

La política de salud en el marco del proceso de integración del MERCOSUR

Javier O. Vilosio - Laura E. Vilosio

Introducción

El regionalismo constituye una importante estrategia en el desarrollo de los países. Sus dimensiones económicas y comerciales han sido sus principales móviles y son las que han revelado las principales consecuencias tanto teórica como empíricamente. Sin embargo, la dimensión social de estos procesos constituye un área que requiere aún un mayor análisis.

Hasta el momento, el crecimiento del ámbito social, en el marco de estos procesos, ha sido visto más como una consecuencia de la expansión económica que como un área de trabajo político en sí misma. En efecto, si bien existe poca evidencia regional sobre la relación entre salud y procesos de integración regional, en términos generales se admite un vínculo directo entre situación económica y perfil sanitario de una comunidad, así como entre el incremento de la actividad comercial y dicho mejoramiento económico, aunque no en forma lineal. Por otra parte, se ha establecido que la desregulación de los mercados nacionales y la liberalización del comercio exterior impactan en forma compleja sobre la salud, a través del crecimiento y la distribución del ingreso, la inestabilidad económica, la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales, etc. (Cornia, 2001)

Algunos reconocen que la posibilidad de una cooperación eficaz entre la salud y el comercio con saldos positivos para ambos sectores, sin embargo advierten sobre el riesgo evidente de que las normas sanita-

rias se conviertan en “barreras técnicas” que principalmente obstaculicen el comercio (Vieira, 2002).

Si bien esta perspectiva tiene marcado asidero, no hay razón para restringir, de manera exclusiva, estos espacios políticos a lo económico cuando, en realidad, están pendientes de resolución importantes desafíos sociales. Por esta razón, la integración regional debe incluir en su agenda temas vinculados a la promoción del desarrollo y equidad sociales. En este sentido, la existencia de marcos institucionales adecuados constituye la base sobre la cual las políticas sociales deben canalizarse y por lo tanto, cuanto más sólidas y transitadas resulten, más posibilidades de éxito tendrán en su puesta en práctica.

En este trabajo se analiza, concretamente, el desarrollo de una de estas políticas sociales, la relativa a la salud, dentro del espacio de integración del MERCOSUR.

Cabe considerar que el tema salud presenta particularidades significativas dentro de la Agenda Social del MERCOSUR. Por una parte, se distingue por la necesidad de compatibilizar valores como la solidaridad con el de eficiencia. En efecto, se hace necesario asegurar la calidad de los servicios a la vez que se protege a los grupos sociales vulnerables, es decir, se asegura el respeto a los derechos humanos.

Además, la problemática de salud no escapa, aún con estas peculiaridades, a los desafíos más generales del proceso de construcción del MERCOSUR relacionados con los diversos planos de integración en juego, desde lo social a lo global, y muy especialmente a sus déficits de direccionalidad, gobernabilidad, de capacidades jurídico-institucionales, de seguimiento y monitoreo, información y comunicación, y formación (Grandi, 1998).

Por otra parte, estas carencias -al menos en el caso de Argentina- resultan perfectamente extrapolables al interior del sistema de salud. Esto explica la importancia de analizar el desarrollo institucional que

ha merecido el área de salud dentro de la estructura del MERCOSUR, tema al que se dedica la primera parte de este estudio.

Asimismo, en la segunda parte del trabajo, se contempla la forma en que las instituciones de la Unión Europea se han desempeñado en este tema. Si bien la comparación no constituye la principal metodología empleada en este análisis, es importante tener en cuenta que los estudios de un solo país in vacuo, "los parroquialismos", tienden a ignorar las categorías de análisis pertenecientes a teorías generales y pueden adoptar con despropósito términos fabricados a medida y al mismo tiempo sin medida (Sartori, 1994:37). Por esta razón, un análisis del tratamiento que la Salud Pública ha tenido dentro del ámbito de integración por excelencia, como lo es la UE, permite apreciar los grandes déficits que presenta un sistema intergubernamental, como el del MERCOSUR, y las posibilidades de implementación de políticas de salud que otorga un sistema de supranacionalidad como el de la Unión Europea.

La problemática de la salud dentro del MERCOSUR.

Los Estados que conforman esta integración se enfrentan a marcadas diferencias entre sí, tanto en su demografía, sus indicadores socioeconómicos, su perfil de salud, así como en la organización institucional de sus sistemas de cuidado de la salud (Acosta, 1999). Con todo, esta cuestión de las asimetrías es la base del proceso de armonización de normas, propio de la integración propuesta.

No obstante, ciertos problemas sanitarios son compartidos; fundamentalmente los relacionados con el tránsito de personas y los referidos a la estructura y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud, y sus consecuencias (Acuña, 2000):

a) La marcada inequidad entre ricos y pobres.

- b) La ausencia de marcos regulatorios adecuados y de instituciones sólidas para la supervisión y control.
- c) La captura de las entidades públicas con responsabilidad en el sistema, por parte de grupos de interés político, gremial o económico.
- d) Los costos crecientes del sistema, el incremento de los copagos y pagos de bolsillo.
- e) La ausencia de cobertura adecuada para los trabajadores informales.
- f) La insatisfacción de los ciudadanos

Estos rasgos en común no requieren de un proceso de integración regional para su mejoramiento o resolución. Pero indudablemente son cuestiones que debieran ser prioritariamente encaradas si efectivamente se desea avanzar hacia *"la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países"* y *"la coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales entre los Estados Partes: de comercio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetaria, cambiaria y de capitales, de servicios, aduanera, de transportes y comunicaciones y otras que se acuerden"*¹.

Asimismo, en materia de Salud y dentro del marco de la construcción de un Mercado Común, tal como se lo propone el tratado de Asunción de 1991, se requiere de la armonización de los estándares técnicos, así como establecer una estrecha coordinación entre las autoridades de aplicación de cada país *"garantizar la satisfacción del consumidor, la salud o la seguridad"*. Explícitamente no solo se trata de evitar la fragmentación del mercado, *"sino también, y lo que es más importante, la posibilidad de inserción en el mercado internacional del producto MERCOSUR, y la facilitación de la integración de las cadenas productivas de los países del bloque."* (MERCOSUR, 2004). Ello define un estrecho carril por el cual deben transitar los procesos de puesta

¹ Tratado de Asunción. Capítulo I, *Propósitos, Principios e Instrumentos*, Art. 1°.

en común de la normativa. Un carril definido por la política, pero que requiere de una elaboración técnica compleja.

Sin embargo, teniendo en cuenta que existe, independientemente del proceso de integración, un importante comercio internacional de servicios de salud en la Región, a través del desplazamiento transfronterizo de consumidores, de prestadores, la presencia comercial de empresas extranjeras, y la prestación transfronteriza (Vieira, 2002), es importante destacar la necesidad de que aún dentro de esos márgenes, se generen mecanismos de discusión de políticas que permitan acompañar al proceso de integración con la aplicación conjunta de medidas de protección de la salud de sus habitantes.

En este sentido, contar con una estructura institucional que permita el tratamiento común de estos problemas contribuiría a acelerar la creación de un ámbito propicio para la creación del Mercado Común y resolver de manera conjunta problemas comunes.

El ámbito institucional creado para el área Salud en el marco del MERCOSUR.

El esquema de institucionalización intergubernamental es la característica de este sistema para el que no se prevé, por el momento, la creación de ninguna institución de carácter supranacional. Asimismo, el MERCOSUR se distingue por sus muy bajos niveles de coordinación política y de participación social en el marco institucional. Su estructura comprende tres dimensiones: (I) los órganos técnicos que comprenden las reuniones especializadas, otros grupos y grupos *ad hoc* y 15 subgrupos de trabajo, de los cuales el N° 11 es el destinado a los temas de Salud, todos ellos están subordinados al (II) órgano ejecutivo, el Grupo Mercado Común (GMC), responsable de monitorear la implementación de los acuerdos con el apoyo de la Comisión de Comercio del MERCOSUR y el (III) el Consejo Mercado Común, el más

alto órgano político encargado de la conducción del proceso de integración (Costa Vaz, 2003).

Además, cuenta con una rama consultiva integrada por el Foro Consultivo Económico y Social, la Comisión Parlamentaria Conjunta, la Comisión de Representantes Permanentes del MERCOSUR, el Grupo de Alto Nivel y las Reuniones de Ministros, entre las que se encuentra la Reunión de Ministros de Salud.

La Secretaría del MERCOSUR es un órgano de asistencia técnica, y el Tribunal Permanente de Arbitraje es un órgano con capacidad decisoria en el ámbito jurisdiccional.

Estructura y funcionamiento del SGT 11 "Salud"

Al crearse el MERCOSUR, el 26 de marzo de 1991, se estableció, a través del Anexo V del Tratado de Asunción, la creación de distintos grupos de trabajo para abordar temáticas específicas. El tema Salud fue instalado dentro del Sub Grupo de Trabajo N° 3 (SGT 3) "Normas Técnicas", en una Comisión denominada "Productos para la Salud" (Res. GMC N° 51/92). Hasta fines de 1996, esta Comisión elaboró unas 60 propuestas que fueron aprobadas como Resoluciones del MERCOSUR por el GMC (Fraga, 2001).

En Diciembre de ese año, el GMC aprobó la Resolución GMC N° 151/96, creando el Sub Grupo Técnico N° 11 "Salud" (SGT 11).

En 1998 el GMC aprobó la primer Pauta Negociadora para el SGT 11 (Res. GMC N° 04/98), la que luego fue modificada en 2001 (Res. GMC N° 21/01).

Su Pauta Negociadora actual (Res. GMC N° 06/05) fue aprobada en abril de 2005.

La misma prevé, al igual que las dos anteriores, su integración bajo una Coordinación Nacional en cada Estado Miembro, en base a tres Áreas de Trabajo, responsabilidad de Comisiones respectivas:

- 1) Productos para la Salud
- 2) Vigilancia en Salud
- 3) Servicios de Atención a la Salud.

Cada una de las Comisiones se integra con Sub Comisiones y/o Grupos Ad Hoc (GAH) de mayor especificidad temática (Gráfico 1).

En cuanto a las Pautas de Acción establecidas, a las cuatro originales de 1998 (Armonización de normas, compatibilización del control sanitario, relacionamiento del SGT 11 con otras instancias del MERCOSUR, y organización de la información sobre salud) se agregaron dos más en 2001, y otra en 2005 (Cuadro 1).

Las Pautas actuales, en forma resumida, consisten en: armonizar legislaciones; compatibilizar los sistemas de Control Sanitario; relacionar al SGT N° 11 con las otras instancias del MERCOSUR; organizar, sistematizar y difundir la información referente a Salud; promover calidad, eficacia y seguridad de los productos y servicios; promover y gerenciar propuestas de cooperación; y promover acciones comunes en el ámbito del MERCOSUR.

Desde su inicio el SGT 11 ha emitido 121 proyectos de Resolución, dos de los cuales corresponden a propuestas de Pautas de Negociación (las posteriores Res. GMC 04/98 y 21/01).

De acuerdo a la información reportada hasta su XXVI° Reunión, en mayo de 2006, se el GMC había aprobado 92 de estos Proyectos (75%), la quinta parte de los cuales se hallaban ya en proceso de revisión. Fueron anulados 3 proyectos, y 24 (20% del total de proyectos elaborados) estaban todavía pendientes de aprobación.

Desde el punto de vista de su contenido, y utilizando un criterio de clasificación acorde con la estructura temática del SGT, se observa que el 61% de esos proyectos (del total de 119) se relacionan con productos para la salud, el 22% con vigilancia y control sanitario, y el 17% a prestación de servicios de salud (Cuadro 2).

El año de mayor producción de proyectos de Resolución fue el 2000; del total de proyectos aprobados por el GMC desde 1995, 24 corresponden a ese año (25%), 19 al año 1999 (21%), 12 (13%) al año 2002, y 11 al 2005.

En relación a la producción total de normas por los distintos órganos del MERCOSUR, agrupadas según temas, Salud se ubica bastante por encima del promedio: de un total de 1.494 normas emitidas hasta septiembre de 2004, 144 (9,63%) correspondían al tema Salud (Rivas, 2004).

Por otra parte el SGT elabora, al menos desde 2002, Planes (o Programas) de Trabajo Anuales. El Programa de Trabajo Anual 2006 fue aprobado en la reunión 02/05, de Octubre de 2005. Todas las actividades previstas para el período son definidas como "permanentes" (no "específicas") y no se consignan para ellas fechas estimadas de conclusión. Sus descripciones por lo tanto son enunciaciones de nivel propositivo; solo a cuatro de ellas² se les asigna carácter de "negociación o acuerdo", y al resto se las define como de "seguimiento", aparentemente por ser actividades a realizarse en comisiones de mayor perfil técnico.

Estas actividades programadas para 2006 son, en forma resumida:

- a. Metodología de trabajo: seguimiento y evaluación de las Comisiones de Trabajo e implementación del Foro Virtual de Armonización.
- b. Programa de Trabajo Anual: su elaboración.
- c. Evaluación de los resultados de las negociaciones en las diversas áreas, comisiones o Foros: elaboración de proyectos de Resolución para ser elevados al SGT.
- d. Cooperación Técnica MERCOSUR: identificación de áreas de interés, posibles temas y proyectos, y posibles fuentes de financiamiento. Seguimiento de proyectos.

² Las correspondientes a los ítems b., d., g. y h. del listado a continuación.

- e. Incorporación al ordenamiento jurídico nacional: seguimiento y agilización.
- f. Salud en Fronteras: seguimiento y articulación con el Grupo Ad Hoc de Integración Fronteriza. Elaboración de Informe.
- g. Medidas y Restricciones No Tarifarias: seguimiento del Cuadro de MRNA³.
- h. MERCOSUR-Chile: seguimiento y monitoreo de la participación de Chile.
- i. Proyectos de Resolución: evaluación de propuestas de proyectos.
- j. Reuniones ordinarias: evaluación de las reuniones ordinarias del SGT.
- k. Página Web MERCOSUR: alimentación de la página.
- l. Actas de reuniones de comisiones: recepción y aprobación de actas y elevación de Proyectos de Resolución al GMC.

La Reunión de Ministros de Salud

Por otra parte, la Reunión fue creada en 1995, a través de la Decisión del CMC N° 03/95. Desde 1998 y hasta Junio de 2006 se han realizado 20 Reuniones de los Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados (RMSM-EA). En la XX Reunión se estableció una nueva estructura institucional en base a 11 Comisiones intergubernamentales (Gráfico 2), que en buena medida recogen la estructura anterior en base a Programas, Comités y Grupos Ad Hoc. La RMSM-EA eleva Acuerdos al Foro de Consulta y Concertación Política que a su vez propone los textos consensuados al GMC. También emite Declaraciones.

Desde su inicio han emitido 82 Acuerdos, de los cuales 27 corresponden a las Reuniones XVI y XVII de 2004 (Gráfico 3). Los temas a los

³ Medidas y Restricciones No Arancelarias.

que se refieren mayor número de estas declaraciones son: Tabaco (9), Dengue (7), Política de Medicamentos (3), Reglamento Sanitario Internacional (3), y Gestión de Riesgos y Vulnerabilidad (3).

La efectividad en el desempeño de las dos estructuras.

Desde el punto de vista de la efectividad de las dos estructuras del MERCOSUR aquí analizadas – el SGT 11 y RMSM EA – puede diferenciarse claramente el perfil de ambas: a nivel del SGT la producción “técnica” de normativas, con predominio de aquellas orientadas a la producción, control y comercialización de productos farmacéuticos y cosméticos.

Por otra parte, los Acuerdos emanados de las Reuniones de Ministros tienen un carácter fundamentalmente enunciativo y, al menos en el caso Argentino, guardan estrecha relación con programas o acciones simultáneas de carácter Nacional, es decir, parecieran responder a la intención de proyectar en el plano regional las propuestas de política interna.

Así, resulta que las negociaciones en materia de salud, se llevan a cabo en las instancias técnicas posicionadas en el nivel más bajo del marco institucional sin vínculo directo con las instancias políticas de más alto nivel que se encuentra intermediada por el Grupo Mercado Común⁴.

⁴ En este sentido, resulta interesante observar que parece haber una recíproca correspondencia entre la importancia asignada a la temática salud dentro del MERCOSUR y la que el propio Ministerio argentino asigna al tema MERCOSUR. En efecto, dentro de la estructura del Ministerio de Salud Argentino, el término MERCOSUR no se menciona en el Decreto 828/2006 que establece sus competencias, ni en el 357/2002 que diseña su estructura y sus funciones, hasta el nivel de Subsecretarías. Solamente en la referida Decisión Administrativa se establece que la Dirección de Relaciones Sanitarias tiene entre sus responsabilidades primarias y acciones a llevar la coordinación de *“las actividades y acciones relacionadas con los grupos técnicos de trabajo del MERCOSUR”*.

De hecho, uno de los problemas que se derivan es que la participación de las entidades subnacionales interesadas en la problemática queda acotada a una rama técnica que se diluye a la hora de la toma de decisiones políticas.

A este panorama, debe agregarse la reconocida dificultad en la adopción e implementación de los Acuerdos y Resoluciones adoptadas por parte de los países participantes al interior de cada uno de ellos (PAHO, 2000:5). El proceso de internalización resulta muy poco operativo en términos generales. Es más, se ha señalado a los sectores de Salud y Justicia como especialmente deficitarios en este sentido (Fraga, 2001).

Hasta 2004 el propio MERCOSUR reportaba que apenas el 50,35% de las normas del bloque estaban en vigencia, y como casos extremos los de justicia, con solo el 20% de la normativa incorporada, y salud con el 54% (MERCOSUR, 2004), la situación más detallada al respecto se desarrolla en el Gráfico 4⁵.

En un documento del propio Ministerio de Salud de Argentina se resumen las dificultades operativas existentes en: 1) discontinuidad en la presencia de los negociadores, 2) tiempo parcial de los negociadores en esta tarea, 3) inadecuada articulación con las iniciativas particulares (Williams, 2002).

El tratamiento del tema Salud en la Unión Europea

Esta Dirección depende de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, dependiente a su vez de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, cuyo titular es el Coordinador Nacional del SGT 11.

En un ámbito más político, el término MERCOSUR tampoco se menciona en el Plan de Desarrollo Estratégico establecido para el Ministerio de Salud en Febrero de 2002, ni en el Plan Federal de Salud aprobado por el Consejo Federal de Salud (COFESA) en Mayo de 2004.

⁵ No se cuenta con información emanada del MERCOSUR al respecto posterior a ese año.

Pese a que el art. 152 del Tratado de la Unión Europea estipula: "Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.", dentro de la Comunidad Europea la política de salud pública cae bajo el principio de subsidiariedad⁶. De esta forma, las acciones implementadas son tendientes a complementar las políticas nacionales y las propias cuestiones del libre desplazamiento de las personas y bienes dentro del esquema de Mercado Común han requerido fuerte coordinación en materia de Salud Pública.

Se ha señalado también que en materia de armonización de medidas para el desarrollo de este Mercado se han utilizado criterios de alto nivel de protección en materia de Salud.

Algunas áreas de trabajo en materia de Salud Pública han resultado prioritarias:

- Medicamentos, desde 1965 existe legislación referida a calidad en la investigación y la producción, autorizaciones, publicidad, rotulado y distribución.

- Investigación: en Medicina y Salud Pública, existen programas desde 1978, en temas tales como edad, medio ambiente y estilos de vida saludable, exposición a radiaciones, genoma, etc.

- Cooperación en casos de desastre o riesgos mayores. La emergencia de problemas tales como la drogadicción o el HIV/SIDA, junto con el incremento de la movilidad de los pacientes y los profesionales de la salud entre los Estados miembros han fortalecido la presencia de los temas de Salud en la Agenda de la UE. En 1987 se lanzó el Programa "Europa contra el Cáncer", y en 1991 "Europa contra el SIDA".

Por su parte, varias Resoluciones del Consejo de Ministros de Salud fueron adoptadas en materia de Salud Pública, referidas especialmen-

⁶ El "principio de subsidiariedad" significa que las decisiones de la UE deben tomarse tan próximas al ciudadano como sea posible. Es decir, la Unión no adopta medidas (excepto en asuntos para los cuales es la única responsable) a menos que ello resulte más eficaz que la adopción de medidas a nivel nacional, regional o local.

te a salud y medio ambiente, y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.

En 1993 la Comisión publicó el documento denominado 'Communication on the framework for action in the field of public health', en el que se identificaban ocho áreas para la acción conjunta, que se convirtieron en Programas de Acción:

1. Promoción de la salud: estilos de vida y comportamiento, particularmente en lo referido a nutrición, alcohol, tabaco, drogas, medicamentos.
2. Vigilancia de la salud.
3. Cáncer.
4. Drogas.
5. SIDA y enfermedades transmisibles.
6. Prevención de accidentes.
7. Enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental.
8. Enfermedades raras.

Otras actividades específicas incluidas en el documento marco fueron dirigidas al control del tabaquismo, vigilancia de algunas enfermedades transmisibles y la seguridad de la sangre y sus derivados.

El desarrollo de estos ocho programas fue evaluado en 2000, y se concluyó en la necesidad de un enfoque más horizontal, interdisciplinario, concentrado en áreas de interés donde el accionar de la UE pudiera producir un mayor valor agregado.

Ese mismo año, la Comisión lanzó una propuesta para un Nuevo Programa que reemplazara a los existentes ocho programas con un esquema único, integrado horizontalmente. La propuesta se probó a finales de 2002, y el modelo entró en vigencia desde Enero de 2003; tiene vigencia hasta 2009 y se le otorgó un presupuesto de € 312 millones. Asimismo, se creó una Agencia Ejecutiva para el Programa de Salud Pública, responsable de su ejecución y seguimiento.

El nuevo Programa focaliza en tres prioridades:

- a. **Intercambio de información** sobre situación de salud, intervenciones sanitarias y funcionamiento de los servicios. Este último aspecto es particularmente relevante en vista de que tradicionalmente ese ha sido considerado un tema estrictamente nacional.
- b. **Fortalecimiento de una rápida capacidad de respuesta** ante las amenazas de graves riesgos para la salud, en forma coordinada, particularmente en materia de bioterrorismo, o pandemias.
- c. **Focalización en acciones para promover salud y prevenir enfermedades**, priorizando en las principales causas de enfermedad relacionadas con estilos de vida y factores del ambiente y económicos.

Por su parte, el Parlamento Europeo reclama para sí también un rol relevante en materia de políticas comunitarias de Salud Pública, a través de diversas iniciativas en temas tales como: protección de pacientes, cuidados terminales, derechos de los niños hospitalizados, investigación en biotecnología, sangre segura, hormonas, drogas, tabaquismo, cáncer de mama y salud de la mujer, radiaciones ionizantes, tarjeta europea de Salud, derechos de los pacientes, etc.

A principios de 2005 inició el tratamiento del Programa de Acción Comunitaria en el Campo de la Salud 2007-2013: Más salud, seguridad y confianza para los ciudadanos: estrategia de salud y protección de los consumidores; remitido por la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Europeo Económico y Social y el Comité de las Regiones (UE, 2005). Se aprobó con un presupuesto de € 1.203 millones, estableciéndose que “El programa complementará y apoyará las políticas de los Estados miembros y contribuirá a proteger la salud, la seguridad y los intereses económicos de los ciudadanos” a través de objetivos comunes y específicos. Entre los primeros: proteger a los ciudadanos ante riesgos y amenazas que no puedan controlar por sí solos; mejorar su capacidad para tomar decisiones más fundadas sobre su salud y sus intereses como consumidores; e inte-

grar en las demás políticas los objetivos de salud y consumo. Las acciones e instrumentos propuestos incluyen:

1. Mejorar la comunicación con los ciudadanos de la UE sobre temas de salud y consumo.
2. Aumentar la participación de la sociedad civil y de las partes interesadas en la elaboración de políticas sobre salud y protección de los consumidores.
3. Definir un planteamiento común para integrar las preocupaciones sobre salud y consumo en otras políticas comunitarias.
4. Promover la cooperación internacional en materia de salud y protección de los consumidores.
5. Mejorar la detección precoz, la evaluación y la comunicación de riesgos.
6. Promover la seguridad de productos y sustancias de origen humano.

La actuación de las Agencias Comunitarias

Las Agencias Comunitarias son organismos creados y regulados por el Derecho derivado europeo y tienen personalidad jurídica propia. Se crean con el fin de realizar una labor técnica o científica muy concreta y funcionan bajo la autoridad de un Consejo de Administración. Sin embargo, es interesante observar la composición de este Consejo que incluye siempre representantes de las administraciones de los Estados miembros y uno o varios representantes de la Comisión, pudiendo también contar con miembros designados por el Parlamento Europeo o por los interlocutores sociales. Las Agencias suelen funcionar gracias a una o más redes de socios situadas en el territorio de la Unión. De este modo, las Agencias contemplan la participación de distintos órganos de la Unión Europea y la posibilidad de que la integren actores sociales relevantes en la materia de que se trate. En

materia de Salud, estas Agencias tienen actuación en materias de suma importancia. Tales son los casos de:

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA)

Inició sus actividades en 1995. Su principal tarea es la protección de la salud pública y animal asegurando que los medicamentos para uso humano y veterinario sean seguros, eficaces y de alta calidad. Este caso, merece ser destacado porque regula uno de los temas más delicados comprendidos dentro del área de la Salud y que los Estados han guardado históricamente con gran celo, tanto por su gravitación en el cuidado de la salud como por la importancia de los intereses económicos que implica su regulación.

Así, el logro ha sido conseguir que esta Agencia funcione como una red de autoridades nacionales competentes para la coordinación, evaluación y supervisión de los medicamentos en toda la Unión Europea. La EMA interviene en el sistema europeo de autorización de productos sanitarios que se ejecuta a través de dos mecanismos, el centralizado y el de reconocimiento mutuo. Cuando se utiliza el centralizado, las empresas presentan a la EMA una única solicitud de autorización de comercialización. Seguidamente, se lleva a cabo una evaluación a través del Comité de Evaluación de Medicamentos y si éste concluye que la calidad, seguridad y eficacia del medicamento están suficientemente demostradas, adopta un dictamen positivo. Este documento se remite luego, a la Comisión para que ésta lo convierta en una autorización de comercialización válida en toda la Unión Europea (UE, 2006b).

- **La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (OSHA)**

Creada en 1994, su objetivo es reunir y poner en común conocimientos e información sobre cuestiones relativas a la Seguridad y Salud en

el Trabajo, en particular las relacionadas con las buenas prácticas de prevención.

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)

Establecida en 2002, proporciona asesoramiento científico independiente sobre todas las cuestiones que afectan directa o indirectamente a la seguridad alimentaria: incluida la salud y bienestar de los animales y la protección fitosanitaria.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)

En funcionamiento desde mayo de 2005. *Su misión es la defensa de Europa contra enfermedades infecciosas como la gripe, el SARS y el HIV/SIDA.* Se articula con una red de Centros en los Estados miembros. Desarrolla tareas de vigilancia y alerta epidemiológica e interviene por iniciativa propia ante situaciones que amenacen a la Comunidad.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)

Desde 1993, es el eje central de la información sobre drogas en la Unión Europea. Su función consiste en recopilar, analizar y difundir información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y la drogadicción en Europa.

La Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores

En el marco de la Comisión Europea, es la Agencia Ejecutiva del Programa de Salud Pública, a la cual reportan el EFSA y el ECDC.

Conclusiones

Más allá de las discusiones en torno a la compatibilidad entre los procesos de integración regional y liberalización del comercio y las políticas de salud, lo cierto es que estos bloques constituyen espacios públicos con atribuciones políticas que no pueden quedar restringidos a la dimensión económica. Existen numerosos temas del orden de la Salud Pública (medio ambiente y enfermedades provocadas por la contaminación, regulación en materia de circulación de medicamentos, cooperación sanitaria en caso de desastres, prevención de accidentes, etc.) que pueden y deben ser abordados dentro de estos ámbitos dado que su propia naturaleza de integración facilita su tratamiento y lo hace necesario.

Evidentemente, la UE nos remite a un desarrollo complejo que evoluciona a través del tiempo en un constante refuerzo de los objetivos de armonización de las políticas de salud entre los Estados miembro y a través de una diversidad de acciones tendientes a su logro. Efectivamente, cada órgano de su estructura, dentro de sus atribuciones, ha adoptado medidas tendientes a armonizar y regular políticas de salud.

Más aún, la creación de las Agencias para el tratamiento especializado de algunos temas sanitarios de singular importancia constituye, en este sentido, una verdadera innovación, en tanto que su constitución permite la participación, además de la de los organismos de la Unión, de las entidades representativas más comprometidas con la proble-

mática que ellas tratan. De este modo, la interacción entre el nivel técnico y el político decisorio se facilita y se complementa de manera eficaz.

En el MERCOSUR, en cambio, el recorrido es más rudimentario y orientado fundamentalmente hacia el refuerzo de las políticas que en materia de salud venían siguiendo los propios Estados. Todavía no existen instrumentadas desde sus propios organismos, acciones tendientes a lograr objetivos superadores de los que podrían alcanzarse a través de la mera cooperación internacional.

Los órganos encargados de la negociación se encuentran en el nivel más bajo de la estructura orgánica del MERCOSUR y constituyen fundamentalmente entidades técnicas. Esto genera, a su vez, un excesivo sectorialismo con escaso nivel decisorio y una visión que es más parcial conforme el ámbito y que sólo tiene por cometido construir una propuesta técnica, tal como lo manifiesta el informe de la Secretaría del MERCOSUR del año 2004. A esto, deben agregarse las dificultades que genera la discontinuidad en la presencia de los negociadores, el tiempo parcial de los negociadores en esta tarea y la inadecuada articulación con las iniciativas particulares.

Asimismo, la distancia entre los órganos de discusión técnica, el SGT 11, y los niveles de decisión política, la RMSM, queda intermediada por el Grupo Mercado Común y revela la carencia de un nexo directo entre ambas instancias que permita una verdadera complementación entre ambos niveles.

Pero lo que resulta de mayor gravedad es la escasa articulación que existe entre el nivel regional y el de cada Estado miembro. Esto resulta, de la imposibilidad de garantizar la internalización de las normas adoptadas por los órganos del MERCOSUR en los ordenamientos jurídicos internos. Ello deriva, a su vez, de la inexistencia en el MERCOSUR de mecanismos de supranacionalidad tales como los que tiene implementados la Unión Europea.

Bibliografía

Acosta, Luis (1999); **El Contexto y la Atención de la Salud del Mercosur**. Universidad Nacional del Nordeste, Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. Disponible al 05/09/06 en:

<http://www1.unne.edu.ar/cyt/sociales/s-011.pdf>.

Acuña, Cecilia (2000); **Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud en los países del Mercosur y en Chile**. Friedrich Ebert Stiftung Argentina, Buenos Aires. Disponible al 05/09/06 en:

http://www.fes.org.ar/Publicaciones/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcuña.pdf

Bendersky, M (2001) **Conclusiones del Simposio del Mercosur**. Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Bariloche. Mayo 2000. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, Volumen 30 - Nº 1 Enero – Marzo.

Costa Vaz, Alcides (2003); **Vacía: la agenda social en el MERCOSUR y en el ALCA**, Araucaria, segundo semestre, año/vol.4, Nº 010, Universidad de Sevilla, Sevilla.

Cornia, Giovanni A. (2001), **La globalización y la salud: resultados y opciones**. Bulletin of the World Health Organization, 201, 79 n(9):834-841.

Figuera J, Musgrove P, Carrin G, Duran A. (2002) **Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿que puede aprenderse de la experiencia europea?** Revista Gaceta Sanitaria, 2002; 16(1):5-17.

Fraga, Daniel (2001); **Procesamiento de Normas en el MERCOSUR**. El caso: Salud. Secretaría Administrativa del MERCOSUR. Montevideo. Disponible al 05/09/06 en:

<http://cric5.bvsalud.org/E/grupos/grupo1/Fraga.pdf#search=%22procesamiento%20de%20normas%20en%20el%20mercosur%22>

Guimarães, L; Giovanella, L (2005); **Proceso de integración regional no Mercosul e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças.** X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

Guimarães, L; Giovanella, L (2006); **Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública v.22 n.9 Rio de Janeiro, Sep.

MERCOSUR (1991), Tratado de Asunción. Disponible al 10/09/06 en: <http://www.sice.oas.org/trade/MRCSRS/MRCSRINS.ASP>

MERCOSUR (2004), **Un foco para el proceso de integración regional.** Primer Informe Semestral de la Secretaría del MERCOSUR. Secretaría del MERCOSUR, Montevideo.

MSN (2002). **Plan de Desarrollo Estratégico. Mesa del Diálogo Argentino.** Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Capitulo1.pdf>

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Capitulo2.pdf>

MSN (2004). **Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.** Presidencia de la Nación-MSN - Consejo Federal de Salud. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Plan%20Federal%20de%20Salud.pdf>

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), **Pharmaceutical Regulatory Harmonization in the Americas,** 126th Session of the Executive Committee, Washington. Disponible al 05/09/06 en:

http://www.paho.org/english/gov/ce/ce126_15.pdf

Rivas, Eduardo (2004), **Adopción e internalización de la normativa comunitaria en el seno del MERCOSUR.** XII Encuentro de Es-

pecialistas en el MERCOSUR y IV Encuentro Internacional de Derecho de la Integración. UNR, Disponible al 11/09/06 en:

<http://www.derechoshumanosbolivia.org/bvdocs/Derecho%20a%20la%20Integracion.pdf>

Trostchansky, J.W. (1995) Trauma en el Mercosur. Una integración práctica. Pan American Journal of Trauma, (5) 1: VI. Disponible al 05/09/06 en:

<http://www.panamtrauma.org/journal/Trauma%20en%20el%20Mercosur.pdf>

UE (2005), Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones - Más salud, seguridad y confianza para los ciudadanos: estrategia de salud y protección de los consumidores. Disponible al 16/09/06 en:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52005DC0115:ES:HTML>

UE (2006), Actividades de la Unión Europea. Síntesis de la Legislación. Disponible al 12/09/06 en:

<http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11503b.htm>

UE (2006b), Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Disponible al 12/09/06 en:

http://europa.eu/agencies/community_agencies/emea/index_es.htm

UNDP (1997), Human Development Report 1997. United Nations, New York: Oxford Univ. Pres. Disponible al 10/09/06 en:

<http://hdr.undp.org/reports/global/1997/en/>

Vieira, Cesar (2002), Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud. Rev Panam Salud Publica v.11 n.5-6 Washington, mayo/jun.

Williams, Guillermo (2002), La gestión de calidad en los servicios de salud y los procesos de integración regional. Presentación en

el Primer Encuentro Mercosur de Calidad en Organizaciones de Salud, IRAM-AMA, Buenos Aires. Disponible al 05/09/06 en:

www.iram.com.ar/Eventos/EncuentroMercosur/PONENCIAS/2506/G.%20Williams.ppt

ANEXO

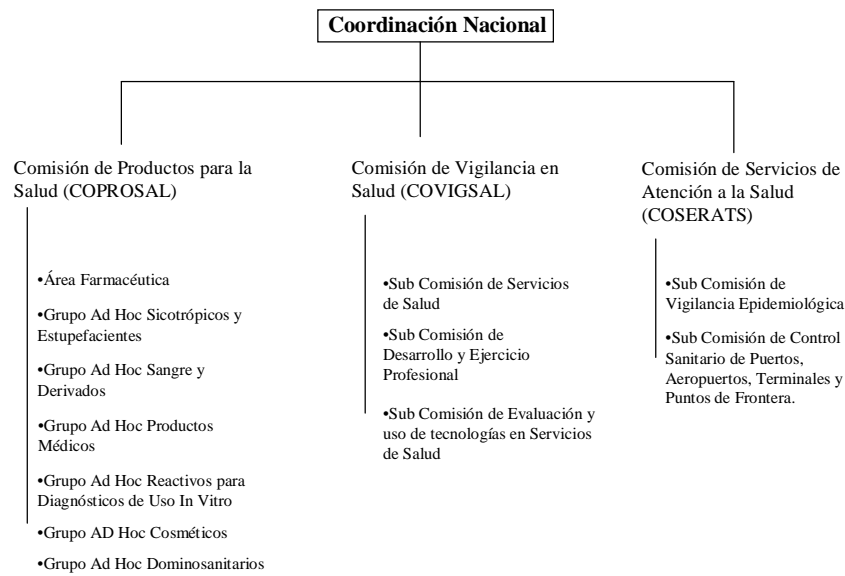
Cuadros y Gráficos

Cuadro 1. Sucesivas pautas Negociadoras para el SGT 11 “Salud”.

Res. 4/98	Res. 21/01	Res. 06/05
<p>Armonizar/compatibilizar las legislaciones en el área de la salud identificadas como necesarias al proceso de integración y aquellas que se identifiquen como obstáculos a los flujos de comercio Intra-MERCOSUR</p> <p>Compatibilizar los sistemas de Control Sanitario de los Estados partes, de forma de asegurar el reconocimiento mutuo en el ámbito del MERCOSUR</p> <p>Definir el relacionamiento del SGT N°11 Salud con las demás instancias del MERCOSUR, buscando una integración y complementación de acciones</p> <p>Proponer procedimientos de organización de información referente al área de la salud entre los países partes.</p>	<p>Armonizar las legislaciones entre los Estados partes en el área de Salud, necesarias para el proceso de integración</p> <p>Compatibilizar los sistemas de control Sanitario con los Estados Partes, de forma de asegurar el reconocimiento mutuo en el ámbito del MERCOSUR</p> <p>Definir el relacionamiento del SGT N°11. Salud con las demás instancias del MERCOSUR, buscando la integración y complementación de acciones</p> <p>Proponer procedimientos de organización, sistematización y difusión de la información referente al área de la salud entre los Estados Partes.</p> <p>Promover la integración de Sistemas y Estructuras Nacionales, referente a la mejora de la calidad y seguridad de los productos y servicios brindados a la población y como consecuencia, la disminución de los riesgos a la Salud</p> <p>Proponer respuestas comunes en el ámbito del MERCOSUR, ante los nuevos escenarios que enfrente la región en el área de Salud, con la finalidad de promover la salud y la calidad de vida de las personas</p>	<p>Armonizar legislaciones y coordinar acciones entre los Estados Partes en el área de la salud, necesarias al proceso de integración</p> <p>Compatibilizar los sistemas de control Sanitario en los Estados Partes, de manera de alcanzar el reconocimiento mutuo en el ámbito del MERCOSUR</p> <p>Definir la relación del SGT N°11. Salud con las demás instancias del MERCOSUR, buscando la integración y complementación de las acciones</p> <p>Proponer procedimientos de organización, sistematización y difusión de la información referente al área Salud entre los Estados Partes.</p> <p>Promover el perfeccionamiento y la articulación de los sistemas nacionales tendientes a la calidad, eficacia y seguridad de los productos y servicios brindados a la población, con el objetivo de reducir los riesgos para la salud</p> <p>Promover y gerenciar propuestas de cooperación que busquen la integración regional en el sector salud</p> <p>Promover la atención integral de la salud y la calidad de vida de las personas mediante acciones comunes en el ámbito del MERCOSUR</p>

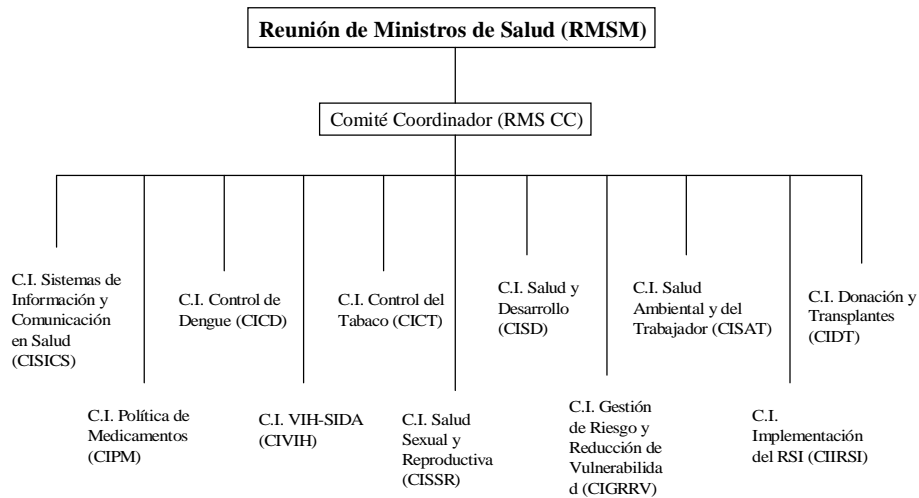
Fuentes: Resoluciones GMC 04/98, 21/01 y 06/05.

Gráfico 1. Estructura del SGT 11“Salud”



Fuente: Resolución GMC N° 06/05

Gráfico 2. Estructura de la RMSM EA



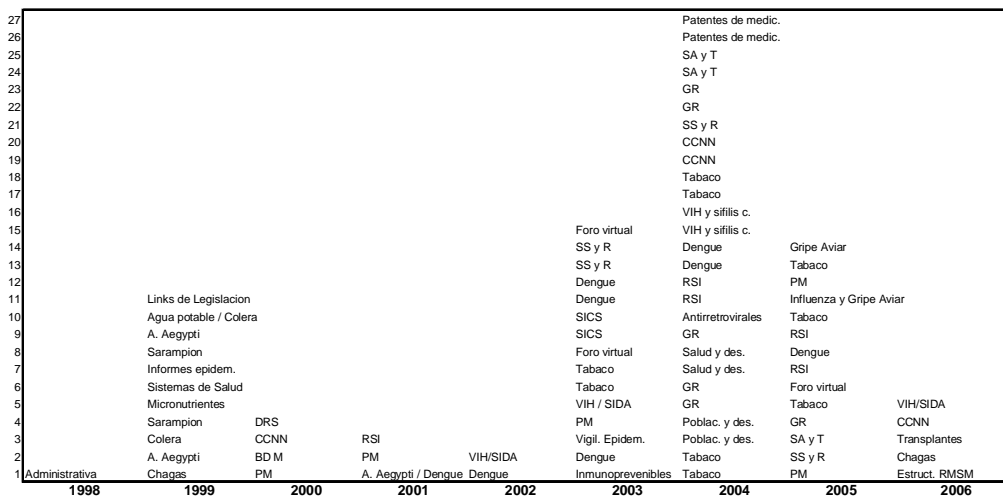
Fuente. MERCOSUR / RMS Acuerdo 01/06

Cuadro 2. Proyectos presentados por el SGT N° 11, según temas, 1996-2006.

Área	n	%	Tema	n	%	t
Productos para la Salud	77	64,7	Piscotrópicos y estupefacientes	19	24,7	100,0
			Sangre y hemoderivados	5	6,5	
			Dominosanitarios	9	11,7	
			Productos médicos	7	9,1	
			Reactivos diagnósticos	2	2,6	
			Cosméticos	19	24,7	
			Productos farmacéuticos	16	20,8	
Vigilancia epidemiológica y control sanitario de fronteras	28	23,5	Vigilancia epidemiológica	13	46,4	100,0
			Control sanitario de puertos y aeropuertos	15	53,6	
Prestación de servicios de salud	14	11,8	Prestación de servicios	10	71,4	100,0
			Tecnología en salud	1	7,1	
			Ejercicio profesional	3	21,4	
t	119	100,0				

Fuente: Anexo 12 – Reservado – Estado de los Proyectos de Resolución del SGT 11 “Salud”. XXV R.O. SGT N° 11 “Salud”

Gráfico 3. Declaraciones aprobadas por la RMSM EA, según año y tema.



RSI: Reglamento Sanitario Internacional
 CCNN: Cuentas Nacionales de Salud
 PM: Política de Medicamentos
 DRS: Desplazamiento poblacionales por razones de salud
 GR: Gestion de Riesgos y vulnerabilidad

SICS: Sist. De InformaCIÓN Y Comunicación en Salud
 SS y R: Salud Sexual y Reproductiva
 SA y T: Salud ambiental y del Trabajador
 BD M: Banco de datos de medicamentos

Fuente: Anexo 12 – Reservado – Estado de los Proyectos de Resolución del SGT 11 “Salud”. XXV R.O. SGT N° 11 “Salud”

Gráfico 4. Estado de Normas sobre Salud, hasta 2004.

