

Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud (2009-2019)

Regional medicines policies and the construction of health sovereignty (2009-2019)

Por María Belén Herrero* y Jorgelina Loza**

Fecha de Recepción: 19 de septiembre de 2019.

Fecha de Aprobación: 24 de marzo de 2020.

RESUMEN

Desde el enfoque del derecho a la salud el medicamento es ante todo un bien social y, en consecuencia, su accesibilidad por todos los habitantes es una cuestión de equidad y justicia social. En este escenario los Estados devienen en actores centrales para garantizar el derecho al acceso a los medicamentos por parte de la población. Frente a las presiones de la industria hacia los gobiernos, los organismos regionales han devenido en un actor central, para fortalecer los instrumentos de

negociación. Esto los convierte en un jugador clave para posicionar temas en la agenda. Este artículo de investigación busca, por un lado, describir las iniciativas en torno al acceso a medicamentos en el nivel regional, para el período 2009-2019. Por el otro lado, se propone analizar en qué medida estas forman parte de una agenda innovadora en materia de salud a nivel regional, con un foco en el derecho a la salud y la soberanía sanitaria. Se llevó a cabo un estudio cualitativo, basado datos primarios y secundarios. Se realizaron entrevistas a

* Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Área de Relaciones Internacionales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Correo electrónico: bherrero@flacso.org.ar

** Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Instituto de Investigaciones “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: jorgelinaloza@yahoo.com.ar

referentes del campo de la salud tanto regional como nacional, representantes de distintos sectores como el Estado, la sociedad civil, la investigación y la academia. Las políticas en medicamentos impulsadas a nivel regional en los últimos años han visibilizado las diferencias de precios al interior de la región, constituyéndose en estrategias para avanzar en la reducción de asimetrías entre los países de la región y en el fortalecimiento de sus estrategias de compra, en pos de una soberanía en materia de salud. Además, estas iniciativas han contribuido a posicionar la temática de acceso a medicamentos en la agenda sanitaria regional, desde el enfoque del derecho a la salud. Los organismos regionales han devenido en un actor central de la política exterior, y con creciente relevancia en la agenda de la salud internacional. Las políticas regionales de acceso a los medicamentos pueden ser una estrategia para el fortalecimiento de la soberanía sanitaria, tanto a nivel regional como global. Asimismo, el rol que ejercen los organismos regionales en los distintos niveles de intervención puede favorecer el surgimiento y consolidación de iniciativas que contribuyan al ejercicio de la salud como un derecho.

Palabras clave: *Medicamentos, Derecho a la Salud, Políticas Públicas, Integración Regional, América del Sur.*

ABSTRACT

From the approach to the right to health, medicine is first and foremost a social good and, consequently, its accessibility for all inhabitants is a matter of equity and social justice. In this scenario, the States become central actors to guarantee the right to access to medicines for the population. However, while the drug is a fundamental public good, it is also a product subject to the rules of the pharmaceutical industry. In the matter of the industry pressures towards governments, regional organizations have become a central actor, to strengthen negotiation instruments. This makes them a

key player to position issues on the agenda, as is the case of policies for access to medication. On one hand, this paper describes the initiatives around access to medicines at the regional level, from 2009 to 2019. On the other hand, it is proposed to analyse to what extent these form part of an innovative health agenda at the regional level, with a focus on health and sovereignty. A qualitative study was carried out, based on primary and secondary data. Interviews were conducted with referents from the field of both regional and national health, representatives from different sectors such as the State, civil society, research and academia. Regional policies on medicines promoted in recent years have made visible the differences in prices between countries of the region, becoming strategies to advance towards the reduction of asymmetries and towards the strengthening of purchasing strategies, from in a position of health sovereignty. Also, these initiatives have contributed to position the issue of access to medicines in the regional health agenda, from the focus of the right to health. Regional organizations have become a central actor in foreign policy, and with increasing relevance in the international health agenda. Regional policies for access to medicines can be a strategy towards strengthening health sovereignty, both regionally and globally. Likewise, the role of regional organizations in the different levels of intervention can favour the emergence and consolidation of initiatives that contribute to the exercise of health as a right.

Keywords: *Medicines, Right to Health, Public Politics, Regional Integration, South America.*

Introducción

Si bien se han registrado avances en las Américas en materia de salud, persisten desigualdades y diferencias en la situación de salud que reflejan inequidades sociales persistentes: los países con peores situaciones socioeconómica

presentan peores estados de salud (OPS, 2012; OMS, 2009). Esta situación se reproduce al interior de los mismos, donde las personas con condiciones socioeconómicas más precarias tienen menos recursos para hacer cambios en su modo de vida y menor acceso a servicios de salud de calidad, incluidos los medicamentos esenciales, lo que impacta de manera diferencial sobre su estado de salud (OPS, 2012). Una buena salud mejora las condiciones de vida, mientras que las mejores condiciones de vida contribuyen a la buena salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), el gasto en medicamentos representa una proporción importante de los costos de salud en los países en desarrollo y, por lo tanto, el acceso al tratamiento depende en gran medida de la disponibilidad de medicamentos asequibles (OMS, 2011). Asimismo, la falta de medicamentos no sólo impacta en el estado de salud de la población, sino que los altos costos de los mismos son una causa importante de empobrecimiento de los hogares (OMS, 2011).

A escala mundial, el consumo de medicamentos está distribuido de manera desigual. En los países de bajos ingresos, el gasto farmacéutico total representó alrededor del 30% del gasto sanitario total (rango 7,7% a 62,9%). En 1999, los países de ingresos altos representaban el 16% de la población mundial, pero consumían el 80% del total de los medicamentos comercializados. Los países de ingreso medio representaban el 45% de la población mundial y consumían el 5,9%, mientras que los países de bajos ingresos representaban el 40% de la población mundial y consumían el 2,9% de los medicamentos comercializados (OMS, 2011).

En América Latina, se estima que aproximadamente el 35% del gasto de los hogares se destina a la salud, y la cifra es proporcionalmente mayor en la población pobre y correspondiendo mayoritariamente a gasto de bolsillo (Acuña *et al.*, 2014). Por su parte, la

ocurrencia de gastos catastróficos implica la reducción del consumo de otros productos tales como alimentos, ropa y educación de los niños (Acuña *et al.*, 2014). Se estima que un tercio de la población del mundo en desarrollo es incapaz de recibir o comprar medicamentos esenciales de forma regular. Esto depende de algunos factores: selección racional y uso de medicamentos; precios asequibles; financiamiento sostenible; sistemas fiables de salud y suministro (OMS, 2004). De éstos, el segundo factor, precios asequibles, es el más afectado por la globalización.

Si partimos de compartir un concepto básico, respecto de la salud como un derecho, el medicamento deja de ser una mercancía para constituirse en un bien social y, en consecuencia, su accesibilidad para todos los habitantes se asume como una cuestión de equidad, justicia social y que hace al derecho a la salud. Sin embargo, mientras que la droga es un bien público fundamental, también es un producto sujeto a las reglas del mercado de la industria farmacéutica (ORAS-CONHU, 2009). Esta contradicción fundamental genera tensiones y conflictos sobre las patentes y la propiedad intelectual, la producción pública, las licencias, los acuerdos comerciales, las restricciones al uso de los genéricos y los precios (ORAS-CONHU, 2009). Además de establecer barreras de acceso a los medicamentos, reproduce las desigualdades sociales, profundiza las inequidades en salud, aumenta costos sociales de enfermedades y genera más muertes evitables.

Aunque están sometidos a una fuerte presión del mercado, es decir a intereses de diferentes actores que influyen en todas las fases de su ciclo de vida, los medicamentos son parte fundamental del proceso de la atención en salud; y su acceso, del derecho fundamental a la vida. El costo y la demanda creciente, la complejidad del comercio a nivel nacional e internacional, los derechos de propiedad intelectual y la necesidad de una regulación que garantice la seguridad del producto, crean un

escenario dinámico que impone desafíos constantes a los países, en pos de asegurar el acceso a medicamentos de calidad y su uso racional.

Por otra parte, el aumento de las enfermedades crónicas y la presencia persistente de enfermedades infecciosas requieren que los países se encaminen a encontrar opciones de tratamientos más rentables y acciones más eficientes para garantizar el acceso. Entre estas últimas, se precisan estrategias innovadoras para mejorar el acceso a los medicamentos y fortalecer los sistemas de salud, con nuevas perspectivas que tomen distancia de las intervenciones fragmentadas y verticales (Emmerick, 2015).

Una vida mejor y una buena salud son elementos esenciales para la calidad de la vida cívica, la paz, la seguridad y la gobernanza. Es por ello que en un mundo globalizado y con constantes cambios en las relaciones de poder y la concentración de los intereses, el problema del acceso a los medicamentos requiere de respuestas en todos sus niveles (nacional, regional y global), lo que implica no sólo un desafío para los países, sino también para los distintos bloques regionales. Entre los temas que involucran la agenda de medicamentos, es posible observar los mecanismos de fijación de precios y la competencia, los precios diferenciados, estrategias de búsqueda y transparencia de la información sobre precios, la sustitución terapéutica, promoción de la competencia, políticas de genéricos, importaciones paralelas o licencias obligatorias, incentivo a las producciones públicas y a las compras conjuntas. Todas estas estrategias deben estar orientadas a garantizar la asequibilidad o acceso equitativo a un producto, y las organizaciones regionales desempeñan un papel clave en los diferentes niveles del proceso de políticas.

Este artículo de investigación parte de sostener como hipótesis que las políticas de acceso a medicamentos por parte de los organismos regionales pueden favorecer el surgimiento de una agenda regional con un en-

foque en el derecho a la salud, a la vez que constituirse en una herramienta en pos de la soberanía sanitaria. Asimismo, el rol y el efecto de presión que se ejerce en los distintos niveles de intervención pueden favorecer el surgimiento y consolidación de iniciativas que contribuyan al ejercicio de la salud como un derecho. En este marco, los organismos regionales devienen en actores centrales no sólo de la política exterior, sino también de la agenda de salud internacional.

Para el seguimiento de la hipótesis planteada, este trabajo retoma la experiencia del Consejo de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (en adelante, UNASUR) por su rol activo en materia de acceso a medicamentos y la impronta innovadora que ha planteado el bloque en torno a esta problemática en la agenda de salud regional. Este artículo busca, por un lado, describir las iniciativas en torno al acceso a medicamentos en el nivel regional. Por el otro lado, se propone analizar en qué medida estas forman parte de una agenda innovadora en materia de salud a nivel regional, con un foco en el derecho a la salud y la soberanía sanitaria.

El estudio se basó en un enfoque metodológico cualitativo, para el cual se aplicaron técnicas de recolección de información secundaria –análisis bibliográfico y de documentos oficiales– y de construcción de información primaria. Para este último punto, se retomaron los resultados de una investigación llevada a cabo en el año 2014 y 2015 para analizar las políticas de medicamentos impulsadas por este bloque¹. Durante esa investigación se realizaron entrevistas a referentes del campo de

1 El documento fue escrito con el apoyo del UK Economic and Social Research Council (ESRC), Grant Ref. ES/L005336/1, otorgado a Nicola Yeates y The Open University (<http://www.open.ac.uk/socialsciences/prari/>). El documento no refleja necesariamente las

la salud tanto regional como nacional (específicamente en Bolivia y Paraguay), representantes de distintos sectores como el Estado, la sociedad civil, la investigación y la academia. La muestra de entrevistas fue seleccionada a través del método bola de nieve. La investigación se centró en sus opiniones respecto de UNASUR, sus compromisos, políticas y prácticas vinculadas a la reducción de la pobreza y el derecho a la salud. Las entrevistas se analizaron a través de técnicas cualitativas y se trabajó en diferentes niveles: el nivel nacional, el regional y el global de las políticas de salud de UNASUR (específicamente, aquellas relacionadas con el acceso a la atención médica y a los medicamentos). Posteriormente, se realizaron entrevistas entre 2017 y 2019 para actualizar la información disponible. Se analizó el proceso de integración regional de UNASUR en relación con el acceso a los medicamentos, para el período 2009-2019, por dos razones principales: en primer lugar, debido a que el acceso inadecuado a los medicamentos constituye uno de los determinantes sociales de proceso salud-enfermedad y están siendo objeto de numerosas políticas regionales en materia de salud, desarrollo social y economía de la salud. En segundo lugar, porque es preciso discutir si las acciones de los bloques regionales como UNASUR, en materia de medicamentos, constituyen mecanismos innovadores no sólo de integración regional en salud, sino, de una nueva agenda de salud regional con un foco en la soberanía sanitaria y el derecho a la salud.

Esperamos que este artículo de investigación pueda servir de base a la discusión acerca del rol de los organismos regionales en la agenda de salud internacional y de cómo las políticas regionales pueden devenir en estrategias para ampliar los márgenes de la salud como un derecho, a la vez que contribuir a

fortalecer una mayor autonomía regional en el delineamiento e implementación de políticas sanitarias. Entendemos que esas políticas sanitarias deben estar basadas en las necesidades y capacidades locales, en pos de las mejoras en la calidad de vida de la población, en particular en relación al acceso a los medicamentos. En este sentido, buscamos contribuir a una comprensión más amplia del papel de las organizaciones regionales en términos del acceso a los medicamentos y del desarrollo de la diplomacia regional de salud para mejorar esa accesibilidad.

Políticas sociales y de salud: miradas innovadoras en la región

Como es sabido, en América Latina el neoliberalismo, con sus políticas centradas en el mercado y en la expansión del capitalismo, dio lugar a un mayor protagonismo de las agencias de ayuda internacionales, las instituciones financieras, las economías controladas por el Estado y las promesas de las economías abiertas (Riggirozzi y Tussie, 2012). Desde esta perspectiva se entendió a América Latina como parte de un sistema *americanizado*, que miraba al Norte y que postulaba el regionalismo a través los vínculos con la economía del otro hemisferio (Grugel, 1996). El regionalismo era visto como manifestaciones de órdenes mundiales, concebidas por la política hegemónica y modeladas por la necesidad de los países de participar eficazmente en la actividad global del mercado. La construcción regional se concibió como un proyecto fundamentalmente comercial.

A inicios del siglo XXI, el panorama regional fue volviéndose cada vez más complejo, desafiando la noción de regionalismo y la gobernanza liberal liderada por los Estados Unidos. Con base en el principio de nuevas alianzas, los nuevos líderes progresistas comenzaron a redefinir los contornos de la gobernanza regional. En este contexto, América del Sur se convirtió en una plataforma para el

opiniones de ESRC, Yeates o The Open University.

surgimiento de un regionalismo que incorporaría las dimensiones normativas de una nueva era e iría más allá de los patrones marcados por los Estados Unidos sobre integración comercial. El regionalismo "abierto", propio de la economía neoliberal y liderado por los Estados Unidos, perdió fuerza y dinamismo y se enfrentó con la re-emergencia gradual de nuevos nacionalismos en la región. En este proceso se fue produciendo una re-politización de la región que posibilitó el surgimiento de nuevas organizaciones políticas y proyectos regionales donde los Estados, los movimientos sociales y líderes comenzaron a interactuar construyendo un nuevo espacio regional (Franco y Di Filippo, 1999). En este escenario, se fueron redefiniendo los marcos de la gobernanza regional, y cada proyecto fue entrando en medio de conflictos y contradicciones, en visiones sustancialmente divergentes acerca de qué es el regionalismo y para qué sirve.

Más allá del énfasis comercial que impulsan los proyectos de integración regional, ese nuevo contexto político-económico en América Latina abrió espacio para la emergencia de nuevas articulaciones de políticas regionales que reclamaban, e incluso re-inventaron, principios de solidaridad y colectivismo regional que difieren fuertemente de anteriores proyectos regionalistas.

Las barreras de acceso a la atención médica y capacidad de adquirir los medicamentos se profundizaron, a la vez que aumentaba el gasto de bolsillo en salud, impactando más fuertemente en los sectores de la población de menos recursos (Laurell, 1993). En un contexto de aumento de las desigualdades sociales, inequidades en salud y la expansión de sectores excluidos de la población, la política social y la salud se convirtieron en una bandera para la mayoría los países de la región.

Esto, en términos de regionalismo, implicó dirigir la mirada hacia una agenda social a partir de un nuevo consenso regional que sostenía que los problemas sociales también

deben afrontarse a escala transnacional. Los organismos regionales se convirtieron entonces en actores privilegiados y la integración regional en una herramienta para la soberanía. La definición de distintas iniciativas de salud desde los organismos regionales de América del Sur da cuenta de este "giro social" en la economía política regional. Este contexto va a ser clave para entender por qué la salud comienza a ocupar un lugar privilegiado de la agenda de integración regional, convirtiéndose en el motor de las políticas sociales.

Pero la presencia de la salud en la agenda regional no es nueva. De hecho, cada uno de los procesos regionales, en las distintas etapas, delimitaron la salud como un área estratégica para la cooperación entre los países miembros. La Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) aprobaron agendas estratégicas con objetivos comunes en salud. Comunidad del Caribe (CARICOM), Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y UNASUR crearon grupos de trabajo y consejos ministeriales dedicados a la salud: el Consejo de Desarrollo Humano y Social, la Reunión de Ministros de Salud y Subgrupo de Trabajo (SGT11), el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y el Consejo Sudamericano de Salud (CSS), respectivamente (Teixeira, 2007). La Comisión Andina (CAN) y CARICOM avanzaron más en la institucionalización de sus instancias dedicadas a la salud con la conformación del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU) y de la Agencia Caribeña de Salud Pública (CARPHA), instituciones permanentes y con sede propia.

Finalmente, si bien la creación de una empresa transnacional de productos farmacéuticos y un centro regulador de medicamentos todavía son propuestas no implementadas de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América - Tratado de Comercio de

los Pueblos (ALBA-TCP), que ha impulsado iniciativas en esta dirección, muestran la importancia de la salud para este proceso de integración regional. Son distintas las formas de institucionalización y distintos los niveles de consolidación de cada uno de los proyectos de integración, pero lo destacable es que todos los procesos regionales poseen instancias dedicadas al tema de la salud. ORAS-CONHU, CARPHA y COMISCA tienen sede permanente. Inaugurada más de una década después de la creación del COMISCA, su secretaría ejecutiva está ubicada en El Salvador. UNASUR contaba con el ISAGS, instituto con sede en Brasil que fue creado por resolución del Consejo Sudamericano de Salud y cerrado en 2019. En el MERCOSUR hubo el intento de crear una instancia de salud permanente en 2008, el Observatorio de Sistemas de Salud.

En lo que respecta al Consejo Sudamericano de Salud de la UNASUR, el proceso de conformación es muy interesante y su estructura muestra aspectos innovadores en la agenda de salud regional, con un enfoque en el derecho a la salud. Este consejo fue el segundo consejo en ser creado en UNASUR, en 2009, como un espacio desde el cual construir la integración en salud y enfrentar los desafíos del escenario global (Coitiño, 2013; Herrero y Loza, 2017). La posibilidad de consolidar una postura regional en la escala global explica por qué para UNASUR se vuelve esencial el trabajo en salud como una herramienta hacia un desarrollo autosustentable. La posición de los países de UNASUR en relación a la salud se consolidó desde el Consejo de Salud como una causa regional ante la influencia externa y las acciones de los donantes y los organismos internacionales. Distanciándose de las posturas asumidas por proyectos regionales anteriores, UNASUR plantea acciones en salud desde un enfoque de políticas sociales, enmarcado, en sus inicios, en un contexto político y económico diferente. El Consejo de Salud de UNASUR representa, desde su creación, una

de las áreas más dinámicas de cooperación regional del bloque. Ha tomado como bandera el derecho a la salud y la promoción de sistemas de salud universales aparece como uno de sus objetivos principales.

A lo largo de las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, quedó manifiesta una cuestión de identidad regional donde UNASUR parecía extender la causa “dependencia o integración” también al campo de la salud. La importancia de la salud en las políticas regionales fue resaltada por varios entrevistados. Incluso la mayoría de los entrevistados, representantes de los distintos sectores reconocieron que hay un discurso muy fuerte en la región en torno a la salud como derecho (una de las principales banderas de UNASUR). Se destacó el hecho de que el Consejo de Salud haya sido el segundo en constituirse desde la creación de UNASUR, una semana después de la firma del acuerdo de UNASUR en Brasilia. Así, el Consejo de Salud de la UNASUR se convirtió en un sitio donde las nuevas prácticas redefinieron la cooperación regional con un propósito social.

El hecho concreto es que cuando crearon la UNASUR, crearon la estructura y los dos primeros consejos que fueron creados fue el Consejo de Defensa, y el segundo fue el Consejo de Salud. Porque el área de salud ya tenía un trabajo en la gestión de muchos años. Primero por la OPS, después por el MERCOSUR, después por el tratado de la cuenta amazónica. Salud ya tenía un trabajo interpaís, bueno, malo, pero se había hecho un trabajo. Como ya existía una masa en movimiento fue ordenado como Consejo de Salud de UNASUR (AL02, entrevista personal, 2015)².

2 En este trabajo respetaremos el anonimato de los y las entrevistados/as ya mencionados, reproduciendo la codificación original de entrevistas propuesta por el proyecto en el que

El Consejo de Salud de UNASUR está compuesto por los ministros de salud de los doce Estados miembros del bloque regional. La estructura del grupo está integrada por un comité coordinador en el que participan representantes de todos los ministerios, cinco Grupos Técnicos (en adelante, GT) y seis Redes Estructurantes. En 2010, el Consejo de Salud estableció un plan de trabajo bajo el nombre de Agenda Sudamericana de Salud, plasmada luego en el Plan de Trabajo Quinquenal 2010-2015. El Plan Quinquenal presentó los ejes de trabajo que guiarían las acciones de los GT y del Consejo en general: 1) Vigilancia y respuesta en salud; 2) Desarrollo de Sistemas de Salud Universal; 3) Acceso universal a medicamentos; 4) Promoción de la salud y acciones sobre los determinantes sociales; 5) Desarrollo de recursos humanos en salud.

El Plan Quinquenal operacionalizaba objetivos sobre los que se han trabajado acuerdos, a la vez que reflejaba las prioridades definidas por los ministros de Salud de los países del bloque y los GT. Cada GT contaría luego con presupuesto asignado que puede destinarse a proyectos específicos como el que este trabajo analiza, el Banco de Precios de Medicamentos. Un pilar fundamental del Consejo de Salud de UNASUR sería el ISAGS, inaugurado en julio de 2011. Se trató de un centro de investigación estratégica que busca hacer disponible para la toma de decisiones, evidencia relevante para la gestión en salud. ISAGS promovía la formación de recursos humanos a partir del intercambio y la gestión de conocimiento.

Además de reunir representantes nacionales para la construcción de una posición regional, el Consejo de Salud ha mostrado avances en la negociación dentro de los foros multilaterales a los que se ha llevado un posicionamiento regional. Estas acciones muestra-

ron la capacidad del Consejo de generar las condiciones para el desarrollo de una nueva diplomacia global en salud y fortaleciendo la toma de decisiones geopolíticas en el escenario internacional (Riggiozzi, 2012; Herrero y Loza, 2017). La formulación de una postura regional para las negociaciones políticas en los foros globales es el aspecto más destacado por los y las especialistas consultados en nuestro trabajo de campo. Desde 2010 el Consejo de Salud de UNASUR ha participado de la Asamblea Mundial en Salud, estableciendo un marco histórico para la representación de la región en el escenario de la salud global (Faria, Giovanella y Bermúdez, 2015).

Los posicionamientos que los representantes del Consejo de Salud llevaban a la escena global eran producto de un largo proceso de trabajo previo que tiene lugar en reuniones presenciales y virtuales. Los encuentros presenciales del Consejo de Salud tenían lugar en sus reuniones ordinarias (realizadas en los primeros semestres de cada año, usualmente en abril) y extraordinarias, así como en los encuentros de su Comité Coordinador. Hasta julio de 2015 y desde su creación, el Consejo de Salud de UNASUR realizó ocho reuniones ordinarias (Faria, Giovanella y Bermúdez, 2015). Las reuniones de los Grupos de Trabajo y las promovidas por ISAGS, así como los encuentros que se producían entre representantes nacionales en eventos internacionales, también funcionaban como espacios para la discusión sobre los temas alrededor de los cuales se elaboraron los posicionamientos regionales a llevar, por ejemplo, a la Asamblea Mundial de la Salud.

Los posicionamientos en tanto bloque eran percibidos por los países como herramientas fundamentales para la negociación en la escena global. El trabajo de campo realizado nos permitió observar que, para los países, la oportunidad de postular una posición como bloque era asociada a la posibilidad de ser tenidos en cuenta en las discusiones sobre salud

la investigación se ha enmarcado (PRARI/ESRC).

global (Herrero y Loza, 2017). Uno de nuestros entrevistados, que había trabajado en el Ministerio de Salud de Bolivia, sostuvo que: “No es lo mismo ir sólo a la Asamblea General de la OMS que ir como miembro de un bloque político regional” (BO06, entrevista personal, 2015). Esta percepción apareció de forma frecuente en nuestros informantes, que observaron que el valor agregado de UNASUR refiere a la reducción de las asimetrías entre los países al habilitar un mayor poder de negociación.

Por ejemplo, en este caso Colombia tiene una preocupación nacional de desabastecimientos de medicamentos esenciales, lo lleva al foro regional planteando que esto podría abrirse en varios países de la región... porque los sistemas más o menos de la región están pasando por ese tema, esa etapa como esa. Entonces la reunión de ministros toma el tema y lo primero que hace, se elabora una declaración, con la intención de en el mediano plazo de generar una discusión en los niveles que tengan que discutirse (AL07, entrevista personal, 2015).

El campo de la salud se constituyó para UNASUR como un espacio de integración regional a la vez que un marco para la promoción de derechos desde un enfoque de universalidad y equidad. Mientras que los organismos regionales tradicionales u organismos multilaterales han seguido una estrategia para abordar la salud, pero se han centrado en una enfermedad por la enfermedad (Harman, 2011), UNASUR promueve un movimiento hacia la cooperación horizontal y las políticas transversales. En este contexto, las políticas de UNASUR vinculadas al acceso a la salud buscaban no abordar enfermedad por enfermedad según modelo tradicional (Herrero y Loza, 2017). Incluso aun cuando eran incipientes, el bloque buscó generar iniciativas para desempaquetar los determinantes sociales de la salud, la promoción de las escuelas de salud pública

y los sistemas universales de salud (Giovannella, 2015).

El primer valor agregado es que lo que se adopta viene de la mano de la decisión de los países, no de la decisión de organismos internacionales. Los países terminan asumiendo posiciones más políticas (...). La diferencia con UNASUR que le interesa debatir el Sistema Único de Salud, la política en general, debatir el tema de la salud internacional como política y, al mismo tiempo, debatir cuáles son los determinantes epidemiológicos, de una epidemia cuáles son los factores que llevan a que una epidemia o una patología o un evento, deba ser tomado como un hecho obligado de intervención (AL04, entrevista personal, 2015).

De este modo, al desafío sanitarista y redistributivo, UNASUR agregó el desafío político diseñando estrategias regionales en pos de un mejor acceso a medicinas mediante negociaciones internacionales en bloque y mejoramiento de la capacidad humana e industrial en Sudamérica.

Acceso a medicamentos, integración regional y derecho a la salud

En el escenario internacional, las propuestas e iniciativas relativas a la distribución de medicamentos cuentan con una larga historia. La Asamblea Mundial de Salud emitió la resolución WHA 28.66 en 1975, en la que reconoce la necesidad de trabajar para el diseño de políticas dirigidas a la producción y distribución de medicamentos, que pudieran cubrir necesidades concretas de las personas. Se determinaba en la resolución que los Estados recibirían asistencia técnica de la OMS para la implementación de políticas farmacéuticas nacionales que incluyeran investigación, reglamentación, gerencia y vigilancia de medicamentos. También se apoyaría a los países en la selección y adquisición de medicamentos considerados esenciales, a un costo razonable y que cumplieran estándares de calidad. Oliveira resume

la situación muy claramente: “Este evento y el mandato conferido a la OMS por la citada resolución marcan la entrada del medicamento en la agenda internacional de la salud pública, reconociendo su importancia como un insumo esencial para las acciones de salud pública” (2008: 5). El auge de la investigación en la industria farmacéutica desde mediados del siglo XX favoreció la incorporación de un amplio espectro de medicamentos a la práctica médica y sanitaria, generando enormes ganancias para la industria y la inclusión del gasto en las agendas domésticas. En ese entonces, la preocupación radicaba en la producción de medicamentos confiables, de calidad y accesibles a la población.

Esta etapa abrió una discusión profunda y sostenida hasta el presente, respecto de estrategias de intervención para la ampliación del uso de medicamentos en la población. Comenzaron a debatirse las políticas nacionales de medicamentos, siempre bajo la asesoría de la OMS. Los avances técnicos y políticos en materia de medicamentos caracterizaron a las décadas siguientes. A fines del siglo XX, las políticas de medicamentos se reorganizaron en torno a la aparición de la epidemia del VIH: emergieron los programas de VIH dependientes de los Estados y se ampliaron las acciones por la provisión de medicamentos. Brasil quedó instalado desde entonces como un caso paradigmático en el proceso de lucha por el acceso a medicamentos y su reconocimiento como un derecho humano. El Programa Nacional de VIH de Brasil implementó el acceso universal y gratuito a todos los medicamentos necesarios al tratamiento de la infección por el VIH y sus consecuencias en 1996. Además de la reducción de la prevalencia y las muertes por VIH en la población, esta política produjo efectos directos en la industria farmacéutica, ya que bajaron los precios de los medicamentos (Olivera, 2008).

Con relación al acceso a los medicamentos, Velásquez *et al.* (2006) resaltan la defini-

ción expuesta en la Declaración de la Conferencia Ministerial de Doha de la Organización Mundial del Comercio (OMC), firmada en noviembre de 2001, a través de la cual se reconoce “que los medicamentos no son sólo una mercadería más y deben ser diferenciados de las otras invenciones con la finalidad de proteger la salud pública” (Velásquez *et al.*, 2006: 89). Esta definición marca un punto decisivo en la discusión sobre el acceso a la salud pública, ya que separa a los servicios de salud y, en especial, a los productos farmacéuticos, de otros asuntos comerciales.

Podemos coincidir con Hunt y Khosla (2008) cuando afirman que las políticas nacionales de medicamentos funcionan como pautas para la acción, en tanto enmarcan las acciones de la industria farmacéutica privada y demás agentes públicos. Así, las políticas nacionales de medicamentos establecen pautas para el intercambio con pares a la vez que construyen una base de entendimiento regional o transnacional. Las primeras intervenciones nacionales sobre medicamentos instalaron la promoción del acceso a los mismos y su uso racional. La importancia de estos avances radica en que a la gravedad del acceso a los medicamentos y del gasto en medicamentos se suma la variación de precios entre países. Ambos factores reproducen y profundizan las inequidades existentes. Es por ello que se han producido diversos avances en materia de acceso a medicamentos, desde los distintos organismos regionales de integración. Destacamos acciones precedentes a las de UNASUR de organismos como el ORAS CONHU, MERCOSUR o ALBA en torno a la reducción de las barreras para la compra conjunta, el establecimiento de Bancos de Precios, Observatorios, iniciativas en torno a políticas de genéricos y producción pública de medicamentos (ORAS CONHU, 2009; Tobar y Sanchez, s/f). En nuestro trabajo de campo surgieron las referencias a esos antecedentes, no sin críticas a la superposición de esfuerzos:

Todas persiguen lo mismo. MERCOSUR quiere hacer una política de acceso a medicamentos. UNASUR está luchando con el tema de falsificación, espurios y etiquetado de medicamentos y todo lo que es acceso y observatorio de precios. ORAS CONHU está avanzando un poco más, porque ya hemos visto el observatorio de precios. Entonces llega un momento en que yo creo, y siempre lo hemos visto así desde el 2011, que todos deberíamos unirnos. Porque estábamos en el tema de promoción ética, ORAS CONHU lo ha hecho y UNASUR está avanzando en eso; uso racional de medicamentos, el ALBA tiene la política de medicamentos en la cual hemos participado activamente y en sus ejes son los mismos ¿no? Entonces todo nos lleva al tema de acceso (BO04).

W: Todas persiguen lo mismo. MERCOSUR quiere hacer una política de acceso a medicamentos. UNASUR está luchando con el tema de falsificación, espurios y etiquetado de medicamentos y todo lo que es acceso y observatorio de precios. ORAS CONHU está avanzando un poco más, porque ya hemos visto el observatorio de precios y hemos, pero lo mismo. Entonces llega un momento en que yo creo y siempre lo hemos visto así desde el 2011, que todos deberíamos unirnos, porque estábamos en el tema de promoción ética, ORAS CONHU lo ha hecho, UNASUR está avanzando en eso, uso racional de medicamentos, el ALBA tiene la política de medicamentos en la cual hemos participado activamente y en sus ejes son los mismos ¿no? Entonces todo nos lleva al tema de acceso.

UNASUR ha ido desarrollando redes temáticas regionales y grupos de trabajo basados en países del bloque, impulsando iniciativas de trabajo conjunto entre los países miembros, conduciendo y diseminando investigaciones específicas para profesionales de la salud y tomadores de decisión; apoyando la vigilancia en salud y, además, liderando estrategias regionales para la producción y comercialización de

medicamentos (Riggirozzi y Yeates, 2015; Yeates y Riggirozzi, 2015; Herrero y Loza, 2017). UNASUR ha desarrollado un área específica de trabajo en la temática de medicamentos, en particular a través del Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (GAUMU).

Las páginas siguientes se centran en la creación de un Banco de Precios de Medicamentos con alcance regional, promovido por UNASUR. Se trata de uno de los proyectos centrales del Consejo de Salud, que cuenta con partidas presupuestarias propias y con objetivos vinculados a la investigación y la cooperación intrabloque.

Política regional en medicamentos: ¿una herramienta de soberanía en salud?

El primer posicionamiento que la UNASUR llevó y defendió como bloque a la Organización Mundial de la Salud (OMS) estuvo vinculado a los derechos de propiedad intelectual sobre el acceso a medicamentos, denunciando el monopolio que ejercen las empresas farmacéuticas especialmente en la definición de precios. Una de sus primeras acciones consistió en la presentación del posicionamiento del bloque acerca de los precios de medicamentos y las acciones monopólicas de los grandes laboratorios, en el marco del encuentro de la OMS en 2010 (Riggirozzi, 2014; Faria, Giovanella y Bermúdez, 2015). En 2010, se presentaron otras dos resoluciones de posicionamiento regional, relacionadas con el tema de los medicamentos y el tema se mantuvo como una constante en las resoluciones siguientes que presentó UNASUR como bloque en las ediciones de la Asamblea Mundial de Salud.

En 2009, un año más tarde de la creación del UNASUR y el Consejo de Salud, se había conformado el Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (en adelante, GAUMU) a través del Acuerdo CSS 01/09, con el objetivo de discutir políticas regionales en el tema. El trabajo del Grupo se concen-

traba en la coordinación de las capacidades productivas de los países y en la promoción de la investigación y la producción de medicamentos. También se propuso trabajar en políticas de precios y en la mejora de la selección y el uso racional de los insumos, en vistas a la reducción de las barreras al acceso universal a través del intercambio de información. Un objetivo central del GAUMU era el desarrollo de una propuesta para una política sudamericana de acceso universal a medicamentos, considerando las capacidades productivas existentes que serían mapeadas y a partir de acuerdos sobre las necesidades de los países del bloque.

El GAUMU es responsable del proyecto de creación de un Banco de Medicamentos para el bloque regional, iniciativa que se plasmó en la resolución 09/2009 de la UNASUR firmada en Guayaquil, que explícitamente reconocía la existencia de barreras que impiden el acceso a medicamentos a amplios sectores de la población. Dicha resolución afirmaba que: “El acceso a medicamentos e insumos estratégicos son parte esencial del derecho a la salud, un derecho fundamental de todo ser humano y requisito esencial que debe ser garantizado por los gobiernos” (UNASUR, 2009: 1). Más adelante, la Resolución 9/2009 de UNASUR ha sido criticada en tanto no explicita objetivos específicos, aunque plantea la inequidad existente en el acceso a medicamentos en los países de la región, así como su relevancia en el camino al derecho a la salud (Kingah y Ooms, 2015).

En la Resolución 40 del año 2012, el Consejo de Ministros de UNASUR da cuenta de la aprobación de dos proyectos vinculados a la iniciativa del GAUMU, en el marco de los fondos destinados a las Iniciativas Comunes. Las propuestas habían sido elevadas por el Grupo Técnico y el Consejo de Salud al Consejo de Delegados, para ser luego presentadas ante el Consejo de Ministros que aprobó su financiación. La Resolución 40/2012 afirma destinar fondos por USD 300.000 a un

mapeo de capacidades regionales de producción de medicamentos y poco más de USD 100.000 a la creación del Banco de Precios de Medicamentos (UNASUR, 2012). Por su parte, el informe de UNASUR sobre el estado de situación de estas iniciativas desarrollado en 2013, menciona que los proyectos aun no habían iniciado y detalla una reducción presupuestaria para el mapeo (ahora a cargo del ISAGS) y un aumento de presupuesto de un 50% para el Banco (UNASUR, 2013). En mayo de 2014, durante la séptima reunión del GAUMU desarrollada en Buenos Aires, se discutieron los proyectos vinculados a Iniciativas Comunes, incluyendo la base de datos de precios de medicamentos y el mapeo de las capacidades productivas regionales. ISAGS y GAUMU se comprometieron a liderar estas iniciativas. El proyecto de mapeo de precios y capacidades productivas iniciaba con un diagnóstico de las políticas de medicamentos desarrolladas por bloques regionales como MERCOSUR, CAN, CARICOM y ALBA. El análisis de iniciativas regionales y subregionales buscaba servir para sostener decisiones estratégicas sobre medicamentos y mejorar así los sistemas nacionales de salud y el acceso a la salud de las poblaciones. En uno de los boletines semanales de ISAGS del 2016, se publica la búsqueda de un equipo de consultores que lleven adelante el mapeo de capacidades de producción de alimentos (ISAGS, 2016).

El Banco de Precios de Medicamentos representa una iniciativa concreta de políticas regionales sobre medicamentos. Por sobre todas sus acciones, busca asegurar el acceso equitativo a medicamentos que tengan calidad y eficacia asegurada, a la vez que intenta promover el uso racional de los mismos.

Eso nos permite ver, por ejemplo, que se yo, el medicamento X, Perú lo ha adquirido más barato o Bolivia lo ha adquirido; entonces qué hacer, qué mecanismos, cómo compramos con ellos, cómo adquirimos, cómo intercambiamos

medicamentos. (...) Entonces, cómo fortaleces a los otros países y de qué manera te beneficia (BO04).

La iniciativa fue saludada por los gobiernos integrantes del bloque regional, dando muestras de una postura compartida en torno a los precios que los países pagan por los insumos que compran. Las opiniones recuperadas coinciden con la percepción que recogimos en nuestro trabajo de campo acerca del valor de UNASUR como un proyecto político, que instala una manera de entender la realidad regional y la forma de intervenir en ella. El Banco de Precios de Medicamentos se planteó como objetivo central la generación de una lista de referencia de precios de medicamentos para los países que integran el bloque regional. Tener un claro mapa de los precios que los Estados pagan por los medicamentos les permitiría fortalecer su capacidad negociadora con los grandes laboratorios en los procesos de adquisición de medicamentos. La utilidad de la información compartida y uniforme se entiende en consonancia con las impresiones de los ministros de Salud que presentaron la iniciativa del Banco, con fuertes críticas a la fijación de precios que realizan los laboratorios a nivel internacional. En 2015, el ministro de Salud de la Argentina, Daniel Gollan, afirmó que los costos que los Estados pagan en medicamentos son fijados de manera discrecional, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los países y el nivel de emergencia.

Estas opiniones fueron vertidas en un taller realizado en agosto de 2015 en Buenos Aires. El taller fue organizado por el ISAGS y el GAUMU, con la presencia de delegaciones de diez países miembro del bloque además del secretario general, Ernesto Samper, y la consultora técnica sobre el Complejo Industrial y Regulación, Mónica Sutton. En el encuentro se debatieron propuestas para la construcción de la red de intercambio de información relativa a las compras de medicamentos. Además de

asegurar el acceso a medicamentos seguros y de calidad para las poblaciones de los países de UNASUR, se buscó establecer herramientas que faciliten la toma de decisiones.

El proyecto del Banco de Precios de Medicamentos estipula que la herramienta virtual a consolidar estará destinada a compartir información intergubernamental sobre compras de medicamentos. El listado de fármacos se desprenderá de las necesidades de los Estados participantes y, en etapas posteriores, se buscará aumentar el listado de medicamentos. Más allá de la creación de esta base de datos, lo que se buscará analizar es la capacidad pública y privada de producción de medicamentos en la región. En última instancia, se espera que el Banco de Precios de Medicamentos sea uno de los primeros pasos hacia la consolidación de una política regional de medicamentos que garantice su accesibilidad, cuidando la calidad y seguridad de los mismos.

Algunos avances importantes de esta iniciativa mostraron el sostenimiento de la voluntad de consolidar una política regional de compra de medicamentos. En noviembre de 2016, el Secretario General presentó el primer listado conteniendo treinta y cuatro medicamentos, esperando ampliar en los meses siguientes esa nómina a sesenta medicamentos. Este listado permitiría a los países miembros realizar acuerdos de compra conjunta y economizar recursos nacionales. Además, la base de datos del Banco de Precios de Medicamentos se presentó como una herramienta pública que permitiría a los ciudadanos consultar los precios a los cuales se les está vendiendo las medicinas (Nodal, 17/11/2016). La actual directora del ISAGS, Carina Vance, mencionó también en una entrevista de septiembre de 2016 que estaba en marcha la planificación de una compra conjunta de medicamentos para VIH y Hepatitis C, los cuales implicaban altos costos para cada uno de los países (Redacción Médica, 12/09/2016).

El Banco de Precios de Medicamentos de UNASUR aparecía como una estrategia centrada en la resistencia coordinada y activa hacia la fijación de precios de las empresas farmacéuticas, a la vez que busca tener un panorama claro de las capacidades productivas de la región en esta materia. Se esperaba que la información compartida permitiera a los países evitar discriminaciones en el establecimiento de precios y disminuir las asimetrías entre las empresas y los Estados, aun cuando las negociaciones se siguieran realizando de forma nacional antes que regional. La iniciativa de UNASUR en el tema de medicamentos parte de su base regional y busca impactar en los escenarios nacionales, mientras que la consolidación de su posicionamiento ante organismos internacionales confirma la capacidad de UNASUR de incidir en la diplomacia global.

En el caso por ejemplo de los medicamentos. Vuelvo al tema del desabastecimiento de Colombia. UNASUR fue a la asamblea a plantear que había que hacer algo, por ejemplo. Entonces la intención es llevarlo al escenario global para que de ahí surja una instrucción [...]. Entonces cuando llega arriba en el escenario global baja otra vez en términos de mandato. Entonces la OMS resuelve que para eso hay que mandar a los Estados a desarrollar mejorar las políticas de protección de los medicamentos esenciales. Entonces claro, los mandatos no son en ningún caso, ni de lo regional, ni de lo global obligatorios, porque ni UNASUR ni el sistema global tienen muchas veces herramientas de actuación para poder hacer cumplir mandatos, pero sin embargo eso van bajando en los distintos niveles en forma de planes de trabajo o planes regionales o mecanismos que proponen ciertas herramientas, y que promueven la cooperación tanto técnica como entre país... (AL07, entrevista personal, 2015).

Las iniciativas de UNASUR en Salud muestran que el bloque elaboraba las cuestiones relativas a medicamentos desde sus principios funda-

mentales, el derecho a la salud y el acceso universal. Partiendo de considerar a las barreras en el acceso a medicamentos como uno de los determinantes sociales de la salud, UNASUR ha propuesto algunos cambios estructurales vinculados a la soberanía en salud en la región y cuestionando esferas tradicionales de poder vinculadas a la industria farmacéutica. En el nivel global, observamos que UNASUR contribuyó a la construcción de una nueva forma de diplomacia en salud. Como ya lo mencionamos, uno de los primeros posicionamientos de UNASUR ante la OMS estaba vinculado con el impacto de los derechos de propiedad intelectual y las posiciones monopólicas en la industria farmacéutica en relación con la fijación de precios y los genéricos (Riggirozzi, 2014). Otra manifestación de acción colectiva se refleja en el compromiso de UNASUR de no comprar en la región medicamentos cuyos precios superaran los márgenes establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (en adelante, OPS) como una forma de prevenir que los intereses comerciales cobren ventaja de las situaciones de pánico e incertidumbre que generan las epidemias (Riggirozzi, 2014; Herrero y Tussie, 2015). Sin embargo, el punto más débil de este proceso refiere a la implantación de estrategias en el nivel nacional, ya que al no ser vinculantes las resoluciones de UNASUR no se ven reflejadas en cambios concretos o en políticas nacionales.

Yo creo que UNASUR les cuesta bastante reunirse. UNASUR es mucho más social, mucho más político, mucho más defiende los derechos, ¿no? ORAS CONHU es más técnico, hace normas, MERCOSUR también, MERCOSUR tiene su debilidad, pero también te hace normas. Entonces esa es la gran diferencia, es más técnico lo otro, ¿no?, pese que UNASUR también podría hacer normas, está en su plan hacer normas, pero es mucho más defensa de los derechos, defensa del acceso, defensa, ¿no? Entonces las normas son su base, y creo que

ahí se enriquecería bastante (BO04, entrevista personal, 2014).

En el análisis de la construcción de posicionamientos y resoluciones de UNASUR es posible ver los tres niveles en los que operaba este organismo y en los que se promovía también la emergencia, difusión e implementación de normas: nacional, regional y global. Las políticas regionales de salud también se difunden y reconstruyen del nivel nacional al regional, y viceversa, en un proceso de dos vías. El nivel regional de gobernabilidad actuaba como una bisagra que permitía la presentación coordinada de iniciativas mundiales. Esto es fundamental en términos de diplomacia sanitaria y el proceso de política regional. Una vez que las iniciativas surgían, algunas de ellas eran llevadas a la esfera mundial con el objetivo de promover temas específicos en la agenda internacional de salud. Al hacerlo, la UNASUR buscaba asegurar una voz en la salud mundial y obtener prominencia política en términos de diplomacia de la salud. Lograr una voz en la diplomacia global era central puesto que permitía la construcción de la identidad. En el tema de medicamentos, es posible observar el ciclo de normas y políticas que se desarrolla al interior de la región, desde la emergencia de resoluciones hasta la internalización de modificaciones en los sistemas nacionales de salud, lo cual contribuye a la construcción de una diplomacia regional de la salud. En el nivel regional, las acciones de UNASUR buscaban reducir las asimetrías entre los países que integran el bloque, fortaleciendo las capacidades productivas en la región y mejorando el acceso. La intervención de UNASUR en el tema del acceso a los medicamentos es un ejemplo de un tema que ha sido bien elaborado a partir de su base regional y es una de las intervenciones que confirman el papel de los nuevos organismos regionales en el desarrollo de normas en la escena global.

-E: Bien, ¿y cuál es la principal ventaja entonces que tiene UNASUR, a diferencia quizás a otros bloques, o que podría tener? ¿Cuál es ese potencial?

-W: Su mandato ante OMS. Su representatividad ante la OMS. La fuerza que tiene en el tema social, en el tema de defensa, ahí ya no eres ORAS CONHU, no eres nada, ahí te vas UNASUR, OMS y peleas por lo que quieras (BO04, entrevista personal, 2014).

La coordinación regional a nivel de circulación de información, pero la escasez de acciones conjuntas definidas a partir de esos datos, da muestras de las características propias de UNASUR y que pueden observarse en el funcionamiento del Consejo de Salud. Nuestro análisis documental y las entrevistas realizadas confirmaron el bajo grado de institucionalización existente en UNASUR. Tal como describimos algunas páginas atrás, el Consejo de Salud se basa en su Comité Coordinador y los Grupos Técnicos, que trabajan en el proceso de diseño y aprobación de las iniciativas que se presentan ante los Jefes de Estado. El proceso consistía entonces en instalar un tema, como el de los precios de los medicamentos y crear un espacio en el cual debatir alternativas. Las resoluciones que el Consejo de Salud lograba definir no eran vinculantes ante los escenarios nacionales de los países participantes. Sin embargo, estas resoluciones otorgaban visibilidad a las asimetrías que enfrentaban los países y planteaban propuestas para lidiar con ellas. Los Jefes de Estado firmaban su adhesión a acuerdos que permitía a los ministerios de Salud mover la agenda a nivel nacional, a la vez que incrementaban su poder de negociación dentro de las burocracias nacionales y el escenario internacional.

[Mapeo de precios de medicamentos] Son iniciativas que por más de que tengan un componente comercial muy fuerte, son iniciativas políticas que tienen o por lo menos se persigue lograr un mayor acceso o que la población ten-

ga un mejor y mayor acceso a reducir sus gastos. [...] Y son cosas que van marcando una visibilidad, un reconocimiento y eso en la medida que se vaya reconociendo obviamente son más tomadas en consideración en los niveles nacionales. Sabemos que es una estructura no supranacional definitivamente, no tiene el carácter normativo, pero sí tiene un rol político muy importante (PY02, entrevista personal, 2014). Donde se dio un cambio enorme es en la reglamentación en la parte de medicamentos. Todo lo que se hizo en la región obligó a Paraguay a ajustarse a los estándares de calidad. Entonces muchas empresas entraron en esto de las buenas prácticas. Antes nuestros laboratorios no se ajustaban a esto, pero sin embargo cuando se empezó a trabajar a través de MERCOSUR, UNASUR, entonces también para que se vendan los medicamentos y para que se puedan circular en la región, tenían que ajustarse a estas normas de calidad. Y en eso se dio un cambio muy grande (PY09, entrevista personal, 2014).

También se observaba una referencia fuerte al nivel nacional al intercambiar experiencias exitosas entre los países miembro o destacar el camino recorrido por alguno de ellos. ISAGS, por ejemplo, ha destacado la experiencia de Brasil y Perú en el desarrollo de sus propios bancos de medicamentos, así como el sistema de compras gubernamentales de Ecuador denominado “subasta inversa” (ISAGS, 2016).

...como el caso de unas acciones directas de los organismos de integración regional, no tiene por qué llegar al punto de negociación global para empezar a ejecutar acciones; ejemplo el Banco de Precios de Medicamentos (...) sobre eso los decisores de política van a tener que tomar decisiones, ese producto regional o esa acción regional, baja del ministerio en la persona de los directores de medicamentos de los que elaboran las compras públicas, etcétera, que van a tomar decisiones de por ejemplo, el dejar de comparar al proveedor que le compran, negociar de otra manera con los proveedores

de compras y distribuir un fondo más común, conjunto con países, recurrir a licitación o X cosas, pero van a tomar decisiones que van a impactar directamente, pero lo toman los países (AL07, entrevista personal, 2015).

Como hemos podido observar, en la cooperación entre países y los procesos de integración regional, la región fortalece y amplía su capacidad para negociar y defender sus intereses en espacios multilaterales frente al mercado y otras organizaciones internacionales y transnacionales, lo que genera una mayor autonomía de los países que pertenecen al proceso (Teixeira, 2007). Esto en materia de medicamentos es fundamental, no sólo por la importancia del acceso a los medicamentos en tanto derecho, sino porque pueden constituir un facilitador para ampliar los márgenes de las políticas en salud y fortalecer la integración regional en relación con la influencia de estos actores. De esta forma, como sostiene Teixeira (2007), este ejercicio de la soberanía, tanto de forma individual por parte de cada uno de los países que pertenecen al proceso de integración regional, como a nivel regional, desde el accionar de los organismos regionales, aumenta la capacidad de esos países para definir, con menos influencia externa, sus políticas de salud. Así, se incrementa el grado de soberanía sanitaria interna de los Estados Nacionales y el de la región en su conjunto, sobre todo para el accionar en el escenario global.

La salud también es, en sí misma, un campo privilegiado para construir soberanía externa, ya que sostiene espacios multilaterales continentales y globales para la negociación y el ejercicio de la soberanía, que otras áreas sociales no tienen. Así, estos procesos de integración regional con un foco en las políticas sociales y la soberanía sanitaria regional, fortalecen también las soberanías sanitarias nacionales de sus países miembros. Este doble ejercicio de la soberanía sanitaria interna y externa, establece un mecanismo de resistencia desde la región

a medida que refuerza la independencia y la autonomía en salud de los Estados para definir sus propias políticas (Teixeira, 2017).

Si bien UNASUR tuvo políticas muy recientes, considerando el período de conformación, observamos que los dos principales campos de acción de la soberanía sanitaria regional en ese bloque fueron el ejercicio de la diplomacia sanitaria en espacios multilaterales y el acceso a medicamentos. Esto confirma nuestra hipótesis inicial en cuanto a que los organismos regionales devienen en actores centrales no sólo de la política exterior, sino también de la agenda de salud internacional, y que el rol y el efecto de presión que ejercen en los distintos niveles de intervención pueden favorecer el surgimiento y consolidación de iniciativas que contribuyan al ejercicio de la salud como un derecho. En este marco, las políticas de acceso a medicamentos por parte de los organismos regionales, fortalecen el surgimiento de una agenda regional con un enfoque en el derecho a la salud, a la vez que se consolidan como una herramienta en pos de la soberanía sanitaria.

Conclusiones

Junto con el cambiante proceso de globalización, la agenda internacional de salud se ha vuelto cada vez más completa y compleja. Aunque la globalización parece desafiar las distinciones tradicionales entre los asuntos nacionales y los asuntos exteriores, el papel de los Estados soberanos sigue siendo central (Herrero, 2017). Los mercados y el comercio siguen de hecho fuertemente controlados por el mundo desarrollado, cuya influencia es visible en el mapa geopolítico de la salud internacional, donde las relaciones entre los Estados y las acciones de la diplomacia y la cooperación en salud se convirtieron en nudos críticos. Esto contribuye al surgimiento de un nuevo marco para la integración regional en salud, prácticas y métodos regionales innovadores y la implementación de nuevas estrategias para abordar las políticas regionales de salud. El re-

gionalismo representa hoy un conglomerado de proyectos comerciales, políticos y sociales que giran en torno a nuevos principios de solidaridad y autonomía regional y son una oportunidad para sincronizar la inclusión de políticas a múltiples escalas.

La constitución de la UNASUR se dio en un contexto muy particular de la región e implicó un nuevo espacio para la deliberación y la aplicación de políticas que comenzaron a surgir como alternativas al viejo regionalismo y como críticas al neoliberalismo y sus consecuencias en los países de la región. UNASUR surgió de la necesidad de recuperar la región y abrazó la solidaridad global, en lugar de la gobernanza liberal global y de las políticas económicas impulsadas por el mercado. En este sentido, lo que hizo a UNASUR particularmente interesante fue, en primer lugar, su visión del regionalismo y de la integración que construye a partir de acuerdos preexistentes (comerciales), específicamente el MERCOSUR y la Comunidad Andina, pero fortaleciendo nuevas áreas de la cooperación regional, más allá del comercio. El surgimiento de UNASUR constituyó entonces un caso interesante de estudio para analizar los cambios en la forma y el contenido de la gobernanza regional, producto de la nueva coyuntura política-económica y social en la región (Herrero y Tussie, 2015).

Los nuevos horizontes políticos de los países de América del Sur seguramente tendrán un fuerte impacto en la visión que los bloques de la región construyan y en la implementación de las iniciativas como las que describimos en este trabajo. Hasta aquí, la experiencia de UNASUR nos ha mostrado que el campo de la salud está ganando espacio propio en la región latinoamericana, y ello propició la posibilidad de reflexionar y construir nuevos conocimientos para la acción e incluso para generar políticas. Muchas de ellas marcan una ruptura con el campo tradicional de la salud internacional. Las nuevas estructuras se propusieron profundizar las relaciones intra-

regionales y persiguieron una nueva cooperación interregional sur-sur, que intentó incorporar parte de ese paradigma. Efectivamente, los organismos regionales como UNASUR, en tanto bloques políticos, han adquirido un rol fundamental en materia de políticas sociales, y ejercen un peso importante en la agenda de salud internacional. No sólo por la relevancia que tiene la salud en el escenario global, sino por la capacidad que tienen los bloques de incidir y empujar temas a las agendas políticas de decisión desde y hacia los distintos niveles. En el campo de los medicamentos, creando diversos mecanismos y estrategias en múltiples direcciones o sentidos de acción para ello.

Con el proyecto de creación de un Banco de Precios de Medicamentos, los países de UNASUR marcaron un fuerte posicionamiento en el escenario global, enmarcando sus acciones en la búsqueda del derecho a la salud para sus poblaciones. Si bien se trata de una tendencia que ha ido creciendo en la historia reciente, la iniciativa del mapeo de las capacidades productivas y la creación de la base de datos de precios de medicamentos podrían haber dado lugar al fortalecimiento de las industrias locales, así como a la posibilidad de negociación de los países en bloque ante la hegemonía del campo farmacéutico. Aun desde un presente que no deja seguridades sobre el futuro de la región, es posible afirmar que proyectos como los que aquí analizamos no pasarán desapercibidos para los sistemas de salud de los países de América del Sur.

Referencias bibliográficas

- Acuña, C., Marin, N., Mendoza, A., Emmerick, I.C.M., Luiza, V. L., Azeredo, T. B. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 35 (2): 128-35.
- Coitiño, A. (2014). *Análisis del fenómeno de los procesos regionales de integración en salud como actores emergentes de la diplomacia de la salud global: el caso UNASUR*. Washington D.C.: Informe PLSI.
- Emmerick, I., Vera, L., Bastos Camacho, L., Vielle-Valentin, C. y Ross-Degnan, D. (2015). Barriers in household access to medicines for chronic conditions in three Latin American countries. *International Journal for Equity in Health*. Vol.14, 1-14.
- Faria, M., Giovanella L., y Bermúdez, L. (2015). A UNASUL na Assembleia Mundial da Saúde: Posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Saúde Debate*. Vol. 39, Núm. 107, 920-934.
- Franco, R. y Di Filippo, A. (1999). (Comps.). *Las dimensiones sociales de la integración regional en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Giovanella, L. (Ed.). (2015). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS-UNASUR. Disponible en: <http://isags-una-sur.org/wp-content/uploads/2018/06/libro-isags-aps-suramerica.pdf>
- Gollan, D. (2015). *El medicamento y la especulación financiera*. Buenos Aires: La Página S.A. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-280093-2015-08-25.html>
- Grugel, J. (1996). *Latin America and the remaking of the Americas*. En A. Gamble and A. Payne (Eds.). *Regionalism and World Order* (pp. 131-167). London: Macmillan.
- Harman, S. (2017). *Global health governance*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Herrero, M. B. y Tussie, D. (2015). UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. *Global Social Policy*. 15 (3), 261-277.
- Herrero M. B. (2017) Moving towards a South-South International Health: Debts and challenges in the regional health agenda. *Revista Ciencia e Saude Coletiva*, 22 (7): 2169: 2174. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320170027&lng=pt&nrm=iso

- <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03072017>
- Herrero, M. B. y Loza, J. (2017). Building a regional health agenda: A rights-based approach to health in South America. *Global Public Health*. DOI: 10.1080/17441692.2017.1308536
- Hunt, P. y Khosla, R. (2008). The right to medicines. *Sur International Journal on Human Rights*. Vol. 5, Núm. 8, 99-115.
- ISAGS (2016). *Boletín semanal del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 24 de junio de 2016*. Disponible en: <http://www.isags-unasur.org/boletins.php?lg=2>
- ISAGS (2016b). *Inspira 2030*. Núm. 3, octubre de 2016. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_informe.php?ev=3475&lg=2
- Kingah, S. y Ooms, G. (2015). *Global constitutionalism in global health governance and regional responses: exploring African and Latin American compulsory license regimes*. Open University, Milton Keynes, UK (2015). [PRARI Working Paper 15-3] Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a9f7f6e5274a0f6c00004e/32_Global_constitutionalism_in_global_health.pdf
- Laurell, A. C. (1993). La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Saude soc*. Vol. 2, Núm. 2, 21-84. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901993000200003>.
- Oliveira, M. A., Osório-de-Castro, C. G. S. y Bermudez, J. A. Z. (2007). *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oliveira, M. A. (2008). *El medicamento en la agenda política global: de la regulación sanitaria al acceso universal*. Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde, Organización Panamericana de la Salud. Whashington: OPS.
- ORAS-CONHU (2009). *Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos / Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue - Política Andina de Medicamentos*. Lima: ORAS CONHU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) - Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *The World Medicines Situation*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). *Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C: OPS.
- Riggirozzi P. (2012). Acción colectiva y diplomacia de UNASUR Salud: La construcción regional a través de políticas sociales. *Documento de trabajo Núm. 63*. Buenos Aires: FLACSO Argentina.
- Riggirozzi, P. (2014). Regionalism through social policy: Collective action and health diplomacy in South America. *Economy and Society*. 43(3): 432-454.
- Riggirozzi, P. y Tussie, D. (Eds.). (2012). *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America*. Dordrecht: Springer.
- Riggirozzi, P. y Yeates, N. (2015). Locating regional health Policy: institutions, politics and practices. *Global Social Policy*. 15 (3): 212-228.
- Teixeira, M. F. (2017). O Conselho de Saúde da UNASUL e os desafios para a construção de soberania sanitária. *Tesis doctoral presentada ante la Fundação Oswaldo Cruz, Brasil*.
- Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud*. En O. Garay. (Coord.). *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*, (pp. 1-19). Buenos Aires. La Editorial La Ley.
- Tobar, F. y Sánchez, D. (s/f). *El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países de MERCOSUR*. Madrid. Fundación Carolina/Cealci. Disponible en: <https://www.fundacioncaro>

- lina.es/wp-content/uploads/2014/07/Avance_Investigacion_12.pdf
- UNASUR (2009). *Resolución 09/2009*. Disponible en: http://www.isags-unasul.org/it_biblioteca.php?cat=1&lg=2&bb=441
- UNASUR (2012). *Resolución 40/2012*. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb\[563\]ling\[1\]anx\[1677\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb[563]ling[1]anx[1677].pdf).
- UNASUR (2013). *Estado de situación Fondo de Iniciativas Comunes*. Disponible en: <http://www.unasursg.org/es/acciones-en-salud>
- Velásquez, G., Correa, C. y Balasubramaniam, T. (2006). *La OMS al frente de la lucha por el acceso a los medicamentos: el debate sobre los derechos de propiedad intelectual y la salud pública (89-106)*. En J. A. Z. Bermúdez y M. A. Oliveira (Eds.), *La propiedad intelectual en el contexto del acuerdo de la OMC sobre los ADPIC: desafíos para la salud pública* (pp. 89-106). Rio de Janeiro: Centro de Políticas Farmacéuticas (NAF)/ENSP/FIOCRUZ.
- Yeates, N. y Riggirozzi, P. (2015). Global social regionalism: Regional Organizations as drivers of social policy change. *Trabajo presentado en International Sociological Association RC19 Annual Conference, University of Bath, 26-28th August 2015*.
- el-banco-suramericano-de-precios-de-medicamentos/
Redacción Médica, septiembre de 2016: “Se viene compra conjunta de medicinas para VIH y hepatitis C”. Disponible en <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/se-viene-compra-conjunta-de-medicinas-para-vih-y-hepatitis-c-88607>.

Para citar este Artículo de investigación:

Herrero, Ma. B. y Loza, J. (2020). Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud (2009-2019). *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 181-200.

Notas

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 28 de agosto de 2015: “Ponen en marcha proyecto para la creación del Banco de Precios para Medicamentos de la UNASUR”. Disponible en http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2817:ponen-en-marcha-proyecto-para-la-creacion-del-banco-de-precios-para-medicamentos-de-la-unasur&catid=6:destacados-slide2817
- Nodal, noviembre de 2016: “El secretario general de la UNASUR presentó el Banco Suramericano de Precios de Medicamentos”. Disponible en <http://www.nodal.am/2016/11/el-secretario-general-de-la-unasur-presento->