales *que permita un mejor acceso a los medicamentos, así como promover su uso racional.*

2) Política de Medicamentos Genéricos como estrategia de promoción del acceso a los medicamentos, *para lo cual se requiere armonizar los diversificados enfoques sobre la concepción de los medicamentos genéricos, priorizando puntos diferentes conforme las posibilidades de las coyunturas locales.*

3) El desarrollo de una estrategia común respecto de las exigencias patentarias y su efecto sobre el acceso a medicamentos esenciales*. Probablemente esto constituye una de las problemáticas que desafían con más fuerza los sistemas de compras de los sectores públicos y la posibilidad de sostener el acceso a medicamentos para el tratamiento de patologías como el VIH/SIDA, entre otras de muy alto costo.*

4) El mejoramiento de los Sistemas de Compras Públicas y la generación de mayor transparencia en el mercado*. Esta es otra área abordada por la PMM en que existe un amplio espacio para desarrollar una estrategia conjunta que puede pasar desde el intercambio y difusión de las mejores prácticas y la introducción de mecanismos que acrecienten la transparencia, hasta la posibilidad de realizar, eventualmente, negociaciones conjuntas de determinados insumos, multiplicando esfuerzos e garantizando economías de escala.*

5) La promoción de las actividades de Investigación y Desarrollo*, tanto para orientar y potenciar los esfuerzos de cada Estado como para fundamentar emprendimientos conjuntos - como fondos de investigación -*

6) Promoción del uso racional de medicamentos. *Se propone una serie de estrategias reguladoras y educativas, entre las cuales se consideran prioritarias: elaborar normas de prescripción para el uso racional de medicamentos, basadas en consenso científico internacional; promover la práctica de la atención farmacéutica; desarrollar acciones educativas dirigidas a la población; promover la organización de los servicios de dispensación de medicamentos, tanto públicos como privados, en una lógica de establecimientos de salud integrados a los sistemas de salud nacionales; desarrollar estrategias que favorezcan la integración de los centros de información de medicamentos; controlar con más eficacia las acciones de publicidad y promoción; y evaluar de forma permanente el perfil de uso de medicamentos en la región. Un soporte altamente necesario a la implementación de los ítems considerados prioritarios de la PMM, se relaciona con las acciones educativas orientadas a todos los profesionales y agentes que actúan en la cadena del medicamento, en todos los niveles de promoción y de acción.*

7) Acciones de reglamentación que garanticen la calidad y seguridad en la cadena del medicamento. *Para garantizar una reglamentación común en la región, se deben priorizar las negociaciones de armonización de temas específicos en los foros técnicos del MERCOSUR.*

Fuente: MERCOSUR/ XIV RMS/Acuerdo Nº 04/03.

Es importante destacar que el MERCOSUR cuenta con un Banco de Datos de Precios[24] para los países miembros y Bolivia y Chile desde el año 2000 el cual, al momento de su creación, tuvo como base las compras gubernamentales, servicios de salud y al consumidor. El ente tenía como objetivos promover una encuesta periódica sobre precios al consumidor en cada uno de los Estados miembros y Asociados a partir de una lista común de productos. Este fue impulsado nuevamente en 2007, tal como se verá más adelante.

La existencia de este Banco facilitó las negociaciones de compras conjuntas de medicamentos antiretrovirales realizadas conjuntamente con los países del Organismo Andino de Salud, Hipólito Unanue, en 2003 en Lima. En efecto, durante la XVI Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile de junio de 2004, se reconoció la disminución lograda en los precios de medicamentos ARV luego de la mencionada negociación conjunta de Lima en 2003. Sin embargo, también señalaron que en muchos casos los precios de medicamentos quedaron inaccesibles financieramente para algunos países de la región.

Con el fin de abordar esta dificultad, se adoptó la Resolución MERCOSUR/XVI Acuerdo No. 104, con el fin de promover y facilitar a nivel gubernamental el análisis de diferentes estrategias conjuntas de negociación con las empresas farmacéuticas para aumentar la accesibilidad a los medicamentos antiretrovirales.

Paralelamente, en la XXVI Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina realizada en marzo 2005, en Santiago de Chile los Ministros de Salud y de la Protección Social adoptaron la Resolución REMSAA XXVI/399 aprobando el plan de trabajo de la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a medicamentos, señalando la necesidad de dar continuidad al proceso de negociación conjunta e implementar las acciones que permitan lograr el impacto esperado de las estrategias y negociaciones subregionales de medicamentos e insumos.

Un día después, en esa ciudad, las mismas autoridades se reunieron en el marco de la IV Reunión de Ministras y Ministros de Salud y Protección Social de América del Sur para avanzar en la búsqueda de soluciones compartidas, como promover el acceso a los medicamentos ARV y reactivos de VIH en la región. En su Declaración 11 emitida el 1 de abril 2005, Ministros de Salud y Protección Social de América del Sur destacaron la importancia de que los países tengan un adecuado acceso a medicamentos e insumos en términos de oportunidad, calidad y precios. Reafirmaron la negociación conjunta como una herramienta efectiva para obtener menores precios, mejorar la accesibilidad e incrementar la cobertura y se acordó la realización de una II Ronda de Negociación conjunta del 3 al 5 de agosto de 2005 en Buenos Aires, Argentina.[25]

Si bien no han proseguido las negociaciones conjuntas de medicamentos, ha habido avances de otro tipo, especialmente durante la XXIII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, celebrada en Punta del Este en noviembre de 2007. En aquella oportunidad se definieron estrategias conjuntas para impulsar el Sistema de Banco de Precios de Medicamentos del MERCOSUR y Estados Asociados.[26] Esto implica que los Ministerios de Salud tendrán a su disposición un banco de precios de

[24] Creado por el Acuerdo RMS Nº 2/00.
[25] Los detalles de las negociaciones realizadas de Buenos Aires en 2005 se pueden leer en el capítulo correspondiente a la UNASUR.
[26] Acuerdo Nº 14/07, XXIII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, celebrada en Punta del Este (Uruguay), 30 de noviembre de 2007.

medicamentos con el cual podrán evaluar cuánto se paga a nivel regional por los fármacos de menor prevalencia y "alto costo", y así podrán fijar un precio tope para realizar sus compras a nivel nacional. Esta información permitirá exigir a los proveedores un precio acorde con los valores internacionales.

Al principio, el banco tendrá la información del precio que paga cada Estado por los medicamentos antirretrovirales, oncológicos y algunos inmunosupresores. Sin embargo, se tiene previsto que en el corto plazo, la lista de fármacos se amplíe a todo el formulario terapéutico. Toda vez que Brasil ya cuenta con un sistema de este tipo, la central del banco regional se encontrará en dicho país, y el resto de los países podrán acceder "on line" a la información que se tiene previsto actualizar anualmente. Otro de los acuerdos suscritos busca regular la promoción y propaganda que se realiza de los medicamentos a nivel regional (Acuerdo Nº 11/07) y otro que servirá para aunar esfuerzos en el combate a la falsificación y comercio ilegal de fármacos (Acuerdo Nº 12/07).

Por otro lado, en noviembre de 2008, los Ministros de Salud acordaron implementar el Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, dependiente del Comité Coordinador de la RMS. El objetivo de su creación consiste en desarrollar un instrumento de difusión de información para los sistemas de salud y para el intercambio de experiencias entre los Estados miembros y asociados, a partir del análisis de las prácticas de organización, financiamiento y participación social en el ámbito de estos sistemas. Asimismo, analizar las concepciones institucionales y principios orientadores en el caso de países que se encuentren realizando reformas en sus sistemas de salud e identificar el papel de los principales actores sociales en la conformación y gestión de los sistemas de salud. Cada país propondrá una institución académica pública que proporcione el apoyo técnico al Observatorio.[27]

El abordaje de temas sociales, entre ellos la salud, ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia en el MERCOSUR. Durante la última Reunión Ordinaria del Consejo del Mercado Común,[28] realizada en Asunción en julio de 2009, las autoridades emitieron una Declaración sobre Mecanismos de Coordinación y Articulación de Problemas Comunes en Materia de Desarrollo Social y Salud. En ella, destacaron la necesidad de fortalecer el aspecto social como uno de los ejes fundamentales del proceso de integración regional, así como de incorporar el enfoque de determinantes sociales de la salud en el diseño, ejecución y seguimiento de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales a nivel regional.

Las autoridades del MERCOSUR coincidieron en señalar que las acciones integrales ayudan a disminuir la exposición a riesgos y vulnerabilidades sociales como determinantes de las condiciones de salud de la población, en particular de los sectores más vulnerables. En ese sentido, acordaron establecer una agenda común de Desarrollo Social y de Salud, que tendrá en cuenta los avances de dichas áreas en el proceso de integración, la promoción de nuevas políticas de protección social en salud y desarrollo social, así como el aporte de otras Reuniones de Ministros, Reuniones Especializadas y demás foros del MERCOSUR con competencia en la temática social.[29]

---

[27] Tomado de MEROCSUR/RMS/ACUERDO Nº 18/08.

[28] Participaron también los Ministros de Desarrollo Social y Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados el 23 de julio de 2009 en ocasión de la Sesión Ampliada de la XXXVII Reunión Ordinaria del CMC.

[29] Tomado de la Declaración sobre Mecanismos de Coordinación y Articulación de Problemas Comunes en materia de Desarrollo Social y Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, reunidos en Asunción el 23 de julio de 2009, en ocasión de la Sesión Ampliada de su XXXVII Reunión Ordinaria.

Asimismo, es importante destacar que en la misma oportunidad, las autoridades miembros del MERCOSUR y países asociados manifestaron que en caso de que se requiera, se deben activar los mecanismos relacionados con las flexibilidades contempladas por los Acuerdos sobre los Aspectos de Propiedad Intelectual y el Comercio (ADPIC), a propósito de la fabricación de medicamentos contra el virus A (H1N1). El MERCOSUR solicitó además a la OMS "que coordine los esfuerzos para la ampliación de la capacidad de producción de vacunas, antivirales y de diagnóstico a precios accesibles Los países participantes acordaron fortalecer la red de laboratorios para la detección y alerta temprana, así como la investigación para desarrollar vacunas "con un nuevo enfoque reglamentario que garantice su acceso a la población". Además, se comprometieron a coordinar entre los ministerios de salud de la región con todos los organismos vinculados a la innovación, la transferencia de tecnología y la capacidad productiva, para incentivar la producción regional de vacunas, antivirales y otros medicamentos contra el virus A (H1N1).

Uno de las tareas pendientes que tiene institucionalmente el MERCOSUR en el ámbito de la salud, es su tratamiento en el ámbito de las zonas fronterizas. Algunas instituciones consideran que es necesario realizar diagnósticos integrados de la situación de los diversos sistemas de salud de la zona de frontera (infraestructura, radio de cobertura, capacidad instalada) orientadas a facilitar la coordinación de servicios y la identificación de fortalezas y debilidades. Asimismo, la creación de comités de frontera para el tratamiento conjunto de las emergencias sanitarias (dengue, malaria, aftosa, H1N1, entre otras) y realizar un diagnóstico situacional de la infraestructura (telecomunicaciones, conectividad y público-sanitaria) con que cuenta el MERCOSUR transfronterizo, definiendo prioridades y líneas de acción, como por ejemplo el realizado por el SIS FRONTERAS del Ministerio de Salud brasileño.[30]

4. Sistema de Integración Centroamericano (SICA)

El tratamiento del área de salud en el Sistema de la Integración Centroamericana se ha delegado al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y su actividad se encuentra enmarcada jurídica e institucionalmente por la Declaración de San Salvador, que lo crea en 1991; el Protocolo de Tegucigalpa de diciembre de 1991 que crea el SICA[31]; y el Tratado de la Integración Social de Centroamérica (TISCA), suscrito en 1995, por medio del cual se crea el Consejo de Integración Social (CIS), la Secretaría de la Integración Social y el marco jurídico para los Consejos Sectoriales del Subsistema Social.

El COMISCA constituye la instancia política del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) que tiene como propósito la rectoría del sector salud en la región; la identificación y priorización de los problemas regionales de salud que, dada su importancia, requieren ser abordados mediante una agenda y un plan centroamericano que permita lograr un

[30] **Sugerencias de políticas públicas de integración fronteriza en el MERCOSUR**, documento fue redactado por los(as) participantes del Seminario-Taller ***Integración y cooperación fronteriza en el MERCOSUR*** realizado en el Centro de Formación de la Cooperación Española en Montevideo, 21 al 25 de septiembre de 2009. La actividad está inscrita en el marco del Programa Subregional MERCOSUR de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), que a su vez también apoya el proyecto *Integración Fronteriza en el MERCOSUR*, proyecto a tres años (2009-2011) que tiene como objetivo principal definir líneas de acción para el diseño y la gestión de políticas públicas de integración fronteriza en el MERCOSUR.

[31] El Protocolo de Tegucigalpa, suscrito por seis presidentes centroamericanos el 23 de diciembre de 1991, actualiza el marco jurídico de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA) suscrita en Panamá en diciembre de 1962.

impacto mayor al que se obtendría si el tratamiento de los mismos se realizara en forma individual; la determinación de problemas de salud que, debido a su multicausalidad y trascendencia económica, requieren ser elevados a las Cumbres de Presidentes para la búsqueda de soluciones intersectoriales; el impulso de iniciativas regionales de salud que requieren de la cooperación internacional canalizadas por medio del SICA; y, la ejecución y evaluación de los acuerdos y las resoluciones emanadas de las Cumbres de Presidentes.[32]

El sector salud, sobre el cual el COMISCA ejerce la rectoría, está conformado por las siguientes entidades: (Ver Recuadro 13)

Recuadro 13: Entidades que conforman el sector salud regional del SICA

- **Reunión del sector salud de Centroamérica y República Dominicana (REESCAD)** es un foro sectorial que tiene como propósito promover el intercambio y el desarrollo de experiencias y conocimiento. Asimismo, lograr el compromiso entre los Estados Miembros para la atención de problemas comunes de salud y del ambiente, que requieran del abordaje conjunto y coordinado entre países, para alcanzar un impacto mayor al que se lograría si el tratamiento de los mismos, se realizara en forma individual, dentro del espíritu de la integración centroamericana.

Se han realizado múltiples reuniones subregionales con la participación de ministros de salud, primeramente y posteriormente con la participación de directores generales del sector, ininterrumpidamente, durante 39 años.[33]

La RESSCAD tiene una función articuladora y constituye el foro mediante el cual el COMISCA puede ejercer efectivamente su rol rector en el sector. Dentro de los actores clave sobre los que se debe ejercer la rectoría, se destacan las entidades de cooperación técnica y financiera.

../

[32] Segundo Considerando del Reglamento del COMISCA aprobado el 30 de marzo de 2001, en San Salvador.

[33] Desde 1956 bajo la denominación REMCAP (Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá), y desde 1971 bajo la denominación RESSCAP (Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá). En 1985 se incorpora el organismo de Seguridad Social y para 1988 pasa a denominarse RESSCA (Reunión del Sector Salud de Centroamérica) y se incorpora Belice. Desde el año 1998 hasta el presente, recibe la denominación de RESSCAD, donde se incorpora República Dominicana y se incluye la participación del Sector Agua y Saneamiento y la Seguridad Social de la Región, lográndose una participación más amplia. Desde la primera RESSCAD, OPS, que participaba en las reuniones de Ministros de Salud, se constituyó en la Secretaría técnica de las reuniones.

- **Consejo de Institutos de Seguridad Social de Centroamérica y la República Dominicana (CISSCAD).** El CISSCAD, cuyo nombre data de septiembre de 2007, oportunidad en la cual se reemplazó el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS)[34], creado a su vez en 1992, mantiene como objetivo promover los proyectos y las acciones tendientes a lograr la extensión de los beneficios de la seguridad social en todos los países de la región, sin discriminación de ningún tipo, de acuerdo con los programas nacionales de desarrollo económico-social.

- **Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS).** Se trata de un Foro regional que reúne a los ocho entes rectores de las políticas públicas, marcos de acción, planes maestros y de inversión de este sector en los países del SICA, con lo cual se inicia, a partir de febrero de 2006, una visión regional común para el sector de Agua Potable y Saneamiento y se conforma en este sentido, una importante plataforma de cooperación entre los países para impulsar acciones en pro de la salud pública y el bienestar de la población centroamericana.35

- **Consejo Directivo y Consejo Consultivo del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)**, centro especializado en alimentación y nutrición de la OPS/OMS e institución del SICA, fue creado en septiembre de 1949. Su misión es apoyar en el marco de la integración centroamericana, a los Ministerios de Salud de los Estados Miembros y al COMISCA en el ejercicio de su función rectora en nutrición para la salud y el desarrollo, enfocada en la formulación y armonización de agendas, locales, nacionales y regional concertadas para el logro de la Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) y fortalecer la capacidad de los actores sociales clave responsables de su implementación.

Es relevante señalar que existen otras entidades regionales mediante las cuales se ejecuta la función rectora en ámbitos que, si bien no están directamente relacionados con la actividad sanitaria, son complementarios a esta y juegan un papel relevante en el proceso de producción social de la salud. Una de ellas es la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (CCAD).

[34] El COCISS implementó importantes proyectos, entre los que se pueden mencionar: el Acuerdo Multilateral Centroamericano de Atención Médica de Urgencia a Pacientes Extranjeros asegurados por Instituciones de Seguridad Social, Acuerdo de Capacitación del Recurso Humano en Gestión Hospitalaria: el Proyecto de Capacitación en Reanimación Neonatal: el Proyecto de Detección Temprana del Cáncer Cérvico Uterino, de Calidad de Medicamentos, y en 2005, el Acuerdo Multilateral para la Protección de Salud de los Asegurados Extranjeros en Tránsito de las Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica, el cual comprende a los países miembros del COCISS.

[35] El FOCARD como tal fue reconocido, como mecanismo de la institucionalidad regional, por los Presidentes del Sistema de la Integración Centroamericana, en su reunión Cumbre de junio del 2005, celebrada en Tegucigalpa, Honduras. El Convenio fue firmado en el contexto de la celebración del "Taller de Unificación de Conceptos Básicos y Fundamentales para el Sector de Agua Potable y Saneamiento y Plan Estratégico del Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS)", celebrado en Guatemala.

El COMISCA cuenta con una Secretaría Ejecutiva[36] desde septiembre de 2007, cuyo fin es fortalecer y garantizar el buen funcionamiento del Consejo y asumir, además, las Secretarías Técnicas de la REESCAD y de los Consejos Consultivo y Directivo del INCAP. La Secretaría Ejecutiva del COMISCA tiene también, como misión, apoyar al COMISCA en la consolidación de su función rectora de la salud regional, articulándolo con las instancias e instituciones de la integración que inciden directa o indirectamente en la salud de la población, con énfasis en las del Sector Salud Regional, a fin de que las dirija y conduzca hacia una gestión coordinada, integrada, armonizada, eficaz y eficiente, en torno a una agenda sanitaria regional que garantice la protección y mejoramiento de la salud de la población.

Además, es la instancia que considera las recomendaciones que le formulan los organismos internacionales de salud que tengan relación con COMISCA y en particular, las provenientes de los órganos e instituciones del Sistema de la Integración Centroamericano-SICA; autoriza a la Presidencia Pro Tempore y a la Secretaria Técnica la celebración de convenios con agencias internacionales para la consecución de los objetivos de COMISCA; crea las comisiones asesoras que considere necesarias para el cumplimiento de los propósitos de COMISCA; entre otros.

La Agenda Sanitaria Regional es el instrumento a través del cual el COMISCA ejerce la rectoría en salud a nivel regional. Durante la XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana realizada a fines de enero de 2009 en Tegucigalpa, se aprobó la Agenda de Salud de Centroamérica y la República Dominicana: 2009-2018, Ésta constituye el instrumento político con enfoque integracionista establecido por los gobiernos de la región y en ella se identifican los objetivos estratégicos de la misma (ver Recuadro 14).

Recuadro 14: Objetivos estratégicos de la Agenda de Salud de Centroamérica y la República Dominicana

1. Fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana mediante la definición e implementación de políticas regionales de salud.

2. Fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional en el marco de la integración centroamericana.

3. Fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad.

4. Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países.

5. Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia de género y social, así como los relacionados con el ambiente y los estilos de vida.

6. Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud.

[36] La Secretaría Ejecutiva del COMISCA fue creada en el Marco de la Reunión Extraordinaria del COMISCA, en San Salador, el 10 de septiembre de 2007. Las disposiciones sustituyen lo establecido por el Acta de Antigua, Guatemala, adoptada en la XIII Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, el 18 de agosto de 1999, donde se designaba como Secretario Técnico de COMISCA al Secretario de la Integración Social Centroamérica (SISCA).

7. Promover la investigación científica y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud y uso/aplicación de la evidencia en políticas públicas en salud.

8. Fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional y reducción de la desnutrición apoyándose en la institución especializada de la región, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

9. Establecer mecanismos para incrementar la cobertura en la provisión de agua apta para consumo humano, así como la protección y mejoramiento del ambiente humano, apoyándose en la instancia regional Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS).

10. Reducir la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático.

Fuente: Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, Tegucigalpa, 30 y 31 de enero de 2009.

La Agenda se basa en los principios de integración, derecho al nivel de salud más alto posible, solidaridad y participación, igualdad del hombre y la mujer, respeto a la diversidad étnica y socio-cultural y Atención Primaria de Salud. Se alinea con la Agenda de Salud para las Américas, lanzada por los Ministros de Salud de las Américas en Panamá, en junio de 2007 y con la Agenda Estratégica Social de Centroamérica que fue aprobada por los Jefes de Estado y de Gobierno del SICA en diciembre de 2008 en San Pedro Sula, Honduras.

La elaboración de la Agenda de Salud fue resultado de un proceso participativo, conducido por las autoridades sanitarias de los países, las que designaron una Comisión Técnica Subregional para la elaboración de la Agenda y Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COTESAS), encargada de coordinar las distintas fases de elaboración de la agenda. Se realizaron consultas nacionales intersectoriales en los ocho países, así como también, consultas con las instancias regionales.

En cumplimiento a los objetivos estratégicos de la Agenda de Salud, durante la XXX reunión ordinaria del COMISCA realizada en Managua en junio 2009, los Ministerios de Salud y las Instituciones de la Seguridad Social de los países de Centroamérica y República Dominicana se comprometieron a llevar a cabo en el año 2009 la negociación conjunta de 37 medicamentos considerados de alto costo y trascendencia para la mayoría de países, toda vez que están destinados a tratar problemas de salud como el cáncer, terapia en insuficiencia renal, inmunodepresores en trasplante renal, terapia en insuficiencia hepática, antidiabéticos y terapia para enfermedades cardiovasculares.

En aquella oportunidad, los Ministros de Salud aprobaron el Reglamento de la Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos, con lo que se establece el marco jurídico que le da viabilidad y legalidad a dicho proceso. Asimismo, se convocó formalmente a las empresas fabricantes de medicamentos a participar en este proceso[37].

Esta negociación conjunta tiene como propósito principal la obtención de mejores precios en la adquisición de los medicamentos, estimándose una reducción en su costo

[37] Para obtener la información correspondiente se designó el sitio web www.ocamed.org

de hasta un 46 %, lo que significará un ahorro de aproximadamente US $ 37 millones.[38]. Este proyecto de negociación conjunta de precios y compra se inició en octubre de 2006. A partir del 2008 se abre un proceso de negociación conjunta de precios de medicamentos incluidos en el Listado Armonizado Subregional, partiendo de la revisión de la legislación aplicable en cada país.

El proceso de negociación ha sido liderado por la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos (CTSM)[39] junto con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el BID. El desarrollo de la negociación conjunta y compra de medicamentos estará a cargo de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA, en coordinación con la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana. SG-SICA.

Las negociaciones para realizar compras conjuntas de medicamentos se corresponden también con la política regional de medicamentos con la que cuenta la SICA, la misma que fue elaborada por el CTSM. Dicha política se rige por los siguientes principios generales:

1. Se reconoce el acceso a medicamentos como un derecho humano
2. Un medicamento vital o esencial debe ser tratado como un bien público
3. El bien común debe prevalecer sobre el bien individual
4. El acceso, la vigilancia de la calidad y la seguridad de los medicamentos son una responsabilidad del Estado.
5. Inserción de la Política de Medicamentos de Centroamérica y República Dominicana dentro de la política de salud de cada uno de los países de la subregión.

Los objetivos estratégicos de dicha política apuntan a revisar y actualizar el marco legal que permita la aplicación de la Política de Medicamentos de Centroamérica y Republica Dominicana; mejorar el acceso, disponibilidad y provisión equitativa de los medicamentos a la población de los países de la subregión; garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos para proteger la salud pública; gestionar el suministro de medicamentos en forma eficiente y oportuna; y, promover el uso racional de los mismos para garantizar que la población reciba una terapia apropiada para sus necesidades, en dosis que se ajusten a sus necesidades individuales y durante un período de tiempo adecuado. Para dar cumplimiento a dichos objetivos estratégicos y poder implementar esta política, se han planteado cinco componentes (ver Recuadro 15).

[38] Fuente: Noticias del SICA, 16 de junio de 2009.

[39] El diciembre de 2006 en San Salvador se instaló oficialmente la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos (CTSM) para elaborar propuestas estrategias y un programa de trabajo tendiente a formular la Política de Medicamentos de Centroamérica y República Dominicana. Esta instancia está integrada por representantes de los ministerios de salud e instituciones de la seguridad social de la región.

Recuadro 15: Componentes de la Política Regional de Medicamentos de Centroamérica y la República Dominicana (Síntesis)

Primer Componente: Marco Legal
Líneas Estratégicas:
1. Análisis del marco jurídico relacionado con el tema de medicamentos

Segundo Componente: Acceso, disponibilidad y provisión
Líneas Estratégicas
1. Favorecer el acceso y disponibilidad a medicamentos
2. Promover el uso de medicamentos genéricos
3. Uso de mecanismos de contención de costos (mediante negociación conjunta)

Tercer Componente: Calidad, Seguridad y Eficacia
Líneas Estratégicas:
1. Garantía de la calidad de los medicamentos
2. Investigación

Cuarto Componente: Gestión de suministro de medicamentos
Líneas Estratégicas:
1. Sistemas de suministros eficientes
2. Gestión de suministro oportuna.

Quinto Componente: Uso racional
Líneas Estratégicas:
1. Promover el uso racional de los medicamentos
2. Farmacovigilancia

Fuente: Política Regional de Medicamentos de Centroamérica y República Dominicana, AECID, OPS, SISCA y SICA.

Las negociaciones de precios para la compra conjunta de cinco medicamentos (del total de 37 que se adquirirán en los próximos meses) entre Centroamérica y República Dominicana con laboratorios internacionales se iniciaron a principios de octubre de 2009 en San Salvador. Esta primera negociación, que duró dos días, es un primer esfuerzo en el marco de un plan que incluye la adquisición de medicamentos de alto costo que no son producidos por laboratorios de la región. La compra de los fármacos será negociada en distintos encuentros con representantes de los laboratorios antes de marzo de 2010.

Los productos que se prevén adquirir tienen "únicos fabricantes en el mundo", por lo que no se generarán problemas de competencia con los laboratorios establecidos en los países centroamericanos, que no los producen. Los países planean negociar el mejor precio del mercado y generar ahorros, que deberán ser invertidos en "ampliar la cobertura" de los sistemas estatales de salud, El Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), del que depende el Comisca, indicó en un comunicado que

los países planean invertir unos 12 millones de dólares en la compra de estos cinco medicamentos.[40]

En esta primera negociación participan los laboratorios Roche, Abbott y Schering Plough, informó el SICA. Los medicamentos que negocian en esta primera fase son dos recetados para tratar "cánceres del sistema inmunológico", como la artritis reumatoidea o el lupus. Además, dos medicamentos que estimulan el combate de las células cancerígenas y una sustancia que ayuda a los bebés prematuros en las infecciones respiratorias. En el listado ampliado de 36 medicamentos figuran "antibióticos y otros que son de uso común" en la región. Se está dando prioridad a medicamentos de producción no regional, que son exportados por un solo productor y tienen diferentes precios a lo largo del área centroamericana al comprarse por separado.

Es importante destacar que el SICA cuenta con un Observatorio de Medicamentos que tiene como objetivos: organizar y consolidar la información relativa a medicamentos que se encuentren disponibles en la región centroamericana y República Dominicana: recoger y diseminar información de forma estructurada y sistemática; disponer fácilmente de información relativa a medicamentos para la toma de decisiones; favorecer el intercambio de información entre profesionales del sector y proporcionar un espacio para compartir experiencia y conocimientos, entre otros.

Asimismo, SICA lleva adelante un conjunto de importantes programas de salud impulsados por la cooperación técnica internacional como el proceso de socialización e institucionalización de los planes nacionales para erradicar la desnutrición crónica infantil en el marco de las políticas nacionales de nutrición; la construcción de una respuesta regional a la epidemia de la Influenza Humana AH1N1, proyectos para frenar el avance de enfermedades como el VIH-SIDA, la malaria, el dengue, la tuberculosis, entre otras y el desarrollo de los recursos humanos en atención primaria en salud.

B. En los organismos de integración y cooperación creados recientemente

5. Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA)

El ALBA se estableció formalmente en diciembre de 2004[41] con un acuerdo entre Caracas y La Habana que contempla Convenios Comerciales Compensatorios e intercambios de bienes y servicios según las necesidades y capacidades de ambos países. Más adelante, se unieron Bolivia (2006), Nicaragua (2007), Dominica y Honduras (2008) y Antigua y Barbuda y San Vicente y las Granadinas (2009).

Esta iniciativa parte de principios de complementariedad en el marco de una perspectiva multidimensional (económico, político, social y cultural) propia (endógena) basada en la cooperación solidaria y recíproca que permita superar las asimetrías entre sus miembros.

[40] El secretario ejecutivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (Comisca), Rolando Hernández.

[41] Se planteó inicialmente como opción al Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA) y de allí su denominación inicial de Alternativa Bolivariana para las Américas que luego pasó a ser Alternativa Bolivariana para América Latina y el Caribe, y actualmente es Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América.

Según algunos analistas (Oliva, 2007), el ALBA tiene 5 ejes:

- Energético: principal recurso petrolero de financiamiento.
- Desarrollo humano: incluyen programas de salud, educación y deportes.
- Infraestructura.
- Comunicaciones: donde se destaca el papel de TELESUR.
- Financiero: estrategias de cooperación financiera y más recientemente, la constitución del Banco del ALBA.

En la práctica, se trata de ejecutar políticas de regulación estatal sobre la economía para incidir en el desarrollo de los países miembros y, por lo tanto, el establecimiento de alianzas estratégicas se produce de manera preferente, mediante las empresas públicas y las de cogestión.

El ALBA, se asume como un mecanismo reciente que incorpora un fuerte contenido social a través de la participación de las organizaciones y actores sociales. Sin embargo, en la estructura actual del ALBA todavía no está prevista la conformación de una instancia parlamentaria.

La Comisión Social del ALBA atiende tanto el tema de la salud como el de la educación. En este aspecto, dentro del Plan Grannacional para el desarrollo de la Misión Salud de los países del ALBA, se incluye la recuperación y ejecución de sistemas de salud públicos, así como el suministro de instrumentos para la investigación y para desarrollar el aprovechamiento de los recursos de biodiversidad de la región. La formación de profesionales de las ciencias médicas y sus diferentes especialidades aplicadas a la salud, también están siendo consideradas bajo esta dinámica del ALBA-TCP (Tratado de Comercio de los Pueblos).

Asimismo, el ALBA es responsable de la denominada Misión Milagro Internacional (intervenciones quirúrgicas oculares gratuitas) que cuenta con la cooperación de Cuba y que ha atendido a más de un millón de pacientes de Bolivia, Nicaragua, algunos países centroamericanos y caribeños, así como de Suramérica, ofreciendo también servicios a sectores de la población que requieren diagnósticos médicos, medicamentos, vacunas, prótesis y tratamientos físicos, ginecológicos y atención geriátrica, entre otras.

En la Misión Barrio Adentro llevada a cabo en Venezuela, participan más de 23.000 colaboradores cubanos de salud que brindan cobertura a una población de más de 17 millones de personas.

Uno de los proyectos de integración más importantes generados en el ALBA en el área de la salud es el denominado “Centro Regulador de Medicamentos del ALBA”. Se trata del establecimiento de un Registro Sanitario Único del ALBA cuyo fin es facilitar la accesibilidad a medicamentos eficaces, seguros y con calidad. Esto implica un nivel nuevo y adicional al de las Autoridades Nacionales Reguladoras de Medicamentos que existen en cada país y que seguirán realizando sus funciones en el ámbito de su actual jurisdicción. Este Centro emite un registro sanitario de medicamentos válido en todos los países miembros del ALBA y tiene funciones relacionadas con el sistema de regulación de medicamentos, inspecciones, análisis de laboratorio, liberación de lotes y vigilancia postregistro, todas para garantizar la calidad, seguridad, eficacia y adecuada información de los medicamentos.

En su primera fase se encuentran incorporados Bolivia, Cuba, Honduras, Nicaragua y Venezuela. El ente encargado de coordinar el proyecto es el Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos de Cuba (CECMED).

El proyecto tiene una duración de cuatro años (de mayo de 2009 a mayo de 2013) que será realizado en tres etapas principales:

- Pre-Inversión: Mayo de 2009 a Noviembre de 2010 (18 meses) En esta etapa se tiene previsto el desarrollo de toda la base legal y normativa para el funcionamiento del Centro.

- Inversión: Diciembre 2010 a Diciembre de 2012 (24 meses) Se prevé la construcción de una sede para el Centro, lo cual implica la construcción, equipamiento, reclutamiento y preparación de los especialistas.

- Explotación: Enero de 2013 a Mayo de 2013 (6 meses) En este período el Centro Regulador de Medicamentos del ALBA funcionará en su sede, al amparo de este Proyecto, después de lo cual se creará oficialmente el Centro y se seguirá trabajando mediante los mecanismos establecidos y los recursos identificados. Dejará entonces de ser un proyecto, para convertirse en una entidad del ALBA – TCP.

Sus objetivos específicos son:

a) crear una empresa grannacional "Centro Regulador de Medicamentos del ALBA" para el registro sanitario único y centralizado con sus acciones anteriores y posteriores a la comercialización, como ente regional de los países del ALBA. En cuanto a las acciones anteriores a la comercialización, el Centro Regulador se encargará de la evaluación de las evidencias de calidad, seguridad, eficacia y la adecuada información de los Medicamentos Esenciales ALBA, en base a los requerimientos que al efecto se están desarrollando. Tal revisión incluye la verificación del cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura por su fabricante y de Distribución por sus distribuidores. En lo que se refiere a sus acciones posteriores, una vez aprobado el medicamento y de habérsele otorgado en consecuencia el Registro Único del ALBA, se mantendrá una vigilancia permanente de su comportamiento y desempeño, que implica el control sobre cualquier potencial evento adverso, problema de calidad, retiro del mercado, alerta de falsificación y otros. Este tipo de registro requiere actualización ante cualquier cambio y renovación periódicamente;

b) desarrollar e implementar el marco legal y normativo para el registro a emitir por este Centro, con el reconocimiento y la participación de los países del ALBA;

c) desarrollar la estructura y funciones del Centro, sobre la base de la transparencia, comunicación e interrelación con los países del ALBA;

d) organizar la transferencia de conocimientos para construir capacidades a través de un instrumento que favorezca el fortalecimiento de capacidades para la regulación sanitaria en cada uno de los países.

Se estima que el proyecto contribuirá al acceso a los medicamentos esenciales con elevados estándares, que resultan necesarios para garantizar los programas de salud de los países del ALBA; a la disminución de costos de los medicamentos; que potenciará, en beneficio común, el uso de las capacidades de los países miembros del ALBA como

mecanismo de integración regional; racionalizará esfuerzos, evitará duplicidades innecesarias y posibilitará la realización de procesos cada vez más eficientes y de mayor complejidad con alta calidad; permitirá evaluar medicamentos con elevados estándares y con mecanismos transparentes, actualizados y consensuados; perfeccionará la información de los medicamentos representativos de alta prioridad para los Sistemas de Salud, como contribución a su uso racional; contribuirá a la transparencia y eficiencia del sistema patentario de productos farmacéuticos en los países miembros y posibilitará la transferencia de conocimientos especializados sobre evaluación de medicamentos que favorece a las autoridades nacionales e incrementa la experticia de sus especialistas mediante el intercambio basado en las fortalezas existentes y el desarrollo conjunto.

Asimismo, servirá de modelo para el incremento de capacidades y fortalecimiento de la regulación sanitaria de medicamentos a través del desarrollo e implementación de mejores prácticas de regulación y control y el desarrollo de un marco legal y administrativo conjunto para el trabajo en el Centro Regulador con una reglamentación farmacéutica consensuada y consolidada en un instrumento jurídico del ALBA.

6. Proyecto Integración y Desarrollo de Mesoamérica (Proyecto Mesoamérica)

La creación del Proyecto Mesoamérica tuvo lugar en la X Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxla, en julio de 2008. En esa oportunidad se institucionalizó el Proyecto Mesoamérica que reemplaza al anterior Plan Puebla Panamá (PPP) creado, a su vez, en 2001. Éste conserva básicamente la misma institucionalidad y objetivos, pero otorgando un mayor énfasis al área social, especialmente al sector salud. Actualmente, lo conforman, además de los ocho países miembros del SICA, México y Colombia.

Los antecedentes del PPP se remontan a noviembre de 2000, cuando el gobierno de México anunció una estrategia de desarrollo para el Sur-Sureste de ese país. En dicha ocasión, el presidente de México invitó a las naciones centroamericanas a concertar acciones con el fin de extender esta estrategia a la región Mesoamericana para conformar el PPP. Éste se institucionalizó en junio de 2001.

Con la aprobación del PPP se adoptaron iniciativas sobre desarrollo sustentable, prevención y mitigación de desastres naturales, promoción de turismo, facilitación del intercambio comercial, integración vial y de los servicios de telecomunicaciones, interconexión energética y desarrollo humano.

En el ámbito del desarrollo humano, se planteó la "Iniciativa Mesoamericana de Desarrollo Humano (IMDH)", en el marco del cual se suscribieron memoranda de entendimiento para el componente salud, educación y cultura. Asimismo, se instaló en 2004 el Consejo Mesoamericano de Desarrollo Humano (CMDH), instancia de coordinación y supervisión de los trabajos para la instrumentación de los proyectos con miras a articular sus componentes desde una perspectiva multisectorial y preservar la transversalidad del desarrollo humano en las demás iniciativas del PPP. Se constituyó, también, un Secretariado Técnico.

En el ***área de salud***, el CMDH reconoció la competencia del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), a través de la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación (COTSE) del Componente de Salud del PPP, como la instancia responsable de coordinar el Plan de Acción del Componente de Salud de la IMDH. Los representantes técnicos de los ministerios de salud de Centroamérica y de la Secretaría

de Salud de México aprobaron el Reglamento de Operación y eligieron a México para encabezar por un año la Presidencia Pro Témpore de la COTSE.

En el Plan de Acción aprobado por esa instancia, se acordó impulsar de manera prioritaria el Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica, y el Proyecto Mesoamericano para el Abordaje Integral de las Poblaciones Móviles en VIH/SIDA.

Con estas acciones, a las que se añaden las que abordan el área de educación y cultura, el Consejo Mesoamericano de Desarrollo Humano (CMDH) del Plan Puebla Panamá tenía como objetivos reducir la pobreza, facilitar el acceso a los servicios sociales básicos de la población vulnerable, y contribuir al pleno desarrollo de los pueblos mesoamericanos. Asimismo, el CMDH tenía el objetivo de impulsar estrategias regionales de desarrollo social, que contribuyeran a que los gobiernos de la región cumplieran las Metas del Milenio establecidas por las Naciones Unidas.

Con la transformación del PPP en el denominado Proyecto Mesoamérica, los objetivos generales del primero en los ámbitos de la salud, educación y cultura, se han mantenido y, en algunos casos, han adquirido mayor relevancia. El nuevo proyecto busca fortalecer la institucionalidad y lograr una mayor articulación con otros mecanismos regionales.

El Proyecto Mesoamérica agrega un área que no estaba prevista en el PPP: el Programa Mesoamericano de Vivienda Social. El objetivo es desarrollar a largo plazo en la región, un mercado de financiamiento a la vivienda que sea sostenible, atienda el rezago habitacional y las necesidades futuras de vivienda.

En el ámbito de la salud, el Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica, que se venía desarrollando en el marco del PPP, ha evolucionado hacia un Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP). En efecto, los ministros de salud de México, Centroamérica y Colombia, y nueve entidades de sursureste de México, acordaron crear en abril de 2009, el Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMPS) y el Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), para combatir las llamadas enfermedades del rezago y transmitidas por vectores, para así garantizar condiciones de salud de calidad a 197.5 millones de habitantes que actualmente carecen de ésta. Este es concebido como un plan regional para contribuir a dar respuesta eficaz a los retos comunes de la región en materia de salud.

El SMSP se enfocará en la producción de bienes públicos regionales e incorporará y desarrollará proyectos actualmente vigentes, como el Programa de Vigilancia Epidemiológica Centroamericano, la Red Centroamericana para la Información de Salud y la comunicación y la Red Centroamericana para la Prevención y el Control de las enfermedades emergentes y re- emergentes y trabajará en coordinación con los sistemas de información y vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios de salud pública de Mesoamérica.

En el mediano plazo, se desarrollará una agenda de Salud Mesoamericana de manera complementaria a la Agenda de Salud de Centroamérica y un Plan Estratégico del Sistema Mesoamericano de Salud Pública.

Asimismo, el creado Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), tendrá como objetivo central fortalecer la capacidad técnico-científica de recursos humanos en la región para la atención integral de las necesidades de salud a través de la investigación, evaluación, la enseñanza y el servicio en salud pública. Entre los objetivos específicos de este IMSP se encuentran: contribuir al desarrollo de la gobernanza del SMSP brindando

apoyo técnico para el desarrollo de la Agenda Mesoamericana de Salud; fortalecer la capacidad técnica de los programas regionales de salud que formen parte del SMSP; apoyar la integración de los programas regionales de salud a los sistemas nacionales de salud; y mejorar la salud de la población mediante la producción y utilización de bienes públicos regionales.

El IMSP está conformado por una red virtual de instituciones académicas y de investigación de alto nivel de la región mesoamericana. Éste sería financiado con aportes de las fundaciones Carso, y Bill y Melinda Gates, quienes comprometieron un aporte de 102 millones de dólares. También aportarían el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de Salud (OPS), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Unión Europea.[42]

En julio de 2009, se llevó a cabo en Cancún, una reunión de ministros de salud del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP), con el objetivo de presentar a los Ministros de la región los avances en la creación del Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), que actuará como órgano de coordinación técnica del SMSP.

Para cumplir con sus objetivos, el Instituto cuenta con tres programas iniciales de operación: el Programa Mesoamericano de Formación y Actualización de Profesionales en Salud Pública; Programa Mesoamericano de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional y el Programa Mesoamericano de Apoyo Técnico y Gestión del Conocimiento, a través de los cuales se capacitarán y formarán recursos humanos en Mesoamérica mediante maestrías, diplomados y cursos.

El IMSP dará atención primordial a las estrategias regionales en las áreas comunes identificadas como prioritarias en el SMSP: enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y el paludismo, la mortalidad materna, desnutrición y coberturas de vacunación.

El Acta y Estatuto del IMSP fue suscrito por los miembros fundadores del Consejo Directivo del Instituto, conformado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México; la Universidad de Costa Rica; el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; la Universidad de El Salvador; el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud de la República de Panamá; la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; El Colegio de la Frontera Sur de México; el Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA).

Cabe destacar que se ha iniciado un proceso para identificar a las instituciones académicas de Belice y Honduras que se incorporarán en un futuro al Instituto y que la República Dominicana, que ha venido participando como observador, solicitó formalmente su incorporación a este esfuerzo regional impulsado por el Proyecto Mesoamérica.

[42] Declaraciones de Mario Henry Rodríguez, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública de México, Expreso de Chiapas / Dirección Ejecutiva PM, Chiapas, México, 24 de Abril de 2009.

7. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)

El área social, específicamente el tema de salud, aparece como tema central en las Declaraciones de los presidentes sudamericanos, desde que se reunieron por primera vez en el año 2000, hasta que conformaron la UNASUR, mediante un tratado constitutivo, en mayo de 2008, en la ciudad de Brasilia.

El Tratado Constitutivo de la UNASUR se fija como objetivos construir, de manera participativa y consensuada, un espacio de integración y unión en lo cultural, social, económico y político entre sus pueblos, otorgando prioridad al diálogo político, las políticas sociales, la educación, la energía, la infraestructura, el financiamiento y el medio ambiente, entre otros, con miras a eliminar la desigualdad socioeconómica, lograr la inclusión social y la participación ciudadana, fortalecer la democracia y reducir las asimetrías en el marco de la defensa de la soberanía e independencia de los Estados.

Las prioridades se reflejan en los lineamientos para el Plan de Acción de la UNASUR, acordados para el período 2008-2009. Las áreas definidas fueron las siguientes:[43] a) Integración Financiera b) Integración Energética c) Integración en materia de infraestructura, d) Mecanismos de solución de controversias en materia de inversiones en el marco de UNASUR y e) Integración en materia de Políticas Sociales

En el ámbito de las políticas sociales, en particular en el ámbito de la salud, los gobiernos se comprometieron a culminar el proceso de construcción de una política suramericana en esta materia, con énfasis en la identificación de las medidas necesarias para desarrollar las siguientes iniciativas[44]:

- Escudo epidemiológico sudamericano,
- Desarrollo de sistemas de salud universales,
- Acceso universal a medicamentos,
- Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales,
- Desarrollo y Gestión de recursos humanos en salud.

La mayor parte de los elementos de estas iniciativas que conforman la Agenda de Salud de UNASUR se alinea con los compromisos y acuerdos regionales ya suscritos por los países de América del Sur en el ámbito multilateral y los complementa.

Asimismo, se comprometen a elaborar en coordinación con los Ministros de Salud, una propuesta para profundizar los esfuerzos de coordinación y cooperación de los organismos de integración especializados en salud, tales como Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (CONHU), Subgrupo de Salud de MERCOSUR, Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), OPS/OMS y otros organismos del sistema de Naciones Unidas, con miras a la formulación de un Plan Quinquenal para la Integración en Salud.

En el marco de la UNASUR, se han conformado Consejos Ministeriales en las áreas que los gobiernos le han otorgado mayor importancia.[45] Uno de los primeros en constituirse fue

[43] Con el propósito de avanzar en el proceso de integración de UNASUR, el Consejo de Delegados se comprometió abordar otros temas, algunos de los cuales corresponden al área social, para identificar los mecanismos para su inclusión en el Plan de Acción: Medio Ambiente, Seguridad Alimentaria, Innovación, Investigación y Desarrollo, Red Regional de Telecomunicaciones y Cultura.
[44] Estas habían sido ya identificadas tanto por el ORAS CONHU, como por el MERCOSUR.
[45] El primero de ellos fue el Consejo de Energía, creado en 2007, antes, inclusive, de la constitución del propio Tratado de la UNASUR. El siguiente en ser constituido fue el Consejo de Defensa en

el Consejo de Salud[46], el 21 de abril de 2009, oportunidad en la cual se definió un Plan de Trabajo para la Agenda en esta área.

a) Antecedentes del accionar de los Ministros de Salud de Sudamérica antes de la creación de la UNASUR

Es importante destacar que los Ministros de Salud de los países miembros del ORAS-CONHU, así como los del MERCOSUR se venían reuniendo ya desde el 2001 en el marco de las Reuniones de Ministros de Salud y Protección Social de América del Sur (REMSUR).

En la búsqueda de temas de interés común, así como soluciones compartidas y coordinadas, se destacaron, entre otros, los temas de nutrición, promoción de estilos de vida saludables, desarrollo de la comunicación en salud para la integración, (con miras a difundir el carácter transversal que tiene la comunicación en las propuestas que se formulen para enfrentar los desafíos en este ámbito), fortalecimiento de la posición conjunta sudamericana en la revisión del reglamento sanitario internacional, así como en temas de propiedad intelectual, acceso a los medicamentos y salud (ver Recuadro 16).

Recuadro 16: Síntesis de la Declaración de Ministros de América del Sur sobre Propiedad Intelectual, Acceso a los Medicamentos y Salud

Considerando:

Que el acceso a los medicamentos e insumos críticos son una parte esencial del derecho a la salud, un derecho fundamental de todo ser humano y requisito esencial que debe ser garantizado por los gobiernos.

Que la concesión de patentes en el área farmacéutica adquirió una importancia mayor en la región a partir del Acuerdo sobre Aspectos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial de Comercio.

Que se vienen observando aumentos significativos en los costos de los programas gubernamentales de atención farmacéutica y en el gasto directo de la población, así como en los precios de mercado, como consecuencia del sistema patentario de productos necesarios para la prevención y/o tratamiento de problemas graves de salud pública, que conducen al agravamiento del problema del acceso a los medicamentos esenciales.

Que nuestros países han adoptado de manera heterogénea en sus legislaciones todas las flexibilidades y salvaguardias previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC, tal como se reafirmara en la Declaración de Doha sobre los ADPIC y la Salud Pública, firmada en noviembre de 2001 en Doha, Qatar.

marzo de 2009. Durante la Cumbre Presidencial de la UNASUR en Quito, realizada en agosto de 2009, se crearon nuevos Consejos: de Infraestructura y Planeamiento; de Lucha contra el Narcotráfico; de Educación; Ciencia, Tecnología e Innovaciones; y, de Desarrollo Social.

[46] El Consejo de Salud Sudamericano fue creado por Decisión de los Jefes de Estado de la UNASUR, reunidos extraordinariamente en Sal Salvador, Costa de Suipe, Brasil, el 16 de diciembre de 2008. Previamente, el 28 de noviembre de 2008, los ministros de salud de los países de la UNASUR se reunieron en Río de Janeiro para acordar el establecimiento de un Consejo de Salud Sudamericano y el Plan de Trabajo de la Agenda Sudamericana.

Que tanto en el ámbito de los países Andinos como en MERCOSUR, los Ministros y Ministras de Salud han venido trabajando sobre el tema de Acceso a los Medicamentos, considerando aspectos de la propiedad intelectual y salud pública.

Que es necesario mantener un diálogo regional continuo sobre el impacto de la protección patentaria en el acceso a los medicamentos, con miras a la adopción de acciones conjuntas que garanticen la supremacía del bien público por sobre los intereses comerciales.

DECLARAMOS NUESTRO COMPROMISO PARA:

Promover la implementación en nuestros países de la Declaración de Doha sobre ADPIC y Salud Pública, en especial la Decisión del Consejo de ADPIC (Decisión lP/C/W/405, de 30/08/3003) sobre la reglamentación del párrafo 6 de la Declaración sobredicha - emisión de licencias compulsivas y utilización de los mecanismos de importación paralela.

Preservar, en los acuerdos bilaterales y entre bloques regionales, las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC, buscando: a) facilitar el uso de licencias obligatorias, las importaciones paralelas y la "excepción Bolar"; b) evitar la extensión de plazos de protección de patentes, la expansión de la materia patentable (por ejemplo: métodos terapéuticos, plantas y animales) y los segundos usos; c) evitar la vinculación entre la concesión de la patente y el otorgamiento del registro sanitario, así como toda otra disposición que establezca compromisos del tipo "ADPIC plus".

Buscar la participación activa de nuestros ministerios de salud en las negociaciones de tratados comerciales bilaterales, en las negociaciones entre bloques regionales y en los procesos de modificación, actualización o consolidación de las legislaciones nacionales sobre propiedad intelectual, mediante:

a) La afirmación de las necesidades del sector salud con aportes técnicos, fundadas en la Declaración Ministerial de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública y en la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y

b) La capacitación del personal del área de salud en temas de propiedad intelectual, en sus repercusiones actuales y futuras en el acceso a los medicamentos. Mantener el diálogo internacional sobre el impacto de la protección patentaria en el acceso a los medicamentos e insumos críticas, por medio de estudios e intercambios de experiencias.

Encomendar la realización de estudios que permitan el seguimiento de los precios de los medicamentos así como sobre los efectos del Acuerdo sobre los ADPIC en el área de la salud pública en nuestros países, para identificar alternativas que contribuyan a fomentar la innovación y la transferencia de tecnología, permitiendo su apropiación social a costos accesibles.

Fuente: Declaración de Ministros de América del Sur sobre Propiedad Intelectual, Acceso a los Medicamentos y Salud, Ginebra, 23 de mayo de 2006.

Otro de los ámbitos de actuación conjunta entre ambas subregiones fue el impulso a la estrategia de negociación conjunta en la compra de medicamentos, toda vez que los gobiernos la reconocieron como una herramienta efectiva para obtener precios justos, mejorar la accesibilidad e incrementar la cobertura. En efecto, los países sudamericanos representados en el organismo andino de salud, Convenio Hipólito Unanue y en el

MERCOSUR (sin Brasil), más México, realizaron conjuntamente dos negociaciones para el acceso a medicamentos antirretrovirales y reactivos de diagnóstico para el manejo de pacientes afectados con el VIH en la región. La primera de ellas, tuvo lugar en Lima, en junio de 2003. La negociación resultó del acuerdo de los países participantes expresado en la Declaración Final de la II Reunión de Ministros de América del Sur (REMSUR) y la Resolución de la XXIV Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) [47], ambas de noviembre de 2002.

Los resultados de la negociación fueron considerados por el conjunto de los países como un éxito político y social. De los 37 productos negociados, en 15 de ellos se obtuvieron propuestas de cotización por debajo del precio menor existente en los 10 países de la región.[48] En septiembre de 2004, un año después de la Primera Ronda de Negociación, los 10 países participantes en la negociación iniciaron un proceso de evaluación del impacto de la negociación.

Sin embargo, según un informe realizado por ORAS-CONHU, en el transcurso del año siguiente a la negociación, los países participantes reconocieron grados de beneficio diferentes de los acuerdos y precios alcanzados, debido a los obstáculos que tuvieron que enfrentar para hacer valer las negociaciones al momento de efectivizar las compras. "En algunos casos no se pudo hacer uso de los precios pactados por dificultades en los mecanismos internos de compra de los países; en otros casos, porque la industria local se negó a reconocer lo acordado por sus casas matrices en la negociación, y en otros, por la heterogeneidad en las regulaciones nacionales comerciales que afectaron los procesos de adquisición nacionales."[49]

La OPS (2006) añade además que los acuerdos alcanzados no siempre eran compatibles con la regulación y política comercial, de propiedad intelectual y de contratos de los países participantes en la negociación; una parte de los medicamentos ARV, objeto de negociación, no estaba registrado en todos los países participantes en la negociación de precios; los procesos de licitación de medicamentos realizados en los diferentes países no siguieron los requisitos contemplados en la negociación; y la negociación de precios tuvo carácter voluntario sin compromiso formal de cumplimiento de los acuerdos por las partes.

Esta situación dio lugar a que en negociaciones futuras, se consideraran iniciativas que tomaran más profundamente en cuenta los acuerdos de integración transnacional entre los países miembros de los organismos regionales y subregionales de salud, de modo tal que se permitiera, tal como lo señala ORAS-CONHU (2007):

"- Optimizar la articulación de los acuerdos alcanzados en las negociaciones con la regulación y política sanitaria, comercial, de propiedad intelectual y de contratos de los países participantes.

[47] Para mayor información, ver capítulo correspondiente a la Comunidad Andina.

[48] Se obtuvo una disminución en el costo del tratamiento de primera línea de terapia triple de un 30-93% y de un 9 - 72% para la terapia triple de segunda línea. En todos los asuntos negociados se acordaron los requisitos de calidad, basados en el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), la existencia de registro sanitario y de los estándares de calidad relacionados con identidad, pureza potencia y bioequivalencia, ésta última cuando correspondiera. Hubo también, en reactivos, reducción del rango de precios máximos y mínimos variando según tipo de reactivo: pruebas rápidas (62% a 1%), pruebas de ELISA (13-33%), CD4 (5 a 70%) y CV (22-82%). (OPS, 2006).

[49] Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, Compra Conjunta de Medicamentos: Un aporte para la integración", Lima, febrero de 2007.

- Que los países puedan beneficiarse aún de aquellos medicamentos ARV objetos de negociación que no cuentan con registro en sus países, siempre que ello no entre en contradicción con su legislación y política nacional.

- Que los procesos de licitación de medicamentos realizados posteriormente a las negociaciones en los diferentes países contemplen los requisitos señalados en la negociación.

- Perfeccionar los mecanismos por los cuales las oficinas de representación nacional de los laboratorios multinacionales respeten los precios pactados por sus respectivas casas matrices."[50]

En la segunda de ellas, realizada en agosto de 2005, los ministros de salud de Sudamérica, esta vez con la participación de Brasil, más el de México, se reunieron en Buenos Aires para llevar adelante la segunda negociación conjunta de precios de los medicamentos y reactivos para el tratamiento del VIH/SIDA (ver Recuadro 17).

La II ronda de negociaciones realizada entre los gobiernos mencionados con 26 compañías farmacéuticas, arrojó como resultado una importante reducción de entre un 15 % y un 55 % en precios para los esquemas terapéuticos más utilizados en la región. Tal fue así que el esquema de terapia básica, cuyo costo ofrecido por la industria farmacéutica en el 2003 era de US $ 350 anuales por paciente, obtuvo un costo de US $ 241 dólares. Para una de las terapias más complejas, el costo de US $ 2489 fue reducido en un 55 % a US $ 1123 anuales por paciente.

Es importante destacar que de las 26 empresas convocadas a la negociación, 14 empresas se presentaron a la negociación con la Comisión Negociadora. Se recibieron precios de medicamentos antirretrovirales de 11 fabricantes, de los cuales correspondían medicamentos genéricos, uno a medicamentos originales (Abbott Laboratories), y una asociación de fabricantes públicas de medicamentos antirretrovirales de Brasil.[51] Los 11 países firmaron un acuerdo de intención con 10 fabricantes de medicamentos antirretrovirales[52] y 7 fabricantes de reactivos.[53]

La Comisión Negociadora destacó que el principal resultado de la estrategia de Negociación Conjunta fue la obtención de precios máximos referenciales y regionales que se aplicarán en el sector público, los cuales se mantendrían vigentes por un plazo no inferior a dos anos, a partir de la fecha de suscripción del acuerdo de intención.

En marzo de 2006 se conformó el Grupo de Acompañamiento de las negociaciones de antirretrovirales (GAN/ARV), con el objetivo de apoyar a los países a que accedan a los precios acordados en la II Negociación y realizar un seguimiento sistemático en éstos, con respecto a la implementación de los acuerdos alcanzados.[54]

---

[50] Ibid 49.

[51] Merck & Co., como Boehringer Ingelheim y Bristol Myers Squibb no presentaron propuestas con un precio único regional. Por lo tanto, la Comisión Negociadora no consideró sus ofertas.

[52] (Cipla, Cristalia, Elea, Iqueño-Lafepe-Farmanguinhos, Filaxis, Gadop, Humas, Kampel Marten, Ranbaxy y Richmond S.A.. El acuerdo con Abbott Laboratorios seria firmado posteriormente a la negociación.

[53] Bayer Diagnostico, Beckman, Becton Dickenson, Biomerieux, Biorad, Roche Diagnostico, Weiner.

[54] El grupo fue constituido por representantes del Grupo de Cooperación Tecnica Horizontal, del gobierno de Argentina (país anfitrión de la II Negociación), representantes de la sociedad civil y de ONUSIDA. Asimismo integran el grupo representantes y técnicos de la OPS.

Recuadro 17: Criterios utilizados durante la Segunda Negociación

1. Los Productores
Las plantas de fabricación deberían cumplir con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) certificados por alguno de los países participantes de la negociación o por uno de los países que pertenecen a la Conferencia Internacional de Armonización (ICH).

2. Los Medicamentos
- Tener aprobados los registros correspondientes en los países participantes o en las Agencias Nacionales Reguladores (ANR) de los países que forman parte del ICH, al momento de la comercialización. Como contrapartida, los países participantes facilitarán y agilizarán dichos registros. Igualmente vigilarían permanentemente que las empresas presenten los documentos necesarios para tramitar el registro sanitario.
- Cumplir con los requisitos de identificación, pureza, potencia y bioequivalencia cuando esta corresponda, a los fines de garantizar su calidad, certificada por los países negociadores o mediante la precalificación de la OMS para los ARVs.

3. Los Precios
- Las ofertas deberían presentarse expresadas en dólares americanos, INCOTERMS FOB (Free On Board).
- El precio techo de la negociación estaría constituido por el menor precio existente en la región o en la I Negociación (Lima 2003) para cada ítem negociado (de marca o genérico) de la lista.
- Las empresas deberían ofrecer un precio único para cada ítem negociado al cual todos los países podrán adquirir el mismo.
- Los países utilizarían como precio de referencia el menor precio negociado en los procesos de compras nacionales.
- Las representantes locales de las empresas internacionales deberían respetar los precios negociados y en caso de no hacerlo, los países participantes podrán arbitrar los medios para adquirir los productos directamente de las casas matrices, o a través de mecanismos internacionales de adquisición como el Fondo Estratégico de la OPS.

4. Vigencia de la negociación
No menos que dos años, salvo una nueva negociación.

5. Implementación, Monitoreo y Seguimiento
- Los países participantes establecerían un Grupo de Monitoreo y Seguimiento, con el apoyo técnico de la OPS.

- El Grupo de Monitoreo y Seguimiento coordinará la comunicación de los resultados a todas las actores implicados en la negociación, elaborará un marco técnico para evaluar la vinculación del proceso regional con procesos nacionales de registro y adquisición, identificar y proponer soluciones a las dificultades enfrentadas en la implementación de las condiciones de la negociación. El Grupo presentará dos informes a los países y a las empresas participantes sobre el impacto de la II negociación, uno al final del primer año y otro al final de la vigencia de la negociación.

Fuente: Tomado de; Organización Panamericana de la Salud, II Negociación conjunta de precios para medicamentos antirretrovirales en los países de Sudamérica. Procesos y resultados. Washington, octubre de 2006.

b) La Agenda de Salud Sudamericana

Durante la II Cumbre de Jefes de Estado de la Comunidad Sudamericana de Naciones, realizada en Cochabamba, Bolivia, en diciembre de 2006 se instruyó a los ministros de salud suramericanos la elaboración de una Agenda Regional en materia de salud con la cooperación del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, el Subgrupo II de salud del MERCOSUR, la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y otros organismos regionales competentes. Se buscaba lograr un compromiso suramericano por la equidad y la inclusión social que garantizara el acceso universal a los servicios de salud a todos los habitantes de la región. Su elaboración, se indicó, debía asegurar un fluido diálogo con los movimientos sociales.

Desde entonces, tanto el ORAS-CONHU, en coordinación con los países del MERCOSUR han aprovechado todas las reuniones internacionales en las que los ministros de salud de los países suramericanos han coincidido para ir avanzando en la concreción de la agenda de integración suramericana de salud.[55]

Actualmente, en el marco de la UNASUR, se dispone ya de un Plan de Trabajo de la Agenda Suramericana de Salud y un Estatuto en el cual se ha definido la composición, objetivos y funcionamiento del Consejo Sudamericano de Salud. En efecto, ya están establecidas las funciones del Comité Coordinador, la Secretaría Técnica y los Grupos Técnicos a cargo de cada uno de las áreas temáticas definidas en el Plan de Acción 2009-2010 de la UNASUR.

El *Comité Coordinador* es una instancia dirigida a impulsar, facilitar y promover el logro de los objetivos del Consejo de Salud Sudamericano. Entre sus atribuciones figuran: realizar el seguimiento del proceso de avance en integración suramericano en salud; coordinar y dar seguimiento a los grupos técnicos; preparar proyectos de acuerdo y resoluciones que serán sometidas a consideración del CSS; coordinar y elaborar posiciones comunes sobre temas de salud en foros y negociaciones internacionales; proponer procesos innovadores a través de los cuales se alcance la integración suramericana de la salud, yendo más allá de la convergencia de los procesos existentes; elaborar y ejecutar un plan estratégico de comunicación social para instalar en la opinión pública la existencia y desempeño de UNASUR-Salud; y promover espacios de diálogo que favorezcan la participación ciudadana en los procesos de integración suramericana en salud, entre otros.

Con respecto a la *Secretaría Técnica,* la misma está constituida por la Presidencia Pro Témpore (PPT) (desde el 10 de agosto de 2009, está a cargo de Ecuador) y la integran además las PPT pasada y siguiente. Entre sus atribuciones, se establece convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias en coordinación con la Presidencia del Consejo y del Comité Coordinador; actuar como Secretario de actas en las reuniones del consejo y del Comité Coordinador; gestionar mecanismos de reuniones virtuales; elaborar un Boletín del Consejo de Salud Suramericano, disponer de un sitio web y articular los medios de comunicación a través de un dispositivo de Prensa y Comunicaciones, entre otros.

[55] Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, mayo 2007; Reunión de ministros de Ibero América, Iquique, julio de 2007; Conferencia Internacional sobre APS, Buenos Aires, agosto 2007; Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, octubre de 2007, oportunidad en la que se creó el Grupo de Trabajo (integrado por Brasil, Bolivia y Chile) encargado de elaborar la propuesta para los ministros de Salud.

Los *Grupos Técnicos* son los encargados de analizar, elaborar, preparar y desarrollar bajo criterios técnicos y científicos, propuestas dirigidas a lograr la integración sudamericana en salud, tomando como base el Plan de Trabajo y la Agenda Sudamericana de Salud. Los Grupos Técnicos tienen una coordinación a cargo de un país y una coordinación alterna a cargo de otro, con un mandato de dos años, período en el cual alternan esa responsabilidad al cumplir un año (ver Recuadro 18).

Recuadro 18: Objetivos de los cinco Grupos Técnicos del Consejo de Salud Sudamericano

Escudo Epidemiológico[56] *(Coordina Paraguay, alterna Uruguay)*

- *Establecer un registro de indicadores estandarizados de morbilidad y mortalidad regional, tomando como base los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*
- *Promover el trabajo y actuación conjunta en la vigilancia y control de enfermedades en las áreas fronterizas.*
- *Crear, fortalecer, consolidar y articular redes de vigilancia y control epidemiológico suramericano.*
- *Elaborar un informe que identifique a nivel suramericano las enfermedades que deben ser atendidas de manera prioritaria.*
- *Promover el Programa Sudamericano de Inmunizaciones.*

Desarrollo de Sistemas de Salud Universales *(Coordina Chile, alterna Bolivia)*

- *Propiciar el desarrollo de iniciativas de monitoreo y evaluación de los sistemas de salud de los países sudamericanos.*
- *Intercambiar las experiencias para ampliar la cobertura y aumentar la calidad en la atención de salud pública, privilegiando la estrategia de atención primaria integral.*
- *Propiciar el intercambio de experiencias sobre los sistemas de salud de los países miembros de UNASUR, incluyendo su financiamiento.*
- *Fortalecer los procesos de armonización de cuentas de salud.*
- *Diseñar e intercambiar experiencias de prestación de servicios para migrantes en la región, de manera de garantizar el acceso a la salud.*
- *Apoyar los procesos de reforma de los sistemas de salud y el fortalecimiento del rol rector de los Ministerios de Salud.*

Acceso Universal a Medicamentos *(Coordina Argentina, alterna Suriname)*

- *Establecer un mapa de las capacidades de Sudamérica para producir medicamentos y otros insumos en salud.*
- *Intercambiar experiencias para establecer mecanismos que permitan afrontar de manera integrada las barreras que limitan el acceso a medicamentos esenciales y de alto costo.*
- *Elaborar una propuesta de políticas sudamericanas de acceso universal a medicamentos, considerando el complejo productivo de salud sudamericano.*

[56] Durante la primera Reunión Ordinaria del Grupo Técnico de Escudo Epidemiológico de la UNASUR, realizada en Asunción el 18 de junio de 2009, los delegados presentes propusieron el cambio de la denominación del eje estratégico considerando que el término "Escudo Epidemiológico" no refleja el proceso de integración de los sistemas de vigilancia y respuesta que se encuentra en proceso de implementación en las Américas. Se consideró pertinente rescatar la concepción inicial del eje temático propuesto en Cochabamba, 2006, que apunta al objetivo general: Red Sudamericana de Vigilancia y Respuesta en Salud (VIGILA-SUR).

- *Establecer un espacio de comunicación de riesgos sobre el control de la calidad de medicamentos, así como sobre la falsificación de fármacos y tráfico ilícito.*

Promoción de la Salud y Acción sobre los Determinantes Sociales *(Coordina Venezuela, alterna Colombia)*

- *Creación de la Comisión Sudamericana de Determinantes Sociales de la Salud, tomando en cuenta la recomendación de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS.*
- *Creación de instancias de intercambio en los ámbitos de formación e investigación en determinantes sociales de salud.*
- *Elaborar acciones tendientes a viabilizar las inequidades en salud en Sudamérica.*
- *Intercambiar experiencias de intervención y monitoreo sobre los determinantes sociales de la salud.*

Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud *(Coordina Brasil, alterna Perú)*

- *Producir conocimiento tendiente a la elaboración de una política de desarrollo sustentable de recursos humanos para suministrar la capacidad, teniendo en cuenta los desafíos de la región. Esto incluye la creación de una base de datos de instituciones de formación de los recursos humanos en salud y la preparación de un informe sobre el impacto de las migraciones del personal de salud, de manera de poder formular estrategias a fin de mitigar los efectos negativos de las mismas en Sudamérica.*
- *Identificar prioridades de investigación y especulación de recursos humanos en salud.*
- *Elaborar mecanismos de incentivo a la formación de recursos humanos en salud a través de un programa de Becas UNASUR – Salud y la creación de la Escuela Sudamericana de Gobierno en Salud (ver Recuadro 19).*
- *Promover la disminución de las brechas de inequidad en cuanto a la distribución de recursos humanos en salud.*

Fuente: UNASUR/Consejo de Salud Suramericano/Acuerdo N. 01/09–21/04/2009.

Recuadro 19: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS

El ISAGS actuará como un centro de altos estudios y debate de política, gobernanza y conducción en salud. La acción del Instituto es concebida como parte del proceso de trabajo y estará orientada directamente al fortalecimiento de los sistemas de salud.

El gobierno de Brasil, a través de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), órgano de Ministerio de Salud, en cooperación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, asume el papel de facilitador para su implementación. Se aprovecha así la experiencia acumulada desde 1998 con la Escuela de Gobierno en Salud de Brasil (EFS/B) que implicó una sustancial reorientación de los programas de formación y desarrollo de recursos humanos, así como de la investigación en ese campo, buscando apoyar la expansión de la capacidad y de la calidad de la gobernanza en salud en Brasil en función de los desafíos que plantea el Sistema Único de Salud.

El ISAGS será una institución de naturaleza comunitaria, con carácter público, perteneciente a todos los países signatarios de UNASUR Tendrá una estructura pequeña y flexible y su programa de trabajo surgirá de su articulación con instituciones nacionales de los países de UNASUR y con centros multilaterales de formación/investigación. Su misión no se superpondrá ni substituirá a las de las instituciones formadoras nacionales existentes, ya que el ISAGS será un centro dirigido a estimular el desarrollo de liderazgo y a apoyar tanto el aumento de las capacidades de conducción de los países a escala local y nacional, así como las de conducción de los procesos de integración social y en especial en el campo de la salud en América del Sur.

Fuente: Agenda de Salud de UNASUR, Grupo de Trabajo sobre Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos Documento provisional, 2009.

Cabe destacar que Paraguay, Brasil, Chile, Colombia y Perú, han informado sobre sus puntos focales, mientras que el resto (Argentina, Bolivia, Ecuador. Guyana, Suriname, Uruguay y Venezuela) todavía no lo han hecho en ninguno de los grupos técnicos.

Durante la Reunión Extraordinaria del Consejo de Salud Suramericano realizada en Quito en agosto de 2009, los ministros del área emitieron una Declaración en la que fijaron una posición común frente a las dificultades de los países miembros para acceder con equidad a los recursos necesarios para enfrentar la Pandemia de Influenza A/H1N1, así como otros desafíos de salud pública que enfrenta la región.

Entre otros, ratificaron el concepto de la supremacía de la salud pública sobre los intereses económicos y comerciales. En ese sentido, manifestaron que los medicamentos, vacunas, insumos y equipos que se requieren para atender enfermedades de importancia en salud pública, deben considerarse bienes públicos globales. Asimismo, que los derechos de propiedad intelectual no deberán impedir que los Estados Partes adopten medidas para proteger la Salud Pública, así como el derecho de hacer uso de las flexibilidades previstas en caso de ser necesario.

En la Declaración decidieron, asimismo, concretar un plan estratégico para la innovación, desarrollo y producción regional que priorice y garantice el acceso a recursos biológicos, medicamentos e insumos a la población sudamericana, tanto para la nueva influenza como para las otras enfermedades de interés en salud pública.

Finalmente, respaldaron al Fondo Rotatorio de la OPS como un mecanismo estratégico de negociación regional, instaron a priorizar la adquisición a productores de la región e intensificar la vigilancia sanitaria.

III. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PARA LA INTEGRACIÓN Y LA COOPERACIÓN EN EL SECTOR SALUD EN LA REGIÓN

Han sido variados los intentos por mejorar el acceso de la población a los servicios de salud a través del impulso de diversos programas de cooperación en el marco de los organismos de integración regional en ALC. Si bien se ha observado un notable esfuerzo al respecto, sobre todo en los últimos años, todavía no se han logrado los resultados esperados de tales acciones, a pesar de avances registrados, especialmente en el plano político.

En parte, ello se debe a que las acciones tendientes a impulsar un mayor acceso a la salud a través de la promoción de la cooperación intrarregional, han sido desarrolladas básicamente como complementarias a los problemas derivados de los procesos económicos de apertura y desregulación experimentadas por la mayoría de los países de América Latina y el Caribe en los últimos tiempos.

De igual forma, otros factores explican tal brecha entre propósitos y resultados concretos. Entre otros se destacan: a) que muchas veces los objetivos y planes para garantizar el acceso a bienes y servicios de salud desde los esfuerzos de integración regional son obstaculizados por acciones que se definen en los ámbitos "económico-comerciales" de dichos espacios subregionales de integración; b) el hecho de que las decisiones que se adoptan en las instancias subregionales donde se aborda el tema de la salud no tienen carácter vinculante; c) las limitaciones relacionadas con las capacidades de gestión e incidencia de los diversos actores involucrados, (regionales y nacionales, públicos y privados) sobre el desarrollo de la salud; y d) las restricciones en cuanto al financiamiento de actividades comunes, que tienen que ver, en algunos casos, con carencia de recursos y, en otros, con la ausencia de jerarquización política a los proyectos vinculados a la salud, tal como lo señala la Coordinación de Foros y Reuniones del Sector Salud de Centroamérica.

Asimismo, algunos análisis constatan cierta ausencia de sistematicidad, coordinación y coherencia en los esfuerzos emprendidos en la región; un déficit en los mecanismos de seguimiento y evaluación de los programas acordados; y falta de instrumentos efectivos de medición del logro de las metas y objetivos propuestos sobre salud en los mecanismos de integración y cooperación subregional.

La multiplicidad de instancias e instituciones con resultados de impacto limitados y poco conocidos en algunas subregiones; la ausencia de cultura de rendición de cuentas; la supremacía de los intereses económicos sobre los sociales en las decisiones políticas; e intereses en conflicto de algunas entidades cooperantes, son rasgos comunes en casi todos los organismos subregionales de integración.

Uno de los problemas más complejos de la región, es la insuficiente capacidad para responder a la progresiva demanda de medicamentos para atender los principales problemas de salud de la población. Es sabido que el acceso a los medicamentos y otros insumos de salud, ocupan un rol central en los múltiples factores que determinan una mejor atención de salud, razón por la cual la industria farmacéutica, con una presencia internacional creciente en la región, es un sector clave en la formación de precios de los medicamentos e insumos para el sector. Esta característica de la oferta de

medicamentos, según se reconoce en diversas declaraciones políticas conjuntas de los gobiernos en los organismos de integración, requiere que los Estados adopten un rol activo con funciones definidas de coordinación, regulación y promoción de la industria de medicamentos.

Para disminuir los precios y garantizar acceso a medicamentos necesarios para los programas sanitarios nacionales se han desarrollado en los últimos años experiencias de negociación conjunta de los Ministerios de Salud amparadas en los organismos de integración, con laboratorios farmacéuticos internacionales. En efecto, una de las acciones más importantes que se han llevado a cabo en el marco de las acciones conjuntas entre el ORAS-CONHU y el MERCOSUR, son las dos negociaciones y acuerdos logrados para la compra conjunta de medicamentos antirretrovirales y reactivos de diagnóstico para el manejo de pacientes afectados con el VIH en la región. Estas se realizaron en 2003 y 2005, respectivamente, con resultados calificados de exitosos desde el aspecto político, económico y social, por los países.

Sin embargo, según un informe realizado por ORAS-CONHU, en el transcurso del año siguiente a la primera negociación, los países participantes obtuvieron grados de beneficio diferentes al de los acuerdos y precios alcanzados, debido a los obstáculos que tuvieron que enfrentar para hacer valer las negociaciones al momento de efectivizar las compras. "En algunos casos no se pudo hacer uso de los precios pactados por dificultades en los mecanismos internos de compra de los países; en otros casos, porque la industria local se negó a reconocer lo acordado por sus casas matrices en la negociación, y en otros, por la heterogeneidad en las regulaciones nacionales comerciales que afectaron los procesos de adquisición nacionales."[57]

La OPS (2006) añade además que los acuerdos alcanzados no siempre eran compatibles con la regulación y política comercial, de propiedad intelectual y de contratos de los países participantes en la negociación. Asimismo, una parte de los medicamentos ARV, objeto de la negociación, no estaba registrada en todos los países participantes en la negociación de precios; y la negociación de precios tuvo carácter voluntario sin compromiso formal de cumplimiento de los acuerdos por las partes.[58]

Esta situación dio lugar a que en negociaciones futuras, se consideraran iniciativas que tomaran más profundamente en cuenta los acuerdos de integración entre los países miembros de los organismos regionales y subregionales de salud, de modo tal que se permitiera: "Optimizar la articulación de los acuerdos alcanzados en las negociaciones con la regulación y política sanitaria, comercial, de propiedad intelectual y de contratos de los países participantes; que los países pudieran beneficiarse aún de aquellos medicamentos ARV objetos de negociación que no cuentan con registro en sus países; y que se perfeccionaran los mecanismos por los cuales las oficinas de representación nacional de los laboratorios multinacionales respetan los precios pactados por sus respectivas casas matrices, entre otros."[59]

Los resultados de la segunda negociación, realizada en 2005 tuvo mejores resultados, pero gran parte de los problemas señalados en la primera negociación, continuaron siendo un escollo. Es por ello que la Agenda de Salud de la UNASUR, en las que confluyen las agendas del organismo de integración andina y el MERCOSUR, contempla en su

[57] Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, Compra Conjunta de Medicamentos: Un aporte para la integración", Lima, febrero de 2007.
[58] OPS, II Negociación conjunta de precios para medicamentos antirretrovirales en los países de Sudamérica. Procesos y resultados, octubre de 2006.
[59] ORAS-CONHU (2007).

programa de acceso a medicamentos, no sólo negociaciones de precios y compras conjuntas de medicamentos esenciales dentro de sus respectivos marcos legales, sino también el desarrollo de una industria farmacéutica y biotecnológica al interior de la región.

En efecto, la existencia de medicamentos cuya producción ha sido dejada de lado por el sector privado, y la aparición de las denominadas enfermedades huérfanas, ha dado lugar a que la producción pública de medicamentos sea considerada como herramienta política. En ese sentido, en el marco de la UNASUR, se intenta identificar las capacidades industriales existentes en la región con el fin de planificar una política regional de producción de medicamentos y otros insumos de salud.

También en la región del Caribe han tenido lugar experiencias de compras conjuntas de medicamentos. De hecho, los primeros en desarrollar una aproximación regional para las compra de medicamentos antiretrovirales para combatir el VIH/SIDA fueron los países de la CARICOM, proceso que se inició en febrero de 2002. En la Declaración Presidencial de Nassau de 2001, cuyo eje central fue el tema de la salud, los Jefes de Estado del organismo de integración caribeño señalaron que el Plan Estratégico Regional contra el HIV/AIDS debía incluir el Servicio de Compras Farmacéuticas (PPS) de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) como el mecanismo representativo para la compra de anti retrovirales para toda la región.

Si bien las negociaciones entre el PANCAP y seis industrias farmacéuticas internacionales culminaron en acuerdos en julio de 2002 y en febrero de 2003, los problemas a la hora de efectivizar las compras a los precios acordados, tienen semejanzas con los registrados en la región sudamericana.

Los países centroamericanos también han realizado negociaciones conjuntas para la compra de medicamentos considerados de alto costo y trascendencia para la mayoría de las naciones del istmo, en cumplimiento a los objetivos estratégicos de la Agenda de Salud, definida en junio 2009. Ya se dispone del Reglamento de Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos, con lo que se establece el marco jurídico que le da viabilidad y legalidad a este proceso que se inició en octubre de 2006.

En general, las políticas de medicamentos establecidas en los organismos de integración se rigen por un conjunto de principios que entre otros, reconocen el acceso a medicamentos como un derecho humano; que los medicamentos vitales o esenciales deben ser tratado como un bien público; que el bien común debe prevalecer sobre el bien individual; y, que el acceso, la vigilancia de la calidad y la seguridad de los medicamentos son una responsabilidad del Estado.

El problema radica en que los objetivos del sector productivo y de comercialización de medicamentos no siempre son coincidentes con los intereses de salud pública, lo cual da lugar a la ausencia de medicamentos en los mercados locales para el tratamiento de enfermedades tales como chagas, dengue, entre otras; a que haya pocos proveedores de medicamentos para algunas enfermedades prioritarias y que frecuentemente se prescriban medicamentos haciendo uso de prácticas poco éticas de promoción.

Otro aspecto vinculado a todo lo anterior, y que dificulta en ocasiones la disponibilidad de medicamentos es la negociación y posterior entrada en vigencia de los Tratados de Libre Comercio con países industrializados, pues las normas establecidas en estos sí tienen carácter vinculante e incorporan una legislación más restrictiva en el ámbito de la

propiedad intelectual, que la acordada en el marco de la Organización Mundial del Comercio.

Dentro de los elementos que dificultan el acceso a los servicios de salud de calidad en la región, se destacan los vinculados a los problemas de Recursos Humanos en este sector, no tanto por la baja disponibilidad cuantitativa de profesionales, sino por su inadecuada distribución geográfica. En el marco de los organismos de integración, pero también en forma individual, se han adoptado diversas estrategias para corregir estas situaciones.

El ORAS- CONHU destaca los avances alcanzados por varias experiencias regionales, como es el caso del modelo de atención a la familia de Cuba, el Programa de Salud Familiar de Brasil, las garantías del derecho a la salud de Chile, la Misión Barrio Adentro y el programa de formación de médicos comunitarios integrales de Venezuela, la Residencia en Salud Familiar integral intercultural de Bolivia; entre otros. Estos son proyectos desarrollados en la última década, que combinan no solo una nueva idea de distribución de recursos humanos, sino procesos masivos de educación en el propio trabajo, ligados a una concepción de la salud como expresión de un derecho ciudadano.

Sin embargo, tal como lo señala el organismo andino de salud, los problemas de distribución geográfica y de inadaptabilidad persisten y se han diversificado. Adicionalmente, reformas implementadas en algunos países de la región en los sectores de educación y de salud, han determinado el surgimiento de nuevas dificultades como la emergencia de una sobreoferta educativa y sobreproducción de profesionales en disciplinas que no siempre responden a las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población.

De igual forma, debe destacarse que algunos países de la región han manifestado en los últimos años, un agravamiento en la disponibilidad de recursos humanos calificados para el sector de la salud, producto de crecientes flujos de emigración de personal profesional y técnico vinculado al sector hacia países desarrollados.

Propuestas

1. Tal como se ha descrito anteriormente, en el marco de los organismos de integración regional de América Latina y el Caribe, se ha considerado que un aspecto fundamental con incidencia directa en la salud es el referido al acceso a medicamentos. En tal sentido, resulta importante destacar la necesidad de avanzar aún más en las discusiones, el intercambio de información y la implementación de las cuatro líneas de acción que contribuirían a ampliar el acceso a medicamentos en nuestros países:

a) el desarrollo de una política coherente de medicamentos genéricos;
b) las estrategias nacionales y regionales para la contención de costos con énfasis en la fijación de precios y la normativa sobre la protección de los derechos de propiedad intelectual;
c) el fortalecimiento de sistemas – nacionales y regionales - de suministros de insumos básicos para la salud pública; y
d) los mecanismos regionales de compras conjuntas definidas por el Consejo Directivo de la OPS en octubre de 2004.

Debe reconocerse que estas cuatro líneas de acción han sido tomadas en cuenta por las instancias políticas y técnicas encargadas del sector salud en los organismos de

integración de la región; así como por las autoridades nacionales que regulan este sector en cada país. Sin embargo, resulta imprescindible continuar avanzando en el intercambio de información y experiencias entre las naciones de ALC al respecto, así como la paulatina incorporación a las normas, las legislaciones nacionales y las prácticas económicas de las resoluciones y decisiones que se adopten como parte del seguimiento e implementación de estas acciones.

2. El perfeccionamiento y de ser posible la extensión al ámbito regional de ALC de las experiencias de negociación conjunta entre los Ministerios de Salud con los laboratorios internacionales, con el fin de mejorar el acceso a medicamentos que tienen alto impacto sanitario en nuestros países; pudiera constituirse en otro de los objetivos a largo plazo para avanzar en términos de integración y convergencia para la salud en ALC.

Como se ha señalado, la negociación conjunta es una herramienta política que mejora las posibilidades de lograr menores precios en los medicamentos, con respecto a los que pueden alcanzar los países individualmente. No obstante, y de acuerdo a lo acontecido hasta el momento; para que estas negociaciones conjuntas con empresas farmacéuticas internacionales arrojen los resultados positivos esperados, resulta imprescindible avanzar – en el marco de la integración y cooperación entre los países de ALC – en cuanto a:

a) la paulatina armonización – al menos en el marco de los diferentes organismos de integración subregional – de las normas que rigen los mecanismos internos de compras y distribución nacional de bienes y servicios de salud;
b) la posible homologación de la normativa que rige para el registro nacional de los medicamentos fundamentales que tienen incidencia directa en la salud de la mayoría de la población;
c) en la medida de lo posible, y como parte de estos esfuerzos de armonización, debería avanzarse en una convergencia a mediano plazo de las normas que rigen las compras gubernamentales para los bienes y servicios esenciales vinculados al desarrollo de la salud en los distintos países de ALC.

3. Sin embargo, y tal y como se recogió en este documento, parte de los aspectos decisivos para facilitar el acceso a los medicamentos, se discuten en organismos internacionales cuyas normas, en muchos casos, tienen carácter vinculante. Es el caso de los acuerdos ADPIC, GATS y el de medidas sanitarias y fitosanitarias de la OMC. Debe recordarse que la Declaración de Doha, de noviembre de 2001, reafirmó el derecho de los miembros de la OMC a utilizar, al máximo, todas las flexibilidades del Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de manera que se proteja la salud pública y se promueva el acceso a los medicamentos para todos. Dentro de estas flexibilidades, se incluyen eximir la repetición de los datos de prueba de los nuevos medicamentos, pues basta con demostrar que el medicamento genérico es bioequivalente.

Esto también se relaciona con las disciplinas acordadas en los Tratados de Libre Comercio que varios países de la región han suscrito con Estados Unidos, la Unión Europea y otras naciones extrarregionales. De todos ellos, los aspectos de propiedad intelectual son los que mayor incidencia tienen en cuanto al acceso a la salud pública.

Tal y como han advertido funcionarios de la OPS, las patentes pueden representar una barrera para el acceso a los medicamentos, pues confieren un monopolio que retarda la introducción de las versiones genéricas que afectan los precios; benefician a los países centrales porque consolidan la hegemonía de las compañías farmacéuticas

transnacionales; y aumentan la dependencia tecnológica y económica de los países periféricos.[60]

Por todo lo anterior, y en el marco de los esfuerzos que el SELA – junto a CEPAL, la OPS y los diferentes organismos subregionales de integración y cooperación existentes en ALC – inician a partir de la adopción de la Decisión No. 512 del Consejo Latinoamericano; debería realizarse un esfuerzo permanente de consulta y concertación a nivel regional para lograr un mayor intercambio de información, análisis y elaboración de propuestas sobre estos temas entre los países y órganos de integración latinoamericanos y caribeños. Adicionalmente, debería avanzarse - de ser posible - hacia una posición consensuada de ALC en los órganos o en foros de negociación multilaterales, cuyas normas incidan en el acceso a bienes y servicios de salud para la población latinoamericana y caribeña. Al respecto debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los casos y dadas las características de este tipo de negociaciones, que en la práctica tienen carácter reservado, los Ministerios de Salud no tienen el poder suficiente como para incidir en ellas. Adicionalmente, y como lo señala también OPS; los países en desarrollo generalmente no cuentan con tradición en la negociación de acuerdos comerciales y no están debidamente informados de las opciones disponibles en lo que se refiere a los derechos de propiedad intelectual relacionados con el acceso a los medicamentos. Por lo tanto, los gobiernos no están utilizando las flexibilidades previstas en el Acuerdo ADPIC y en la Declaración de Doha."[61]

4. En ese sentido, resulta importante difundir, no sólo en el ámbito de los gobiernos, sino en toda la sociedad, los alcances que tienen estas negociaciones y sus efectos en el acceso a la salud. De igual forma, es imprescindible incorporar a sectores académicos, gremios profesionales, instituciones vinculadas al desarrollo científico-técnico y de la salud, y otras organizaciones sociales representativas en la discusión, evaluación y elaboración de propuestas estratégicas para avanzar en términos de desarrollo con inclusión social; y en cuanto a integración y convergencia para la salud en ALC. Este es un ámbito de acción en el que el SELA – junto a CEPAL, la OPS y los demás organismos especializados de integración y cooperación en salud de ALC – pudiera impulsar el desarrollo de foros que promuevan el debate y la difusión de análisis, con miras no sólo a fortalecer la posición negociadora de los gobiernos y de los organismos de integración subregional en negociaciones multilaterales, sino también en el propio diseño de una estrategia de alcance regional para la integración y convergencia para la salud en Latinoamérica y el Caribe. Al respecto, las experiencias acumuladas por la Secretaría Permanente del SELA en sus pasadas reuniones sobre dimensión social de la integración en ALC, y el Seminario Regional sobre el tema con la participación de organizaciones sociales de la región desarrollado en julio del 2008; pudieran servir como punto de partida para estas acciones.

Lo anterior resulta a todas luces pertinente dado que, precisamente, el proyecto "Integración y Convergencia para la Salud de América Latina y el Caribe - INCOSALC" tiene como objetivo general "contribuir a la reducción de las inequidades en salud en América Latina y el Caribe, actuando sobre sus determinantes, a través de la acción concertada de diferentes sectores económicos y sociales en el marco de los procesos de integración y cooperación regional".

---

[60] La Propiedad Intelectual y su impacto en el acceso a los medicamentos: Desafíos para la Región. III Conferencia Nacional de Salud Lima, PERU, 10 a 12 de Julio 2006. Presentación del Dr. Jorge Bermúdez, Jefe da la Unidad de Medicamentos, Vacunas y Tecnologías en Salud, OPS/OMS, Washington.
[61] Ibid 59.

5. Aunque con una dimensión de mediano y largo plazo, la integración y convergencia para la salud en América Latina y el Caribe requiere necesariamente el desarrollo de una industria médico-farmacéutica y biotecnológica en la región. Para ello, una de las tareas que deberían desarrollarse en el marco del proyecto INCOSALC del SELA – junto a CEPAL, OPS y los demás organismos subregionales de integración y cooperación –consiste en la identificación de las capacidades industriales existentes en la región, como primer paso para el diseño de una propuesta estratégica para el desarrollo de una industria médico-farmacéutica latinoamericana y caribeña que garantice la producción de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud de la región.

6. Fortalecer las alianzas intersectoriales, y promover y ampliar la cooperación sur-sur en materia de salud entre los países de ALC es un imperativo para el avance de la integración en esta esfera y para el propio desarrollo social de nuestra región. Al respecto, Latinoamérica y el Caribe cuentan con países que han venido desarrollando importantes acciones y tienen experiencias positivas en la cooperación Sur-Sur, no sólo como receptores sino como ofertantes o trianguladores de este tipo de colaboración. Cuba, Brasil, México, Argentina, Chile y Venezuela destacan en este rol en el campo de la salud, pero existe mucho más potencial en la región. Lograr un mejor conocimiento de las experiencias que se llevan a cabo entre las naciones de América Latina y el Caribe y una mejor comprensión de la oferta de cooperación de los países permitiría avanzar en este sentido, y el SELA debería constituirse en un foro de discusión, debate e intercambio de experiencias en este ámbito.[62]

En todas estas acciones y esfuerzos por diseñar respuestas coordinadas a nivel regional, entre los estados latinoamericanos y caribeños, debe considerarse de manera importante las cuestiones vinculadas al desarrollo de los recursos humanos – profesionales y técnicos – para la salud. Al respecto, las mejores prácticas de formación de capacidades; el intercambio de conocimientos y habilidades en materia de salud; la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación para la salud en ALC; el paulatino reconocimiento de títulos de profesionales de la salud entre los países que conforman los espacios subregionales de integración, y la incorporación de personal profesional de la salud que ha emigrado a países desarrollados a favor de las estrategias nacionales y regionales para el perfeccionamiento y avance de la salud en ALC, son algunos de los temas que deberían incorporarse en este acápite.

7. Con vistas a enfrentar en mejores condiciones las consecuencias de la construcción de un orden internacional que probablemente no tendrá lugar sobre una base multilateral, sino a partir de acuerdos bilaterales y plurilaterales; y para incorporar al esfuerzo de integración y convergencia para la salud a todos los actores sociales, económicos y políticos que tal empeño requiere, resulta necesario el desarrollo de una estrategia comunicacional que difunda la problemática relacionada a la evolución de este sector, así como de sus determinantes políticos, económicos y sociales. Esto contribuirá a contrarrestar la falta de conciencia política sobre las ventajas de la integración y la articulación en el área de la salud para el logro de metas de salud de los países de ALC; la poca credibilidad todavía existente en nuestra región acerca de los beneficios de la integración; la supremacía de los intereses económicos sobre los sociales en las agendas de la integración latinoamericana y caribeña; y la todavía baja prioridad asignada a los asuntos relativos a la integración de la región en las agendas políticas nacionales.

[62] Tomado de SELA/OPS/CEPAL "Hacia la Convergencia e Integración de América Latina y el Caribe para el desarrollo de la salud: el Proyecto INCOSALC" octubre de 2009.

BIBLIOGRAFÍA

Acción Internacional para la Salud (AIS) (2006) "Un TLC a la medida de la gran industria Farmacéutica" publicado por AIS, 23 de enero, http://aislac.org/pdf/noticias/2006/TLCfin31enero.pdf

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) (2009) Seminario-Taller Integración y cooperación fronteriza en el Mercosur realizado en el Centro de Formación de la Cooperación Española en Montevideo, 21 al 25 de septiembre.

Bermúdez, Jorge, (2006) Presentación del Jefe da la Unidad de Medicamentos, Vacunas y Tecnologías en Salud, OPS/OMS, Washington "La Propiedad Intelectual y su impacto en el acceso a los medicamentos: Desafios para la Región III Conferencia Nacional de Salud Lima, PERU, 10 a 12 de Julio.

CARICOM (1973) Texto del Tratado de Chaguaramas.

CARICOM (1994) Texto del Caribbean Charter for Health Promotion.

CARICOM, OPS y WHO (1998) Caribbean Cooperation in Health: Phase II. A new vision for Caribbean Health.

CARICOM (2001) Tratado de Chaguaramas revisado.

CARICOM, Caribbean Comissión on Health and Development/OPS/WHO (2006) Report of the Caribbean Comission on Health and Development, Washington D.C.

COMISCA (2001) Reglamento aprobado el 30 de marzo, San Salvador.

Coordinación de Foros y Reuniones del Sector Salud Regional (2007) Propuesta para el Consejo de Minsitos de Salud de Centroamérica (COMISCA), junio, San Salvador.

Health Research for Action (HERA) (2009) Regional Assessment of Drug Registration and Regulatory Systems of CARICOM Member Status and the Dominican Republic, Final Report, Volumen I, julio, Bélgica.

MERCOSUR/III CMC EXT/DT Nº 1/02 Anexo IV (2000), Política de Medicamentos para el MERCOSUR, Chile y Bolivia, diciembre, Sao Paulo.

MERCOSUR/XIV RMS/ACUERDO Nº 04/03 (2003) Plan de Acción para la Política de Medicamentos del MERCOSUR, Bolivia y Chile.

MERCOSUR (2005) Metodología de Trabajo para el SGT nº 11 "Salud"/MERCOSUR, Brasilia.

MERCOSUR (2009) Declaración sobre Mecanismos de Coordinación y Articulación de Problemas Comunes en materia de Desarrollo Social y Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, reunidos en Asunción el 23 de julio.

Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, Presidencia de la Nación (2009) UNASUR: Consejo de Salud Sudamericano, Propuesta de trabajo de Grupos Técnicos Acceso Universal a Medicamentos, Buenos Aires.

OMS (2008) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Subsanar las desigualdades en una generación". Washington.

OPS, (2002) Report on Eastern Caribbean: Achievements in Health Promotion with respect to the commitments in the México Declaratión, Chile Workshop, PAHO/CPC.

OPS, (2006) II Negociación conjunta de precios para medicamentos antirretrovirales en los países de Sudamérica. Procesos y resultados. Octubre, Washington.

OPS (2007) Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá, junio.

OPS (2009) UNASUR: Salud en Sudamerica 2008, Documento de trabajo enfocado en aspectos prioritarios de la Agenda Sudamericana de Salud, Oficina OPS/OMS, abril, Santiago de Chile.

ORAS-CONHU/OPS (2009) Política Andina de Medicamentos, Lima.

ORAS-CONHU/OPS (2008) Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, Lima.

ORAS-CONHU (2007)Compra Conjunta de Medicamentos: Un aporte a la integración, Lima.

ORAS-CONHU (2009) Seminario Taller, La salud en los procesos de integración", marzo, Lima.

ORAS-CONHU/CAF/OPS, (2007), Plan Andino de Salud en Fronteras Plan Estratégico 2007-2012, Lima.

ORAS-CONHU (2009) Plan Estratégico 2009-2012, Lima.

ORAS-CONHU/OPS (2009) Política Andina de Medicamentos, Lima.

Proyecto Integración y Desarrollo Mesoamérica, (2009), Informe Ejecutivo 2008-2009 julio.

Ruiz Caro, Ariela (2007), Presentación powerpoint La dimensión social de la integración en América Latina y el Caribe Reunión Regional sobre Dimensión Social de la Integración en América Latina y el Caribe, desarrollada por el SELA, el 6 y 7 de agosto.

SELA/OPS/CEPAL (2009) "Hacia la Convergencia e Integración de América Latina y el Caribe para el desarrollo de la salud: el Proyecto INCOSALC" octubre, Caracas.

SELA (2008) Dimensión social de la integración: Lineamientos para un Plan de Acción en salud, educación, vivienda y empleo, documento base del SELA para el Seminario Regional de Consulta sobre Dimensión Social de la Integración en América Latina y el Caribe Caracas, Venezuela 16 y 17 de julio.

SELA (2008) Informe Final del Seminario Regional de Consulta sobre Dimensión Social de la Integración en América Latina y el Caribe, Caracas 16 y 7 de julio.

SELA (2007) Informe final de la Reunión Regional sobre Dimensión Social de la Integración en América Latina y el Caribe, desarrollada por el SELA, el 6 y 7 de agosto.

SELA (2007) La dimensión social de la integración en América Latina y el Caribe, documento base del SELA para la Primera Reunión Regional sobre Dimensión Social de la Integración, Caracas, 6 y 7 de agosto.

SICA (1991)Texto del Protocolo de Tegucigalpa.

SICA (2009) Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2009-2018.

SICA, SISCA, OPS y AECID (2009), Política Regional de Medicamentos de Centroamérica y República Dominicana.

Stigliz, Joseph, (2004)Questions and Answer Period, en Center for Global Development, The Stiglitz Plan: From Doha to the Developing WORLD Saturday, April 26, www.cgdev.org citado en Acevedo Vogl, José Adolfo, "Las Graves Implicaciones y Enseñanzas del CAFTA en Materia de Medicamentos" en http://geosalud.com/acerca.htm

Tobar, Sebastián (2006) El proceso de integración en el MERCOSUR en salud: Logros, Problemas y desafíos futuros, documento interno, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

Tobar, Sebastián, (2009) "El proceso de integración en el MERCOSUR en salud. Logros, problemas y desafíos futuros" en Identidad MERCOSUR, Serie; cuadernos para la Integración Regional Nº 1, abril, Buenos Aires.

UNASUR (2009) Agenda de Salud, Grupo de Trabajo sobre Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos Documento provisional.

UNASUR (2009)/Consejo de Salud Suramericano/Acuerdo N. 01/09–21/04/2009.

UNASUR, Agenda de Salud (2009) Grupo de Trabajo sobre Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos Documento provisional, 2009.

UNASUR (2009) Grupo Técnico Sistemas de Salud Universales. Propuesta de trabajo para la Reunión de Constitución del Grupo Técnico "Sistemas de Salud Universales", Santiago de Chile 22 y 23 octubre.

UNASUR (2009) Declaración de la Reunión Extraordinaria del Consejo de Salud Sudamericano, 8 de agosto.

www.orasconhu.org
www.pancap.org
www.ops.org
www.sela.org
www.caricom.org
www.sica.ort
www.comunidadandina.org
www.mercosur.org.uy
www.proyectomesoamerica.org
www.salud.alianzabolivariana.org/
http://www.unasur-salud.org/
www.aislac.org/

ANEXO.
Instancias políticas donde se aborda el tema de salud en los organismos de integración de Latinoamérica y el Caribe

ORGANISMO	Instancias de cooperación en salud
Comunidad Andina (CAN)	El Consejo de Ministros de Salud se constituyó en 1972. En esa etapa inicial del proceso andino, la salud estuvo ligada a las definiciones sobre seguridad y salud en el trabajo como contribución a la equidad social y la protección de los trabajadores. Con la transformación del Convenio Hipólito Unanue a Organismo Andino de Salud en 2000, las reuniones ministeriales de salud del área andina se convierten en el órgano que define políticas y prioridades, realizando el seguimiento a las resoluciones y mandatos.
Comunidad del Caribe (CARICOM)	Agrupa a los ministros de Salud en una conferencia específica para trazar pautas sobre salud en esta región. Actualmente, la instancia encargada es el Consejo de Desarrollo Humano y Social (COHSOD) que es responsable de la promoción del desarrollo humano y social en la comunidad. Esta entidad, bajo el lema "La salud de la región es la riqueza de la región", acordó establecer áreas de cooperación funcional para lograr que la salud contribuya a cumplir con los otros objetivos del Tratado de Chaguaramas, utilizando instituciones regionales de salud y otras agencias asociadas.
Sistema de Integración Centroamericano (SICA)	El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) constituye la instancia política del Sistema de la Integración centroamericana en materia de salud y tiene como propósito la rectoría del Sector Salud Regional; así como la identificación y priorización de los problemas regionales de salud.
Mercado Común del Sur (MERCOSUR)	Las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados (RMSMEA) es la instancia política que se ocupa de la armonización de las políticas de salud y elige los temas prioritarios para la región. Estos son tratados a través de grupos técnicos, comisiones intergubernamentales, comités técnicos que se agrupan en el denominado Sub Grupo de Trabajo Nº 11, el cual incluye tres comisiones: Comisión de Productos para la Salud: Comisión de Servicios de Atención a la Salud y Comisión de Vigilancia en Salud (enfermedades no transmisibles)
Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR)	Creó un Consejo de Ministros de Salud en mayo de 2009. Asimismo, se ha constituido un Comité Coordinador de dicho Consejo y cinco Grupos Técnicos que coordinarán los temas prioritarios de la UNASUR en materia de salud.

Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA)	Se creó el proyecto ALBA-salud "Empresa Grannacional Centro Regulador de Medicamentos del ALBA", iniciativa surgida en una reunión técnica en julio de 2007 en Caracas. Tiene como propósito lograr una distribución centralizada de medicamentos para garantizar el acceso de los habitantes de la Patria Grande Latinoamericana a medicamentos esenciales. De igual forma, se han fortalecido mecanismos de cooperación regional para la formación de personal técnico y profesional de la salud para los países miembros y otros de la región.
Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica	En el marco de este proyecto se ha creado, en 2008, el sistema mesoamericano de salud pública, que tiene por objetivo dar respuesta a problemas de salud pública comunes y fortalecer los sistemas nacionales de salud mediante intervenciones seleccionadas y la creación del Instituto Mesoamericano de Salud Pública. Se busca la cooperación regional y consolidar la cooperación técnica horizontal entre los países de la región, de manera articulada y complementaria con las iniciativas del COMISCA.

Fuente: Resumen elaborado por la Secretaría Permanente del SELA sobre la base de información oficial de los órganos subregionales de integración en ALC.