

DERECHO A LA SALUD E INTEGRACIÓN REGIONAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA ALIANZA INEXCUSABLE

Luciana B. Scotti*

Publicado en: CLÉRICO, Laura, RONCONI, Liliana y ALDAO, Martín (coordinadores), *Tratado de Derecho a la Salud, Tomo I*, ISBN 978-950-20-2525-4, Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2013, pp. 873 - 895.

Resumen:

La integración regional como fenómeno tiene diversas dimensiones, vinculadas a los objetivos propuestos por cada esquema de integración: económico - comercial; político - estratégica; social; cultural: jurídica - institucional. Es decir, nos encontramos ante un fenómeno pluridimensional, multifacético y que como tal requiere de una aproximación interdisciplinaria.

Dentro de la dimensión social, cobran importancia superlativa las políticas de salud. En efecto, en mayor o menor medida, los procesos de integración más desarrollados, prevén algunas medidas en esta delicada materia, para la cual destinan, en general, un órgano secundario del esquema que se ocupará de elevar propuestas, elaborar informes, examinar las políticas sanitarias de los Estados parte, entre otras tareas.

En esta oportunidad, nos ocuparemos de las políticas en materia de salud que han adoptado los procesos de integración más significativos de América Latina y el Caribe. Nos detendremos, en especial, en los esquemas que integramos, es decir, MERCOSUR y más recientemente UNASUR.

I. INTRODUCCIÓN

* Abogada, egresada con Medalla de Oro (UBA). Doctora de la Universidad de Buenos Aires (Área Derecho Internacional). Magister en Relaciones Internacionales (UBA). Profesora Adjunta regular de Derecho Internacional Privado y de Derecho de la Integración en la Facultad de Derecho, UBA. Miembro Permanente del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales "Dr. Ambrosio L. Gioja". Directora de Proyectos UBACyT y DECYT. Es autora y coautora de libros, capítulos de libros, artículos, ponencias y comunicaciones en Congresos, sobre temas de su especialidad. Contacto: lucianabscotti@derecho.uba.ar

La integración regional ocupa un lugar destacado en la agenda política de los Estados y es considerada por un número relevante de autores como el fenómeno internacional de mayor importancia de cara al siglo XXI.¹

En este sentido, se suele señalar que estos bloques regionales comparten en la actualidad un rol protagónico con los Estados nacionales en el escenario de las relaciones internacionales. El dato de la cooperación que conlleva este fenómeno ha permitido a idealistas o liberales transnacionalistas demostrar con ejemplos concretos sus teorías. Y pese a que los teóricos del realismo continúan sosteniendo el papel central de los Estados, incluso ellos han reconocido en sus versiones más modernas y moderadas un lugar a estos nuevos actores. En efecto, al menos desde la posguerra fría, tanto para unos como para otros, los procesos de integración regional forman parte de sus respectivas agendas de investigación, aún cuando cada teoría de las relaciones internacionales pone el acento en diversos matices.

En suma, los esquemas de integración regional afectan, condicionan el comportamiento de los Estados y de otros actores de la escena internacional, así como al propio sistema internacional.

Ahora bien, a la pregunta ¿qué es la integración?, las respuestas son múltiples. Etimológicamente, "integrar" significa hacer un todo o conjunto con partes diversas, contribuir a formar un todo o conjunto.

Desde una perspectiva económica "integrar" significa configurar un espacio económico ampliado respecto de la unidad económica tradicional, el Estado - Nación. En la práctica, implicará la eliminación de barreras comerciales entre los socios del bloque regional.²

Por su parte, Barbé identifica al menos tres visiones distintas de la integración regional.³ En primer lugar, una mirada jurídico – institucional se concentra en el estudio de

¹ Cfr. BARBÉ, Esther, *Relaciones Internacionales*, Madrid: Ed. Tecnos, 1995, p. 277.

² Cfr. BOTTO, Mercedes, *La integración regional en América Latina: ¿una alternativa para el crecimiento?*, Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), 2003, p. 2.

³ BARBÉ, Esther, *Relaciones Internacionales*, Madrid: Ed. Tecnos, 1995, p. 220 y ss.

las organizaciones internacionales de integración. Así, Díez de Velasco, las define como aquellas en las que “se opera una cesión de competencias de los Estados miembros a los órganos comunes, que se caracteriza por suponer la atribución de poderes del mismo tipo de los que resultan de las funciones superiores de un Estado a unos órganos independientes de los Estados, y por la posibilidad que tienen dichos órganos de pronunciarse por mayoría en caso de estar formados por representantes gubernamentales (y no por unanimidad como en las Organizaciones tradicionales), al tiempo que las decisiones que adopten podrán tener, en determinadas ocasiones, autoridad directa e inmediata en los órdenes jurídicos nacionales”.⁴

Un segundo enfoque pone de relieve la dimensión política de la integración. Y en este sentido, autores como Ernst Hass definen a la integración política como un proceso a través del cual los actores políticos transferirían su lealtad y sus expectativas hacia una nueva autoridad o comunidad superpuesta a las existentes, es decir, a los propios Estados nacionales. Existiría, así, una identidad común.⁵

Y finalmente, Barbé hace referencia a una tercera visión, cuyo autor principal es Karl Deutsch, que aborda la integración a partir de la noción de “comunidad de seguridad”. Desde esta perspectiva, en un mundo integrado en una comunidad de seguridad, no habría guerras, las disputas se resolverían por otras vías y se conformaría una “zona de paz”.

De las diversas definiciones, podemos apreciar que la integración regional como fenómeno tiene diversas dimensiones, vinculadas a los objetivos propuestos por cada esquema de integración: económico - comercial; político - estratégica; social; cultural; jurídica - institucional. Es decir, nos encontramos ante un fenómeno pluridimensional, multifacético y que como tal requiere de una aproximación interdisciplinaria.

Dentro de la dimensión social, cobran importancia superlativa las políticas de salud. En efecto, en mayor o menor medida, los procesos de integración más significativos, que abordaremos en este trabajo, prevén algunas medidas en esta delicada materia, para la cual

⁴ DIEZ DE VELASCO, Manuel, *Las Organizaciones Internacionales*, 8ª edición, Madrid: Ed. Tecnos, 1994.

⁵ HASS, Ernst, *The Uniting of Europe. Political, Economic and Social Forces, 1950-1957*, Stanford, 1958, citado por Barbé, Esther, *Relaciones Internacionales*, Madrid: Ed. Tecnos, 1995, p. 221 (nota 284).

destinan, en general, un órgano secundario del esquema que se ocupará de elevar propuestas, elaborar informes, examinar las políticas sanitarias de los Estados parte, entre otras tareas.

II. INTEGRACIÓN REGIONAL LATINOAMERICANA: NOTAS CARACTERÍSTICAS

En América Latina el regionalismo no es un fenómeno de los últimos años. En efecto, tras la independencia de muchos países de la región, se propusieron diversas iniciativas de unión política.⁶ Sin embargo, fue necesario esperar hasta la segunda mitad del siglo XX, durante la cual, aún cuando no todos fueron exitosos, comenzaron a vislumbrarse serios proyectos de integración. Así, encontramos el emprendimiento de ambiciosos desafíos con mayor o menos dosis de realismo: la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC) de 1960 que veinte años más tarde y ante su fracaso se convirtió en la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI), el Mercado Común Centroamericano (MCCA) de 1960, ahora llamado Sistema de Integración Centroamericana (SICA); el Grupo Andino de 1969, que desde el Protocolo de Trujillo de 1996, se convirtió en la Comunidad Andina de Naciones (CAN), y la Asociación de Libre Comercio del Caribe, actualmente CARICOM (Comunidad del Caribe).

El principal promotor de estos proyectos de integración regional fue la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como vía para dar solución a los problemas abiertos por el proceso de sustitución de importaciones en América Latina.

A estas viejas iniciativas se han sumado desde la década de los años noventa una treintena de casos de "nuevo regionalismo" o "regionalismo abierto"⁷ que abarcan áreas de

⁶ Entre las iniciativas integracionistas del Siglo XIX más relevantes, cabe mencionar el Congreso de Lima de 1847, el Congreso de Santiago de Chile de 1856, el Tratado de Alianza y Confederación firmado en Washington en 1856, el Tratado de Alianza firmado por Bolivia, Chile y Perú en 1867, la Primera Conferencia Internacional Americana celebrada en Washington en 1889.

⁷ La distinción entre viejo regionalismo o regionalismo cerrado o de primera generación y nuevo regionalismo o abierto o de segunda generación es la existencia en los primeros de instituciones supranacionales, de motivaciones originarias que exceden lo estrictamente comercial, y además el contexto histórico en que se originan. La Unión Europea y el NAFTA (TLCAN) son respectivamente ejemplos emblemáticos de cada uno

preferencias arancelarias, zonas de libre comercio o uniones aduaneras con objetivos en la mayoría de los casos menos ambiciosos, y limitados en líneas generales al ámbito económico-comercial.⁸ Un ejemplo claro del regionalismo abierto es el NAFTA, integrado por Canadá, Estados Unidos y México que desde el 1º de enero de 1994 se constituyó en una de las zonas de libre comercio más grandes del mundo.

Cabe señalar, asimismo, que diversos especialistas entienden que en Sudamérica se observa en los últimos años el surgimiento de un regionalismo de corte distinto, con un enfoque renovado post Consenso de Washington, con rasgos distintivos que podría llamarse “postliberal” para unos, “antiliberal” para otros, que procura superar el modelo del “regionalismo abierto”.

Tanto la Alianza Bolivariana para los Pueblos de nuestra América – Tratado Comercial de los Pueblos (ALBA – TCP) como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) se encontrarían dentro de esta nueva categoría. Ambos se caracterizan por una integración política, intergubernamental, con un especial hincapié en la agenda social y en la construcción y perfeccionamiento de una infraestructura física y energética para la región.

Lo cierto es que todas estas iniciativas de integración, en mayor o menor medida, buscan ser un medio para lograr un mayor desarrollo socio - económico, la inserción internacional en un mundo globalizado, el mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes y en alguna medida, el logro de cierta autonomía de la región y de los Estados que la conforman.

En el plano jurídico – institucional, estos procesos en América se caracterizan, en general por la intergubernamentalidad de sus órganos, de los cuales emanan normas de derecho derivado que no gozan de las notas salientes del derecho de la Unión Europea, es

de estos tipos de regionalismo. Puede verse un análisis detallado del tema en BOTTO, Mercedes, *La integración regional en América Latina: ¿una alternativa para el crecimiento?*, Buenos Aires: Trabajo preparado para FLACSO, 2003.

⁸ Cfr. BID, "El nuevo regionalismo en América Latina", en *Más allá de las fronteras: el nuevo regionalismo en América Latina*, Washington, 2003, p. 29.

decir, de su primacía, aplicabilidad inmediata y efecto directo. Esta circunstancia conspira contra el desarrollo pleno del ordenamiento jurídico del esquema, y en particular, en lo que nos ocupa, del derecho a la salud como política común. Veamos.

III. INTEGRACIÓN REGIONAL Y POLÍTICA DE SALUD

Tal como mencionamos, los Estados, a través de los procesos de integración regional, procuran, entre sus metas fundamentales, mejorar la calidad de vida de sus pueblos. Evidentemente, para ello, es de toda necesidad incluir en sus agendas, políticas sociales y en particular políticas sanitarias. Asumir la salud como una responsabilidad compartida entre los socios del bloque es una estrategia de integración adecuada para alcanzar la finalidad propuesta.

Debemos recordar, por otra parte, que a nivel mundial, los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud, fijados en el año 2000 y que los países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015, están encaminados a lograr una mejor calidad de vida en nuestros pueblos. Para ello, las ocho metas concretas son: la erradicación de la extrema pobreza y el hambre; lograr la educación primaria universal; promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna, combatir el VIH Sida y otras enfermedades infectocontagiosas; garantizar la sostenibilidad ambiental; desarrollar alianzas globales para el desarrollo.

Muchas de los programas y acciones implementados por los diversos procesos de integración, con más o menos éxito, tienen en miras tales objetivos, tal como podremos apreciar.

IV. SITUACIÓN ACTUAL EN LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN REGIONAL DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. INTEGRACIÓN EN EL CONO SUR: EL MERCOSUR

El MERCOSUR o Mercado Común del Sur, fue creado por el denominado Tratado de Asunción de 1991, suscripto por la República Argentina, la República Federativa de Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay y se le atribuyeron según el art. 1° los siguientes objetivos:

- "La libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países, a través, entre otros, de la eliminación de los derechos aduaneros y restricciones no arancelarias a la circulación de mercaderías y de cualquier otra medida equivalente;
- El establecimiento de un arancel externo común y la adopción de una política comercial común con relación a terceros Estados o agrupaciones de Estados y la coordinación de posiciones en foros económico-comerciales regionales e internacionales;
- 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, a fin de asegurar condiciones adecuadas de competencia entre los Estados Partes;
- El compromiso de los Estados Partes de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes, para lograr el fortalecimiento del proceso de integración".

A su turno, el Preámbulo del Tratado de Asunción alude a “la necesidad de promover el desarrollo científico y tecnológico de los Estados Partes y de modernizar sus economías para ampliar la oferta y la calidad de los bienes y servicios disponibles a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes”.

En especial, la política de salud en el Mercosur motivó la creación de órganos específicos. En efecto, en 1995, fue creada la Reunión de Ministros de Salud (RMS) (Dec. CMC N° 03/95), dependiente del Consejo Mercado Común (CMC), con el objeto de coordinar las políticas en el área de salud del Mercosur. Tiene competencia institucional para formular, acordar y apoyar acciones de promoción, prevención y atención de la salud

que sean realizadas por los Estados parte, a través de proyectos intra y extra bloque. Asimismo, puede proponer proyectos, programas, estrategias y directrices regionales con vistas al perfeccionamiento del proceso de integración.

En el marco de la RMS se han tratado temas tales como: Dengue, Política de Medicamentos, Salud Pública y Propiedad Intelectual, Política Antitabáquica, Núcleo de Articulación, Salud Sexual y Reproductiva, VIH –SIDA, Reglamento Sanitario Internacional-RSI, Determinantes de la Salud, Participación Ciudadana en Salud, Atención Primaria en Salud-APS

Por su parte, el Subgrupo de Trabajo N° 11 Salud (SGT N° 11)⁹ (Res. GMC N° 151/96, Dec. CMC N° 59/00) fue creado en 1996, en la órbita del Grupo Mercado Común. En efecto, el GMC por Resolución N° 13/07 le atribuyo al SGT N° 11 la discusión de temas prioritarios, de interés común para los Estados parte: armonizar legislaciones y directrices, promover la cooperación técnica y coordinar las acciones necesarias para el proceso de integración entre los Estados parte, en el área de salud; compatibilizar los sistemas de control sanitario de los Estados parte con miras a fortalecer la integración regional; definir las relaciones del SGT 11 con las demás instancias del Mercosur, procurando la integración y complementación de acciones.

En temas más específicos, relacionados con las políticas de salud, el Mercosur cuenta con otros órganos y sub – órganos, entre los que destacan: la Reunión Especializada de Autoridades de Aplicación en Materia de Drogas, Prevención de su Uso Indebido y Recuperación de Drogadependientes (RED) (Res. GMC N° 76/98, Dec. CMC N° 59/00) (Coordinada por el FCCP) y la Comisión Intergubernamental de salud Sexual y Reproductiva del Mercosur, creada en la reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR en diciembre de 2003, Punta del Este, Uruguay.

En el seno de todas estas instancias, se han aprobado diversas normas de derecho derivado vinculadas al área de salud. En particular, destacan la Dec. CMC N° 20/03 sobre

⁹ En el seno del SGT N° 11 funcionan, a su vez, la Comisión de Productos para la Salud (COPROSAL), la Comisión de Vigilancia en Salud (COVIGSAL) y la Comisión de Servicios de Atención de la Salud (COSERATS).

estrategia regional para el control del tabaco en el MERCOSUR y la Dec. CMC N° 21/03 sobre estrategia regional para el control del tabaco en el MERCOSUR y en la República de Chile, la Dec. CMC N°24/04, modificada por Dec. CMC N° 01/06 que aprueba la Quinta Ronda de Negociaciones de compromisos específicos en materia de servicios, e incluye precisamente los servicios médicos y dentales, de parteras, enfermería, fisioterapia, paramédicos y los servicios farmacéuticos con ciertos límites al acceso al mercado y al trato nacional; la Dec. CMC N° 31/05 que aprueba estrategias conjuntas para enfrentar los riesgos de una pandemia de gripe aviar; la Res. GMC N° 97/94 sobre la estrategia de adecuación sobre vigilancia sanitaria, la Res. GMC N° 125/96 sobre Protección a la salud y seguridad del consumidor; la Res. GMC N° 61/2000 sobre buenas prácticas de fabricación y control de medicamentos, la Res. GMC N° 73/2000 aprobatoria de la lista de especialidades médicas comunes en el MERCOSUR, la Res. GMC N° 04/01 que aprueba el listado y definición de enfermedades que deben ser notificadas obligatoriamente entre los Estados miembro, la Res. GMC N° 58/01 sobre principios éticos médicos del MERCOSUR; la Res. GMC N° 27/04 sobre una matriz mínima de registro de profesionales de salud del MERCOSUR, la Res. GMC N° 018/2005 sobre directrices para metodologías de evaluación de tecnologías en salud, la Res. GMC N° 32/05 sobre medidas de vigilancia y control para la prevención de fiebre amarilla, la Res. GMC N° 66/06 sobre profesiones de salud del MERCOSUR, la Res. GMC N° 21/08 “Declaración de salud del viajero en el MERCOSUR” la Res. GMC N° 23/08 sobre recomendaciones para la salud de los viajeros, la Res. GMC N° 01/2010 sobre protección de la salud y la seguridad de consumidores y usuarios - aspectos operativos, entre muchas otras.¹⁰

A su turno, el 31 de julio de 2010, en San Juan, el Grupo Mercado Común ha aprobado un Memorándum de entendimiento de cooperación entre el MERCADO COMUN DEL SUR (MERCOSUR) y la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS) (Res. GMC N° 45/2010), con el propósito de brindar cooperación técnica a los

¹⁰ Puede ver un detalle de la normativa Mercosur sobre salud en RIMOLDI de LADMANN, Eve y otros, *Derecho a la salud y servicios de salud en el orden internacional y regional*, Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho de la UBA, 2007. En especial, el capítulo IV: Regionalismos y Mercosur, ps. 123 a 189.

Estados parte en apoyo a la agenda sanitaria de los procesos subregionales de integración. Las áreas donde la OPS/OMS brindará cooperación son seis:

- Vigilancia y regulación: Aplicar los procedimientos apropiados de registro en materia de productos para la salud y asegurar la vigilancia de calidad de los productos que puedan afectar la salud de la población, así como la creación de capacidades técnicas en evaluación de tecnologías.
- Reglamento Sanitario Internacional: Fortalecimiento de capacidades de vigilancia y respuesta, y control sanitario en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres.
- Atención Primaria en Salud y Determinantes Sociales de la Salud: Promoción de la salud y los estilos de vida e identificación y atención de las necesidades de grupos poblacionales asentados en territorios compartidos.
- Recursos Humanos en Salud: Intercambio de políticas, programas y experiencias en relación a la planificación de recursos humanos y el desarrollo de estrategias regionales en salud en función de las necesidades de los servicios de salud; Desarrollo de estrategias regionales de capacitación de recursos humanos en función de necesidades de los servicios de salud.
- Sistemas de Información y Gestión del Conocimiento: Elaboración de criterios estandarizados para fortalecer los sistemas de información que permitan evaluar el impacto del Mercosur en la salud y producir y diseminar evidencia y conocimientos apropiado para la toma de decisiones.
- Capacidad para Ayuda Humanitaria y Reducción de Riesgos de Desastres: Fortalecimiento de la capacidad para responder en esos casos. Intercambio de experiencias, definición de criterios, adopción de guías y desarrollo de mecanismos con miras a la respuesta conjunta entre los Estados Partes del Mercosur y de éste a otros países.

Según el Memorándum, los planes de trabajo podrán contemplar capacitación, transmisión de conocimientos y tecnologías, estudios y diagnósticos sobre aspectos puntuales, y realización de foros de discusión y debate.

2. INTEGRACIÓN ANDINA: LA CAN (COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES)

La Comunidad Andina de Naciones, integrada actualmente por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú encuentra su antecedente en el Pacto Andino, creado el 26 de mayo de 1969 a través del Acuerdo de Cartagena, con el propósito de mejorar el nivel de vida de sus habitantes mediante la integración y la cooperación económica y social.¹¹ En 1997, con el Protocolo de Trujillo se introdujeron reformas a aquel acuerdo, dando origen a la llamada Comunidad Andina.

En la Cumbre Presidencial de Quirama de 2003, se decidió incorporar la vertiente social al proceso de integración y se dio un mandato a los órganos por parte de los Presidentes, de establecer un Plan Integrado de Desarrollo Social con el fin de acercar la integración a los pobres, luchar contra la pobreza, contra la exclusión y contra la desigualdad.

Entre los objetivos del llamado Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS) sobresalen: contribuir, desde la integración, a la lucha contra la pobreza, la exclusión y la inequidad social; potenciar los beneficios sociales de la integración; hacer de la integración un proceso relevante para la población de los países Andinos; enriquecer las políticas sociales nacionales mediante el intercambio de experiencias y el aprendizaje mutuo; contribuir a la continuidad de las políticas públicas en los países miembros; impulsar la construcción gradual de una política social comunitaria; avanzar la dimensión social de la integración.

¹¹ Chile que fuera miembro originario, se retiró en 1973, mientras que Venezuela se incorporó en 1976. Veinte años después también tomó la decisión de retirarse del bloque.

Por su parte, los programas y proyectos sociales comprenden una gran diversidad de iniciativas, desde la constitución de foros y redes para formular políticas comunitarias, hasta la ejecución de acciones concretas en zonas fronterizas y áreas deprimidas. Dentro de éstos, un ámbito temático destacado es el de la salud.

El Consejo Andino de Ministros de Desarrollo Social (CADS), instancia comunitaria creada mediante Decisión 592 del 10 de julio de 2004, en el marco de la XV Reunión del Consejo Presidencial Andino, recibió el encargo de ejecutar el PIDS así como elaborar un Plan de Acción y conformar comités nacionales para garantizar la ejecución y seguimiento de los proyectos en cada uno los países andinos.

A su turno, un tema vinculado a la salud que es prioritario para los Países Miembros de la Comunidad Andina es el problema mundial de la droga. En ese contexto, los Estados Miembros de la Comunidad Andina han reiterado su compromiso de mantener una coordinación estrecha, con especial énfasis en la necesidad de concertar y evaluar multilateralmente las políticas para enfrentar dicho flagelo. A tales efectos, los países andinos, apoyaron el desarrollo, en el seno de la Organización de las Naciones Unidas, de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, conocida como la Convención de Viena de 1988. Por su lado, la estrategia de las relaciones con la UE en materia de drogas se desarrollan en el marco de los acuerdos tanto del “Diálogo Especializado de Alto Nivel en materia de Drogas entre la Unión Europea y la Comunidad Andina”, como del “Grupo Conjunto de Seguimiento de los Acuerdos sobre Precursores Químicos entre los Países Andinos y la Comunidad Europea”. Finalmente, a nivel hemisférico, los países andinos apoyan los esfuerzos realizados en el marco de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos, particularmente la implementación del Mecanismo de Evaluación Multilateral.

El 22 de junio del 2001, a través de la Decisión 505 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, fue aprobado el "Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos", comprendiendo todos los aspectos involucrados tanto en la producción, tráfico, consumo y delitos conexos y se basa en los

principios de la responsabilidad compartida, la solidaridad, el pleno respeto a las respectivas legislaciones, soberanía e integridad territoriales, así como en la estricta observancia del Derecho Internacional. El Plan define como mecanismos para su instrumentación al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores (que realizará el seguimiento del Plan y aprobará los Programas de Acción bianuales); al Comité Ejecutivo (integrado por funcionarios de alto nivel de las Cancillerías y de los organismos nacionales especializados, cuyo papel será establecer los Planes Operativos). También participarán en el desarrollo del Plan el Comité Andino de Autoridades de Desarrollo Alternativo y la Secretaría General de la Comunidad Andina.

Asimismo, la Comunidad Andina de Naciones cuenta con un Sistema Andino de Sanidad Agropecuaria (SASA), definido como el conjunto de principios, elementos e instituciones, que se encarga de armonizar las normas sanitarias y fitosanitarias; y de proteger y mejorar la sanidad animal y vegetal; contribuir al mejoramiento de la salud humana; facilitar el comercio de plantas, productos vegetales, artículos reglamentados, y animales y sus productos; y de velar por el cumplimiento de las normas fito y zoonosanitarias del marco jurídico andino. Esta normado por la Decisión 515, que adoptó la Comisión de la Comunidad Andina en marzo del 2002, la cual establece el marco jurídico andino para la adopción de medidas sanitarias y fitosanitarias de aplicación al comercio intrasubregional y con terceros países de plantas, productos vegetales, artículos reglamentados, animales y sus productos.

Párrafo aparte merece el denominado Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue¹², creado el 31 de enero de 1970, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos.

En el año 1974, en la ciudad de Caracas - Venezuela, se firmó el Protocolo Adicional por el cual se complementa y perfecciona el Convenio Hipólito Unanue,

¹²Véase: <http://www.orasconhu.org/>. El Plan estratégico 2009 – 2012 se encuentra disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/01-plan-oras-2009.pdf> [Consulta: 5/1/2012].

creándose la Secretaría Ejecutiva con sede fija en Lima. Asimismo, se establecen los compromisos financieros de los países.

Su función es coordinar y promover acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de sus países miembros, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales. En ese sentido, coordina con otros órganos subregionales, regionales e internacionales las acciones que concurren a ese fin.

La adscripción del Convenio Hipólito Unanue a la estructura institucional de la CAN se produjo por medio de la Decisión 445, aprobada por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores el 10 de agosto de 1998.

El Secretario Ejecutivo es la máxima autoridad del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, y su función principal es servir de facilitador de los mandatos de los Ministros de Salud, emitidas de las Reuniones de Ministros, realizadas anualmente.

3. INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA: EL SICA (SISTEMA DE INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA)

El Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), es el proceso de integración regional de Centroamérica, constituido por los Estados de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Posteriormente se adhirió Belice como miembro pleno. El SICA fue creado el 13 de diciembre de 1991, mediante la suscripción del Protocolo a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA) o Protocolo de Tegucigalpa, el cual reformó la Carta de la ODECA, suscrita en Panamá el 12 de diciembre de 1962.

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, COMISCA¹³, tiene su génesis y razón de ser enmarcada jurídica e institucionalmente por la Declaración de San Salvador, el Protocolo de Tegucigalpa y el Tratado de la Integración Social de Centroamérica,

¹³Véase: <http://www.sica.int/comisca/>

TISCA, adoptados por los Presidentes de Centroamérica en la X Cumbre realizada del 15 al 17 de julio de 1991 en El Salvador, en la XI Cumbre ocurrida los días 12 y 13 de diciembre de 1991 en Honduras y en la XVI Cumbre efectuada el 30 de marzo de 1995 en San Salvador, respectivamente.

Por lo tanto, el COMISCA constituye la instancia política del Sistema de la Integración Centroamericana, SICA, que tiene como propósito la rectoría del Sector Salud Regional; la identificación y priorización de los problemas regionales de salud, que son abordados conjuntamente mediante la Agenda y el Plan Centroamericano de Salud; la determinación de problemas de salud que debido a su multicausalidad y la trascendencia socioeconómica, requieren ser elevados al conocimiento de la Cumbre de Presidentes para la búsqueda de soluciones intersectoriales; el impulso de iniciativas regionales de salud que necesitan de la cooperación internacional gestionadas por medio) del SICA; así como, el seguimiento, la ejecución y la evaluación de los acuerdos y las resoluciones emanadas de las Cumbres en las que participen los Presidentes de Centroamérica.

El COMISCA cuenta con una Secretaría Ejecutiva con sede en la Ciudad de San Salvador, la cual fue creada en Septiembre de 2007; gracias a la firma de Acta de cooperación entre la Secretaría General de la Integración Centroamericana(SG-SICA) y la Secretaría Ejecutiva del COMISCA (SE-COMISCA).

La Secretaría Ejecutiva del COMISCA (SE-COMISCA), es el órgano rector de coordinación ejecutivo-administrativo, que surge con la finalidad de fortalecer y garantizar el adecuado funcionamiento de COMISCA. Se encuentra representada por el Secretario Ejecutivo que se encarga de la atención al COMISCA, además funge como Secretario Técnico del RESSCAD y de los consejos Directivo y Consultivo del INCAP. Esta surge en el Marco de de la Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, llevada a cabo en San Salvador, el 10 de Septiembre de 2007.

Como objetivo estratégico general la Secretaría Ejecutiva del COMISCA busca contribuir a proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población de la región. Como objetivos específicos, la Secretaría Ejecutiva busca:

- Posicionar la Salud en las agendas de desarrollo de la región al más alto nivel político.
- Articular, coordinar y facilitar la toma de decisiones del COMISCA con otras instancias regionales y extra-regionales para complementarse, evitar duplicidades y llenar vacíos de intervención.
- Aportar mayor valor político-estratégico a las iniciativas regionales de salud, que motiven a participar a las máximas autoridades de las instituciones del Sector Salud Regional en el marco de una agenda sanitaria regional.
- Facilitar la movilización de recursos financieros y no financiero.
- Ofrecer a los ministros de Salud y a los líderes de las instituciones que conforman el sector Salud Regional, alternativas de inducción organizacional político-estratégica sobre: la temática en salud, antecedentes de integración de la salud, experiencias y lecciones aprendidas, así como estimular procesos de autoaprendizaje.
- Ofrecer a los gobiernos apoyo para la incorporación de Prioridades de la agenda sanitaria regional en las agendas nacionales y para la formulación de proyectos orientados a implementarlas.

Las actuaciones y decisiones de los funcionarios de la SE-COMISCA y de sus funcionarios se orientan por los siguientes valores:

- Salud como cultura de vida y objetivo del desarrollo: Salud como movilizador de voluntades políticas,
- Efectividad: Coordinación, armonización, priorización, integridad y equidad.
- Regionalismo: Cultura integracionista, respeto a la pluralidad y reconocimiento de los diferentes niveles de desarrollo de los países de la región.

4. INTEGRACIÓN EN EL CARIBE: LA CARICOM (COMUNIDAD DEL CARIBE)

La Comunidad del Caribe (en inglés, Caribbean Community o CARICOM) fue creada el 4 de julio de 1973 con la firma del Tratado de Chaguaramas, suscripto originariamente por Barbados, Guyana, Jamaica y Trinidad y Tobago, con el fin de posicionarse en el escenario internacional y formar un mercado común en la región del Caribe. Actualmente cuenta con quince miembros plenos.¹⁴

La CARICOM cuenta con el Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD, en sus siglas en inglés), integrado por Ministros de gobierno designados por los Estados Miembros. Entre las funciones que le atribuye el artículo 12 del Tratado de Chaguaramas revisado se encuentra la de promover el mejoramiento de salud, incluyendo el desarrollo y la organización de un sistema de Seguridad Social eficiente en la Comunidad. Este esquema no ha sido particularmente activo en materia de salud.

5. NUEVAS INICIATIVAS EN SUDAMÉRICA: UNASUR

El Tratado Constitutivo de la UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas), en vigor desde el 11 de marzo de 2011, fue suscrito en Brasilia, el 23 de mayo de 2008, gracias a una negociación que tiene como primer hito fundacional la Declaración de Cusco del 8 de diciembre del 2004. Los países firmantes de este documento son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela.

La UNASUR integra una región con un PIB de 973.613 millones de dólares, siendo la quinta potencia mundial; con una población de 361 millones de habitantes, la cuarta a nivel mundial; cuenta con cuatro idiomas (español, portugués, inglés y neerlandés); tiene el liderazgo en producción de alimentos y se encuentra en segundo lugar en producción de energía; posee las mayores reservas de agua potable (acuífero guaraní), de biodiversidad (la amazonia), y vastos yacimientos de hidrocarburos (Orinoco, Tarija, Camisea, Santos).

¹⁴ Más información en: <http://www.caricom.org/index.jsp>

Ocupa una superficie superior a los 17 millones de km², y en especial, tiene una historia en común y valores compartidos.

Según reza el artículo 2º del tratado constitutivo el objetivo del proceso es “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 del fortalecimiento de la soberanía e independencia de los Estados.” Y entre sus objetivos específico, menciona “el acceso universal a la seguridad social y a los servicios de salud” (artículo 3, inc. j).

A tales fines, el Consejo de Salud Suramericano (CSS) se crea por Decisión de las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), reunidos extraordinariamente en San Salvador, Costa de Sauipe, Brasil, el 16 de diciembre de 2008, con el propósito de construir un espacio de integración en materia de salud, incorporando los esfuerzos y logros de otros mecanismos de integración regional, promoviendo políticas comunes y actividades coordinadas entre los países de la UNASUR.

Tal como fuera destacado, “la importancia de la conformación del CSS radica en la constitución de una institución política suramericana con competencia en temas sanitarios, con problemas o desafíos que trascienden las fronteras de lo nacional y desarrollando valores e intereses compartidos, que facilite la interacción de las autoridades sanitarias de los Estados Miembros mediante una tecnología clave como es el consenso.”¹⁵

A su turno, el Comité Coordinador se establece mediante Acuerdo en la Constitución del Consejo de Salud Suramericano, reunido en Santiago de Chile, el 21 de abril de 2009, como una instancia dirigida a impulsar, facilitar y promover el logro de los objetivos del Consejo. Sus atribuciones son: realizar el seguimiento y evaluación del

¹⁵ ROMO ARELLANO, Luis, *UNASUR SALUD - Plan Quinquenal 2010-2015*, Reunión Regional de Consulta: “Integración y Convergencia para la Salud en América Latina y el Caribe” Caracas, Venezuela 22 y 23 de julio de 2010, en SP/RRC:ICSALC/Di N° 9-10, p. 12.

proceso de avance en integración suramericano en salud; coordinar y dar seguimiento a los grupos técnicos; proponer al CSS la creación y término de los Grupos Técnicos, para el cumplimiento del Plan de Trabajo - Agenda Suramericana de Salud; preparar proyectos de acuerdo y resoluciones que serán sometidas a consideración del CSS; coordinar posiciones en temas centrales de la integración suramericana en salud; elaborar y someter a consideración del CSS la adopción de posiciones comunes o concertadas sobre temas de salud en foros y negociaciones internacionales; proponer proceso innovadores a través de los cuales se alcance la integración suramericana de la salud, yendo más allá de la convergencia de los procesos existentes, aprovechando la experiencia y buscando la complementariedad de esfuerzos; elaborar y ejecutar un plan estratégico de comunicación social, articulando con instituciones académicas, medios de comunicación, organizaciones de la sociedad civil, a los efectos de instalar en la opinión pública la existencia y desempeño de UNASUR-Salud, tendientes a facilitar la integración suramericana; analizar y proponer mecanismos a través de los cuales se promuevan los espacios de diálogo que favorezcan la participación ciudadana en los procesos de integración suramericana en salud; coordinar con otros Consejos de UNASUR y otras instancias, respuestas articuladas y solidarias ante situaciones de emergencias y catástrofes; establecer mecanismos de coordinación con otras instancias del ámbito social de UNASUR, en pro de sus objetivos; y en general, ejercer las demás funciones que le delegue el Consejo de Salud Suramericano

Asimismo, el Consejo de Salud Suramericano cuenta con grupos técnicos y con una Secretaría Técnica, con las siguientes funciones principales: convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias en coordinación con la Presidencia del Consejo y del Comité Coordinador; apoyar las reuniones del Consejo de Salud Suramericano, incluso en lo relativo a la elaboración y traducción de documentos a los idiomas oficiales de la UNASUR; actuar como Secretario de actas en las reuniones del consejo y del Comité Coordinador; ser depositario de las Actas y demás documentos oficiales; gestionar mecanismos de reuniones virtuales; dar asistencia técnica informática durante las reuniones y la organización de la logística; mantener actualizado el Calendario de Reuniones; elaborar un Boletín del consejo de salud Suramericano, cuando corresponda y disponer de un sitio web; articular los medios de comunicación a través de un dispositivo de Prensa y

Comunicaciones; garantizar que los documentos e informes sean discutidos en las sesiones de trabajo de los órganos del consejo y sean circulados con al menos 15 días de anticipación; registrar las acreditaciones de los representantes titulares y alternos, así como las de los asesores invitados por los Países Miembros a las reuniones ordinarias y extraordinarias del Consejo y Comité Coordinador; y ejercer las demás funciones que le delegue el Consejo de Salud Suramericano.¹⁶

Por último, cabe señalar que el Plan Quinquenal 2010 – 2015 incluye las siguientes áreas de trabajo que fueron determinadas por el Consejo de Salud Suramericano.

1. Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud.
2. Desarrollo de Sistemas de Salud Universales.
3. Acceso Universal a Medicamentos.
4. Promoción de la Salud y acción sobre los determinantes de la Salud.
5. Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud.

Asimismo, los Ministros y Ministras, dado el dinamismo de los problemas de salud en la Región, dispusieron que el Comité Coordinador y los Grupos técnicos desarrollen los siguientes temas para ser incorporados en el Plan Quinquenal: Soberanía alimentaria, Hambre, alimentación y nutrición, Salud ambiental (cambio climático y trabajo), Salud en fronteras, Salud inmigrantes, Emergencias y desastres, Género, Salud Mental, Interculturalidad, Carrera sanitaria, Violencia.

V. LA EXPERIENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA

Si bien no es nuestro objetivo desarrollar en este trabajo las políticas de salud en la Unión Europea, deseamos realizar una breve aproximación, a los fines de poner en

¹⁶ Más información en: <http://www.unasur-salud.org/>

evidencia las diferencias salientes con el tratamiento que le brindan al mismo tema los procesos latinoamericanos.

En efecto, la salud es considerada una prioridad para la Unión Europea. Si bien cada miembro de la UE puede optar por las políticas sanitarias más adecuadas a sus circunstancias y tradiciones nacionales, la unión es consciente de la necesidad de preservar valores comunes, como el derecho de todos a una sanidad pública de alto nivel y el acceso equitativo a una asistencia sanitaria de calidad.

En efecto, la UE desembolsa anualmente más de 50 millones de euros en actividades encaminadas a mejorar la seguridad sanitaria, fomentar la salud, reducir las desigualdades, ofrecer más información e impulsar los conocimientos sobre la salud.

Cabe señalar, sin embargo, que el ámbito de la salud es competencia fundamental de los Estados miembros. El cometido de la Unión Europea, de conformidad con los tratados, es emprender acciones complementarias a las de los Estados miembros, aportándoles un *valor añadido europeo*, concretamente en cuanto a las principales amenazas para la salud pública, en cuestiones con repercusiones transfronterizas o internacionales y en las relativas a la libre circulación de bienes, servicios y personas.

El Tratado de Lisboa, en vigor desde el 1º de diciembre de 2009 prevé mejorar las políticas sanitarias. Aunque la organización y gestión del sistema sanitario sigue siendo competencia de los Estados miembros, el Tratado contempla medidas cuyo objetivo directo es proteger la salud pública, incluidas las relativas al tabaco y el consumo excesivo de alcohol. Para mayor protección del paciente, la UE puede ahora establecer normas aplicables a los productos y dispositivos médicos. Por último, el Tratado ayuda a los Estados miembros a reaccionar en caso de alerta precoz de amenazas transfronterizas graves¹⁷.

Entre las acciones comunes más significativas pueden enumerarse:

¹⁷ Cfr. http://europa.eu/lisbon_treaty/glance/better_life/index_es.htm

- La UE tiene normas comunes de seguridad alimentaria, etiquetado de los alimentos, requisitos del material médico, órganos, productos hemoderivados y calidad del aire y del agua.
- La UE financia el fomento de la nutrición equilibrada y el consumo seguro de alcohol, la vida sana y el envejecimiento con salud, la lucha contra el consumo de tabaco y drogas, la prevención de enfermedades como el VIH/sida y la tuberculosis y el intercambio de conocimientos en cuestiones como la igualdad de sexos, la salud infantil y las enfermedades poco comunes.
- Las actividades contra el consumo de drogas cuentan con la ayuda del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, con sede en Lisboa, que ofrece a la UE y a los Estados miembros información objetiva, fiable y comparable sobre drogas y adicción.
- Cuando existe una amenaza de pandemia, la UE elabora un plan coordinado de respuesta, por ejemplo, en el caso de la gripe aviar. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, con sede en Estocolmo, reúne y comparte información sobre las amenazas existentes y nuevas y colabora con sus correspondientes nacionales para establecer sistemas de vigilancia y alerta rápida de ámbito europeo. Con un organismo central, la UE puede responder rápidamente a las amenazas y ello puede evitar que un pequeño brote se transforme en una epidemia grave.
- Una estrategia incluida en el Plan de Acción sobre Medio Ambiente y Salud de la Comisión Europea está estudiando las relaciones entre los factores ambientales y determinadas enfermedades como el asma, las alergias, las enfermedades respiratorias, el cáncer y los trastornos del neurodesarrollo, como el autismo y los problemas del habla.
- Entre 2007 y 2013, la UE destina a la investigación sanitaria 6 000 millones de euros dentro del Séptimo Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Se concede especial importancia a la “traslación” de los

descubrimientos básicos a las aplicaciones clínicas, el desarrollo y la validación de nuevas terapias, el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, incluido el envejecimiento con salud, los nuevos instrumentos de diagnóstico y tecnologías médicas y unos sistemas sanitarios eficaces y sostenibles. Entre las enfermedades a las que se da prioridad figuran el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, infecciosas, mentales y neurológicas, en particular las relacionadas con el envejecimiento.

- La Tarjeta Sanitaria Europea facilita que los turistas y viajeros accedan a la asistencia sanitaria si enferman en otro Estado miembro o incluso en algunos otros países europeos. Además, los ciudadanos de la UE, en determinadas circunstancias, pueden recibir tratamiento en el país de la UE de su elección incluso cuando no están de viaje.¹⁸

El Libro Blanco “Nuevo planteamiento estratégico de salud pública para la UE (2008-2013)” define una nueva estrategia comunitaria de salud pública hasta 2013 para afrontar los crecientes problemas sanitarios de la población como el envejecimiento, las amenazas transfronterizas para la salud o las enfermedades relacionadas con modos de vida poco saludables. Con esta estrategia se pretende reforzar, en un marco único, la cooperación comunitaria en ámbitos en los cuales los Estados miembros no pueden actuar solos; garantizar una mejor comprensión de la salud pública a escala europea y mundial, y dar más prioridad a la salud en el conjunto de las políticas. A tal efecto, el Libro Blanco propone cuatro principios y tres objetivos estratégicos para los próximos años.

Los principios son:

- Principio N° 1: una estrategia basada en valores sanitarios compartidos,
- Principio N° 2: la salud es el tesoro máspreciado,
- Principio N° 3: la salud en todas las políticas (la iniciativa HIAP, Health In All Policies),

¹⁸ Cfr. http://europa.eu/pol/health/index_es.htm

- Principio N° 4: reforzar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial.

Además de estos principios, tres objetivos estratégicos definen la acción comunitaria a favor de la salud para los próximos años:

- Objetivo I: promover la buena salud en una Europa que envejece,
- Objetivo II: proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud,
- Objetivo III: fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías.

Esta estrategia se financiará a través de los instrumentos del actual marco financiero, que expira en 2013.

VI. PERSPECTIVAS: DIFICULTADES Y DESAFIOS

El recorrido trazado a lo largo de este trabajo nos permite advertir que todos los procesos de integración analizados destinan, en sus agendas sociales, un lugar destacado para las políticas sanitarias con miras a mejorar las condiciones de vida de los habitantes de los Estados partes, objetivo esencial que se encuentra presente en todos los tratados fundacionales.

Sin embargo, los logros concretos alcanzados son dispares. Se advierte una diferencia superlativa entre esquemas como el Mercosur y la UE. La distinción está dada, sobretudo, por una cuestión de fondo. La institucionalidad de ambos procesos es prácticamente incomparable.

El carácter eminentemente intergubernamental de esquemas como el nuestro conspira contra toda política en materia de salud que aspire a la continuidad. Nos referimos a los avances y retrocesos motivados en las orientaciones cambiantes de los gobiernos de los Estados partes, únicos verdaderamente representados en los órganos con capacidad decisoria y normativa en el Mercosur. Por el contrario, una distribución clara de competencias; principios – guía como el de subsidiariedad; el carácter supranacional de gran parte de sus instituciones; la primacía, aplicabilidad inmediata y efecto directo del

derecho de la Unión marcan una diferencia abismal con respecto a los esquemas de integración en América Latina y el Caribe.

A su turno, de fundamental importancia en esta materia son también las políticas de ciencia, tecnología e innovación para el desarrollo, sin las cuales cualquier política de salud se torna incompleta. Penosamente, poco se ha trabajado al respecto en el Mercosur.

Por el contrario, UNASUR se muestra muy activa en el desarrollo de objetivos, estrategias y líneas de acción concretas en materia de salud. Solo el tiempo nos permitirá evaluar sus éxitos o fracasos.

En suma, aunar esfuerzos en común para una política de salud coherente, clara, consistente y constante es una apuesta al futuro. La Unión Europea lo ha comprendido desde hace tiempo y ha transitado ya un largo camino. Los esquemas de integración latinoamericanos y en particular, el Mercosur y la UNASUR, han dado apenas sus primeros pasos, pero el recorrido aún es muy largo. Hacemos votos para que nuestro esquema pueda advertirlo y emprenda seriamente la tarea.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUDELO, Carlos A. “Integración regional andina en salud”, en *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S267-S272, 2007, ps. 267 a 272.
- ALVAREZ, Gonzalo, “Sistema de Integración Centroamericana (SICA). Subsistema de Integración Económica Centroamérica (SIECA)” (Capítulo VI), en NEGRO, Sandra (dir.). *Derecho de la Integración. Manual*, Buenos Aires: Ed. Bdef, (Euros editores), 2010, ps. 151 – 168.
- ARBUET – VIGNALI, Heber, *Claves jurídicas de la Integración. En los sistemas del Mercosur y la Unión Europea*. Santa Fe: Ed. Rubinzal Culzoni, 2004.
- BARBARÁ GÓMEZ, Pablo, “Una mirada a la Centroamérica actual: retos, desafíos y oportunidades”, disponible en www.reei.org, 2006 [Consulta: 30/12/2011].

- CIENFUEGOS MATEOS, Manuel, "La recepción y aplicación de los acuerdos internacionales del MERCOSUR", en *Revista Electrónica de Estudios Internacionales* N° 3, 2001. Disponible en www.reei.org [Consulta: 30/12/2011].
- CIMADAMORE, Alberto `et al´, "UNASUR: Objetivos y viabilidad institucional". en *Revista Densidades* N°2, Buenos Aires, octubre de 2008, pp. 7 – 24.
- DE LOS RÍOS, Rebecca, "La integración regional y el rol de la salud", *Reunión Regional de Consulta: "Integración y Convergencia para la Salud en América Latina y el Caribe"*, Caracas, Venezuela, 22 y 23 de julio de 2010 SP/RRC:ICSALC/Di N° 10-10, Secretaría Permanente del SELA, Caracas, julio de 2010.
- FELDSTEIN de CÁRDENAS, Sara L., "El MERCOSUR: una mirada al futuro", en *Suplemento mensual de Derecho Internacional Privado y de la Integración* N° 18, Diario Jurídico elDial: www.eldial.com , Ed Albremática, fecha de publicación: 31 de marzo de 2006. [Consulta: 15/12/2011].
- LÓPEZ BRAVO. Alfredo, "La Comunidad del Caribe: CARICOM" (Capítulo VII), en NEGRO, Sandra (dir.). *Derecho de la Integración. Manual*, Buenos Aires: Ed. Bdef, (Euros editores), 2010, ps. 169 – 186.
- MANGAS MARTIN, Araceli y Liñan Nogueras, Diego, *Instituciones y Derecho de la Unión Europea*, Madrid: Ed. Tecnos, 2005.
- MIDÓN, Mario A. R. *Derecho de la Integración. Aspectos institucionales del Mercosur*, Santa Fe: Ed. Rubinzal Culzoni, 1998.
- MOLINA DEL POZO, Carlos, *Manual de Derecho de la Comunidad Europea*, Madrid: DIJUSA, 2002.
- MOLLARD, Martín, "La Comunidad Andina de Naciones" (Capítulo V), en NEGRO, Sandra (dir.). *Derecho de la Integración. Manual*, Buenos Aires: Ed. Bdef, (Euros editores), 2010, ps. 109 – 149.
- NEGRO, Sandra C., "Caracterización y clasificación de los esquemas de integración" (Capítulo III), en NEGRO, Sandra (dir.). *Derecho de la Integración. Manual*, Buenos Aires: Ed. Bdef, (Euros editores), 2010, ps. 33 – 52.

- RIMOLDI de LADMANN, Eve y otros, *Derecho a la salud y servicios de salud en el orden internacional y regional*, Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho de la UBA, 2007.
- NEGRO, Sandra, “Unión Europea” (Capítulo IX), en NEGRO, Sandra (dir.). *Derecho de la Integración. Manual*, Buenos Aires: Ed. Bdef, (Euros editores), 2010, ps. 217 – 261.
- ROMO ARELLANO, Luis, *UNASUR SALUD - Plan Quinquenal 2010-2015*, Reunión Regional de Consulta: “Integración y Convergencia para la Salud en América Latina y el Caribe” Caracas, Venezuela 22 y 23 de julio de 2010, en SP/RRC:ICSALC/Di N° 9-10.
- SCHWEIGER, Arturo Luis Francisco y ÁLVAREZ, Daniela Teresita, “Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha”, en *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S202-S213, 2007, ps. 202 a 213.
- SCOTTI, Luciana B., “El Derecho de la Integración en el MERCOSUR” (Capítulo IV), en NEGRO, Sandra (dir.). *Derecho de la Integración. Manual*, Buenos Aires: Ed. Bdef, (Euros editores), 2010, ps. 53 – 107. En especial punto II.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

MERCOSUR:

<http://www.mercosur.int>

COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES:

<http://www.comunidadandina.org>

<http://www.orasconhu.org/>

SICA:

<http://www.sica.int/comisca/>

CARICOM:

<http://www.caricom.org/index.jsp>

UNASUR:

<http://www.unasur-salud.org/>

UNIÓN EUROPEA:

http://europa.eu/index_es.htm

<http://eur-lex.europa.eu/es/index.htm>

http://europa.eu/lisbon_treaty/glance/better_life/index_es.htm

http://europa.eu/pol/health/index_es.htm