

ACTA RESUMEN XIV REUNION EXTRAORDINARIA MINISTROS DE SALUD DE LOS PAISES SIGNATARIOS DEL CONVENIO HIPOLITO UNANUE

Cochabamba, Bolivia, octubre 22 y 23 de 1998

En la reunión central del día 23 de octubre de 1998, bajo la presidencia del Doctor Guillermo Cuentas Dávila, Ministro de Salud de Bolivia, participaron en la XIV Reunión Extraordinaria los señores Ministros de Salud de Colombia, Doctor Virgilio Galvis; el Ministro de Salud de Perú, Doctor Marino Costa Bauer; el Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, Doctor José Félix Oletta; el Subsecretario de Salud de Chile, Doctor Alvaro Erazo; la Representante del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Doctora Tatiana Neyra; el Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue, Doctor Juan Luis González Reyes; con la presencia del Secretario Ejecutivo Adjunto del Convenio, Doctor Esteban Silva Cuadra; la representante de la Comunidad Andina de Naciones, Doctora Mónica Rosell y la Asesora Jurídica del Convenio Hipólito Unanue, Doctora Nancy Yáñez. Asimismo, estuvieron presentes, por la República de Cuba, el Embajador en Bolivia Señor Raúl Barzada Navas; por la República de Chile, el Cónsul de Chile en La Paz, Embajador Adolfo Carafi y los Asesores del Ministerio de Salud, Doctor Patricio Seguel y Doctor Rolando Zúñiga; por la República Federativa de Brasil, el representante del Ministerio de Salud, Doctor Expedito Luna; por la República del Perú, los representantes del Ministerio de Relaciones Exteriores, Doctor Marco Balarezo y del Ministerio de Salud, Doctor Pablo Augusto Meloni; por el Ministerio de Salud de Bolivia, los Asesores del Ministerio de Salud, Doctor Tito Chacón González y el Doctor Cirio Zabala y, por el Ministerio de Salud de Colombia, el Doctor Santiago Cómez, Director de Cooperación Internacional.

Dando inicio a la reunión, el Ministro de Salud de Bolivia informó que el tema de la convocatoria era la Reforma de los Instrumentos Jurídicos del Convenio Hipólito Unanue y solicitó al Secretario Ejecutivo del CONHU hiciera una exposición al respecto.

El Doctor Juan Luis González, Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue dio cuenta de las proyecciones y actividades realizadas desde el inicio de su gestión, haciendo un resumen de las características del Convenio, de la carencia de recursos financieros, falta de pago de la cuota-país, de las funciones superpuestas entre los órganos del Convenio, de los muchos y poco claros objetivos que no permitían el avance de las gestiones.

Se refirió también al Taller Técnico de Coordinación que se realizó en Caracas en marzo de 1997 y a la XIII Reunión Extraordinaria de Lima, en la que, por unanimidad, se acordaron los nuevos objetivos y modernización del Convenio. Informó del desarrollo del eje Fronteras Saludables como nueva estrategia de integración y de la consecución de recursos del sector privado provenientes de MICROSOFT y la Agencia de Cooperación de Taiwán para la puesta en marcha de la iniciativa Intranet Andina en Salud.

Se reseñó el eje de integración con el bloque MERCOSUR, en cuyas reuniones viene participando el Convenio desde julio de 1997 y puso en conocimiento de los Señores Ministros la comunicación del Ministro de Salud del MERCOSUR sobre la reunión a efectuarse el 19 de noviembre en Brasilia. Otro eje que se trabajó fue con la Unión Europea, para cuya coordinación fue de vital importancia el apoyo de los Embajadores de los países miembros.

Respecto a la vinculación con organismos de cooperación técnica y financiera, se refirió a las gestiones realizadas por el Convenio ante el BID para el financiamiento de la Intranet Andina en Salud por US \$ 200,000, cuyo apoyo y respaldo solicitó a los Ministros; al aporte de la CAF para el financiamiento del Proyecto Fronteras Saludables; al Acuerdo de Cooperación con el Convenio Andrés Bello para el perfeccionamiento académico de los profesionales de los países miembros, en el que dijo solo había 8 becarios.

Sobre la Propuesta de Planificación Cuatrienal, sancionada en la XXI REMSAA de Bogotá, informó que en vista de no haberse recibido información de los países, la Secretaría Ejecutiva había elaborado un documento de propuesta que fue entregado a los Ministros.

Reiteró la necesidad de que los países cumplan con el pago de la cuota país ya que la condonación de la deuda se había efectuado con cargo al cumplimiento oportuno de los pagos. Señaló que se había reducido la planilla de funcionarios para hacer más ágil y eficiente la labor del Convenio, quedando sin embargo problemas laborales por resolver.

Este, dijo, era un recuento sintético y sumario de la labor de 18 meses, explicando la necesidad urgente y perentoria de reformar los instrumentos jurídicos del Convenio, para lo cual se había cumplido con presentar el Proyecto elaborado por la Comisión designada por Resolución REMSAA XXI/355; informó, asimismo, que con la Decisión de los Cancilleres de adscribir el Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración y proponer reformas en Quito el 10 de agosto de 1998, se busca modernizar y hacer más eficiente al Convenio como elemento importante para la salud de los pueblos.

Finalmente, anunció la presentación de informes jurídicos por parte de la Doctora Nancy Yáñez por el Convenio Hipólito Unanue y de la Dra. Mónica Rosell por la Comunidad Andina de Naciones.

El Doctor José Félix Oletta, Ministro de Salud de Venezuela lamentó no haber tenido a tiempo el documento elaborado por el Secretario General de la Comunidad Andina de Naciones que había sido distribuido, ya que indicó que si el 11 de noviembre se reúnen los Cancilleres para sancionar la reestructuración, la REMSAA tendría que decidir en esta sesión y que los documentos a ser vistos constaban de ayuda memoria, exposición de motivos, el reglamento de organización y funciones y las alternativas entre el Convenio.

El Doctor Marino Costa Bauer, Ministro de Salud del Perú solicitó al Secretario Ejecutivo del Convenio explicar el procedimiento en relación al documento de la Comunidad Andina de Naciones.

El Doctor González informó que se habían sostenido reuniones informales entre el Convenio y la Comunidad Andina con relación al tema de la adscripción y la consiguiente propuesta de reforma encomendada al Secretario General de la Comunidad Andina por el Consejo de los Cancilleres en la Decisión 445, que éste se encontraba actualmente a cargo de las Cancillerías de los países miembros y que la REMSAA era muy importante, ya que los países consultarán y esto hará más participativa la decisión. Lamentablemente, explicó, la propuesta definitiva fue enviada el día de ayer para ser distribuida a los señores Ministros, lo que no permitió tener el tiempo suficiente para que los Ministros la estudiaran en detalle.

Seguidamente la Doctora Nancy Yáñez, Asesora Jurídica del Convenio, hizo una exposición respecto al proceso de reestructuración y una retrospectiva de los antecedentes porque era relevante. Dijo que en la XIII REMSAA de Lima se acordó generar un proceso de reforma y reestructuración del Convenio, para lo cual se convocó a una Comisión de Expertos, encargándose al Perú efectuar la convocatoria en 30 días. Perú convocó pero sólo un país respondió. Cuatro meses después convocaron su asesoría jurídica que se tradujo en el informe presentado a la XXI REMSAA Ordinaria de Bogotá.

Dicha propuesta planteó dos niveles:

- a) modificar los instrumentos del Convenio para una reestructuración de fondo en lo específico: eliminación de órganos que mediaban entre los Ministros de Salud y el Convenio
- b) modificar los reglamentos para potenciar algunas facultades de la REMSAA y de la Secretaría Ejecutiva. Esta alternativa era menos radical, pues no elimina órganos.

Posteriormente, en la REMSAA de Bogotá, por Resolución REMSAA XXI/355 se designó la Comisión encargada de estudiar la propuesta, la misma que se distribuyó a los países miembros. No se recibieron observaciones y ese era el documento que los convocaba.

Manifestó que en la reunión de la Comisión de Lima no se establecieron acuerdos sino se consignaron las opiniones de los participantes, sus dimensiones y concordancias. Sin embargo, este documento no logra satisfacer los requerimientos de modernización para hacerlo más ágil y eficiente.

Respecto a la opinión de que esta propuesta pretendía modificar el Protocolo que regía el Convenio, explicó que las modificaciones que se proponían eran:

1. Se modificaba el nombre del Comité de Coordinación por el de Comité de Representantes Alternos, sin hacer cambios fundamentales.
2. Se proponía a la Secretaría Ejecutiva como órgano asesor de la REMSAA en priorizar las políticas para el logro de los objetivos.
3. Se cambiaba de nombre a las Comisiones Asesoras.

La debilidad de la reforma estaría en que la modificación del Protocolo implicaba un largo procedimiento, pues ella requería de ratificación en cada Parlamento de los países signatarios del Tratado.

Por un lado dijo, existía la propuesta de la Comisión y por otro lado, se produjo la adscripción del Convenio al Sistema Andino de Integración el 10 de agosto de 1998 por el Consejo Andino de Cancilleres, lo que llevaba a demostrar que había coincidencia en la necesidad de reestructurar el CONHU para modernizarlo. Dio como ejemplo el caso de la propia Comunidad y del MERCOSUR.

Informó que el Convenio se había contactado con la Comunidad para colaborar en una propuesta de reforma de los instrumentos jurídicos del Convenio para hacerlo más eficaz en su funcionamiento dentro del Sistema Andino de Integración.

Reiteró la concordancia entre ambas propuestas, la de la Comisión y la de la Comunidad Andina, resumiendo la reformulación de las funciones y atribuciones de los órganos del Convenio en los siguientes términos:

1. Fortalecer el rol político y plenipotenciario al órgano REMSAA. Se reducen de 90 a 60 días los plazos de convocatoria a la REMSAA.
2. Replantear el rol del Presidente de la REMSAA, de director de debates a un rol de representación y coordinación.
3. Eliminar las figuras de Relator General y Prosecretario de las reuniones por ser el sistema de reuniones actual engorroso.
4. Mantener el quórum de sesiones, públicas y reservadas.
5. Eliminar las figuras de Comisiones de Trabajo por ser repetitivas de las Comisiones Asesoras y Grupos de Trabajo.

Un segundo aspecto de la propuesta, en términos generales explicó, buscaba dar facultades políticas técnicas de alto nivel a los órganos; fortalecer el rol del Comité de Coordinación en la forma de Alternos con la incorporación de Viceministros, lo cual era concordante con el Sistema Andino de Integración, para no duplicar funciones y mantener las de implementación de acciones en seguimiento de las decisiones de la REMSAA. Se simplificaba el funcionamiento del Comité de Coordinación y se hacía más coherente y claras las funciones del Presidente.

Un tercer aspecto de la propuesta era el de potenciar al órgano ejecutivo para un adecuado funcionamiento de la REMSAA y agregar funciones al mandato general. Respecto a la

complementariedad de funciones, se potenciaba el rol técnico político de la Secretaría Ejecutiva.

Un cuarto aspecto que se había considerado, era reformular el rol de las Comisiones Asesoras, que según el Protocolo Adicional eran equipos "ad hoc" para conocimiento y proposición en materias específicas. Actualmente funcionan como órganos permanentes con facultad para establecer subcomisiones asesoras. Dijo que era importante contar con asesorías específicas y con los expertos que fueran necesarios de acuerdo al tema a tratar. En el sistema actual, dijo, eran de carácter más político que técnico. En la propuesta las Comisiones Asesoras, eran prerrogativas de la REMSAA para apoyo a la toma de decisiones.

En conclusión, la propuesta buscaba desafectar al CONHU de órganos que no tenían funcionamiento, eliminando la duplicidad y superposición de funciones, mediatización y burocracia actualmente existente.

Seguidamente la Doctora Mónica Rosell, Asesora Jurídica de la Comunidad Andina de Naciones, dio una visión sobre el texto elaborado y presentado por la Comunidad Andina respecto de la reforma estatutaria así como del funcionamiento del Sistema Andino de Integración.

Explico que la creación del SAI respondía a la idea de establecer un sistema de instituciones y órganos cohesionados, debido a que los órganos actuaban antes aislados. Los problemas que afrontaban eran: duplicidad de funciones, mediatización, ineficiencia y redundancia en costos. Así señalo la idea de eficiencia y eficacia para la creación del Sistema.

Se crearon varios órganos, tales como el Consejo Presidencial, órgano político de máxima instancia; la Comisión, órgano normativo con capacidad de emitir normas que primaban sobre los países a la que podía acudir cualquier ciudadano para cautelar sus derechos, sin necesidad de mecanismos de ratificación congresal, cuyas decisiones eran acatadas de inmediato. Este, dijo, era el mejor valor agregado. El fin que se buscaba era utilizar estos vasos comunicantes entre los órganos que corresponden a la racionalidad del sistema.

Dijo que la integración era un tema multitemático y que las relaciones económicas influían en estos temas, así como habían las siguientes Comisiones: La Comisión, conformada en forma tripartita. Una modalidad era la de Cancilleres, que daba cohesión. Dijo que el Presidente del Consejo era quien presidía la reunión de los órganos del Sistema. Otra modalidad era la Comisión conformada por los Ministros de Industria y Comercio (plenipotenciarios). Una tercera modalidad era la Comisión Ampliada que sesionaba con los Ministros Sectoriales para tratar políticas sectoriales: agricultura, transportes, salud. Aquí se reunían los Ministros de Agricultura, Transportes, etcétera.

La Secretaría General dijo que era el órgano autónomo ejecutivo con capacidad decisoria que aplicaba en los países y que tenía el monopolio de las decisiones. La Secretaría General y la Comisión mantenían relaciones fluidas y era la Secretaria General la que tenía las iniciativas que se presentaban, ello debido a la seriedad y prestigio del que gozaba la Secretaria General.

En este esquema explicó que habían otros dos órganos: el Tribunal de Justicia y el Parlamento Andino. El Tribunal, expresó, era el órgano que resolvía las controversias en legislación comparada, órgano jurisdiccional que decidía sobre las decisiones y resoluciones de los países. El Parlamento era el órgano deliberante que facilitaba las iniciativas parlamentarias entre los órganos nacionales.

La Propuesta de la Comunidad Andina buscaba facilitar las relaciones del Convenio, producto de la adscripción, con los demás órganos de la Comunidad.

Informó que por mandato de la Decisión 445, la Secretaría General debía presentar en la siguiente reunión del Consejo Andino de Cancilleres una propuesta de adscripción y reestructuración del Convenio, las mismas que obraban en poder de los Ministros: el anexo 1 correspondiente a la adscripción y en el anexo 2, la reestructuración. Explico que para ellos el concepto de reestructuración no estaba relacionado en el sentido de implicar reforma a tratado o protocolo sino recomposición y reformulación de funciones de los órganos existentes. Este era el sentido del segundo anexo elaborado sobre la base de textos constitutivos, redefinición de funciones y composición. La Secretaria General se baso para elaborar la propuesta en documentos de los informes de las REMSAA's informes de la Secretaria Ejecutiva e informes básicos y su normatividad, en cuya estructura la Secretaría General vio como saturación de funciones que contrastaban con las del Sistema Andino de Integración que eran simples y sencillas, donde los órganos tienen una sola instancia: La Secretaría, Comisión; Parlamento y Comisión tienen una instancia única y simplificada. La relación entre el órgano Secretarial General y la Comisión era directa y no mediatizada. Dijo que con ese modelo existía sinergia y se retroalimentaban.

Al resolver los puntos políticos los Viceministros, siendo las reuniones de carácter expeditivo y rápido. Dos capacidades tenía y se conjugaban en esta Comisión: técnica y política, por lo que consideraron adecuado subir el nivel de su composición en la propuesta. A pesar de que los Viceministros al igual que los Ministros cambiaban, sin embargo, a pesar de los cambios dijo que había permanencia y continuidad para el funcionamiento de la Comisión. Dijo que era la Comisión una institución con sentido mas allá de las personas. Jurídicamente no existía, sino de facto, sin reglamento, pero que operaba bien.

Resumió que el anexo 2 del documento se planteaba una simplificación administrativa profunda y la consiguiente desburocratización de los órganos del Convenio, con el objetivo de dar agilidad a su funcionamiento y también para la disminución de costos; que la Secretaría General preparó la propuesta y serían los Cancilleres quienes decidirán. Ellos harán las consultas internas en sus respectivos países. Por lo tanto, primero ellos habían enviado el texto a los Cancilleres, porque ese era su mandato y para asegurar mayor transparencia del acto, fue remitido a la REMSAA. El Secretario General estaba abierto a las sugerencias para lograr lo que aspiraban tanto el CONHU y la CAN.

El Ministro del Perú agradeció la información proporcionada y solicitó diagramar la estructura actual y la propuesta, puntualizando los cambios en la funciones, para ver hacia donde va la propuesta.

El Doctor Virgilio Galvis, Ministro de Salud de Colombia, se sumó a este pedido, añadiendo que, de acuerdo a la nueva estructura del CONHU, debía adecuar su normatividad a la que tiene la CAN cambiando el período de mandato del Secretario Ejecutivo a 4 años.

La Doctora Rosell manifestó que conforme la iniciativa legislativa, el Convenio funcionaba como órgano supranacional. Chile con la adscripción al Sistema Andino de Integración, SAI, en el caso de la propuesta, primero debía compatibilizar el texto, el cual se aprobaba en Comité – luego en REMSAA y esta decisión vale para todos los países andinos, bastaba con la Decisión que era vinculante. Los países miembros adoptaban la decisión del SAI.

A continuación diagramó la estructura del SAI y las relaciones entre sus órganos:

- **SISTEMA ANDINO DE INTEGRACIÓN**
 - Consejo Presidencial Andino, que dirige la política
 - Consejo Laboral
 - Consejo Empresarial
 - Corporación Andina de Fomento
 - Comisión Ordinaria
 - Convenio Hipólito Unanue, CONHU

- Parlamento
- FLAR
- Secretaría General
- Tribunal de Justicia, órgano jurisdiccional
- Consejo Ampliado, representantes permanentes
- Consejo de Cancilleres, relaciones externas
- Universidad Andina Simón Bolívar, órgano académico.

Estos órganos se reunían bajo la Presidencia del Consejo de Cancilleres. Cada órgano tiene autonomía.

Para la toma de decisiones, informó que tiene tres órganos:

1. El Consejo de Cancilleres toma decisiones por consenso y sanciona por mayoría simple que publica en La Gaceta, lo que es ley para los cinco países.
2. La Comisión Ordinaria.
3. La Comisión Ampliada Sectorial. La Secretaría General emite normas y hace el proyecto de propuesta de Decisión. La Propuesta es el texto definitivo que la Secretaría General presenta a la Comisión y lo canaliza a las tres instancias anteriores.

El Ministro del Perú preguntó si el Secretario General de la CAN tiene la prerrogativa de sancionar, a lo que la Doctora Rosell informo que si tenia esta prerrogativa dada la supranacionalidad de la CAN, en cambio el CONHU no hizo un paralelo con el SAI poniendo por ejemplo al Perú, donde dijo que existían tres poderes el Poder Ejecutivo, que vendría a ser la Secretaría General; el Poder Legislativo, que serían los tres órganos del SAI; y el Poder Judicial, que seria el Tribunal Andino; o sea que el SAI reunía en sus tres órganos los tres poderes.

La Secretaría General también legislaba por facultad delegada por la Comisión, por funciones propias taxativas o por vía de reglamento por encargo de la Comisión. El Convenio Hipólito Unanue teni capacidad de decisión en la REMSAA.

El Ministro de Colombia planteó la necesidad de la simultaneidad de las reuniones del CONHU con las de la CAN para hacer más dinámico el Convenio. Señaló que era un problema para los países que están en el SAI ya que se retrasarían en la toma de decisiones.

Al respecto, la Doctora Yáñez aclaro que la propuesta sólo requería de la decisión de la REMSAA.

La Doctora. Rosell manifestó que el planteamiento de la independencia no era discutible porque el CONHU ya estaba adscrito. Esto se podía hacer en la reestructuración que planteaba la CAN. Dio como ejemplo el caso de la armonización de políticas de medicamentos, que en el proceso de coordinación y consultas para un texto consensuado se produjeran dos documentos, uno en formato REMSAA y otro, la Decisión de la Comisión. En este caso, si se trataba de un país andino lo que resolviera la Comisión era un mandato, sino era así, se tenía que incorporar a su legislación.

El Ministro de Venezuela señaló la importancia del proceso en la toma de decisiones, lo que fluía a través de la Comisión Ampliada en el sentido que produjera insumos para que la Comisión tomara la decisión final. Opinó que no creía que la Comisión Ordinaria tomara decisiones, por ejemplo, de Medicamentos sino a través del CONHU. Resaltó la idea de la Comisión Ordinaria, la Comisión Ampliada y la REMSAA como órgano ejecutor de las políticas de salud.

El Ministro de Salud del Perú señaló que había pensado en dos planes, uno de visión y otro de comprensión que ya había sido cumplido. De lo que se trataba en esta reunión era de entender

la propuesta para el tratamiento del Convenio y del qué iba a pasar respecto de su estructura. En cuanto a sus funciones, cómo se engranarían con la CAN, lo cual era un impacto determinante.

El Doctor Alvaro Erazo, Subsecretario de Salud Chile, preguntó sobre el flujo de decisiones en el que había algunos aspectos que serían ampliamente discutidos. Expresó que veía mucha fortaleza en el ámbito de la cooperación y la integración de salud y se preguntó el por qué de las atribuciones, competencias y niveles de decisión política de la REMSAA al adscribirse el Convenio.

En cuanto a las limitaciones o debilidades mencionó:

1. La adscripción ha supuesto eventualmente delimitación de autonomía, en cuanto a la direccionalidad política (instancia presidencial) hay que volver a nivel de países que no están en el sistema.
2. Efecto jurídico, que está en la exposición de motivos, subordinación en lo jurídico, porque la resolución de la CAN era mandatoria. En compensación, tenían las fortalezas que estaban en la Comisión Ampliada con la REMSAA que se conjugaban. En cuanto a Chile, dijo que no había problema porque no votaba, ya que no era parte de la Comunidad.

La Doctora Tatiana Neyra, Representante del Ministro de Salud del Ecuador, preguntó si la facultad de la Comisión Ampliada era facultativa u obligatoria.

El Ministro de Colombia preguntó cómo se concatenaba el que los Cancilleres y la REMSAA se reunieran paralelamente.

La Doctora Yáñez informó que debía elaborarse un documento de entendimiento.

El Ministro de Venezuela opinó que la fortaleza era que la Comisión Ampliada había generado un efecto vinculante con el Sector Salud. Puso como ejemplo el silencio administrativo para el caso de fármacos.

El Ministro del Perú preguntó si los términos de adscripción estaban definidos y si la autonomía del Secretario General alcanzaba a las decisiones de la REMSAA.

La Doctora Rosell informó que los términos de adscripción aún no estaban definidos y que el Secretario General era autónomo.

El Subsecretario de Chile expresó que esta decisión va a requerir aprobación en el Parlamento de Chile. Preguntó por el ámbito de competencia de la REMSAA que ha generado inquietud en cuanto a puntos focales y de contacto, al ámbito de resolución técnica, y al rol de la Comisión, si era comercial o internacional.

La Doctora Yáñez manifestó que había que separar dos situaciones. El CONHU, dijo, era un tratado ratificado en plena vigencia y operación, que se mantenían las facultades de sus órganos que estaba trabajando en Salud. Por otro lado estaba el SAI que ya en otras situaciones ha tomado decisiones en materia de salud. La ventaja actual dijo era institucionalizar lo que en la práctica se daba. Que se potenciaba la implementación política de las decisiones REMSAA.

La Representante de Ecuador preguntó que pasaba si la REMSAA tomaba una decisión que no fuera aceptada por la Comisión Ampliada.

La Doctora Rosell puso como ejemplo que el Presidente de la Comisión, que era actualmente la Ministra de Comercio de Colombia, solicitaba, por ejemplo, que se reuniera la Comisión

Ampliada para tratar un asunto sectorial, ésta se conformaba con los titulares de la Comisión y dos Ministros de Sector correspondientes a cada uno de los países y que las decisiones era políticas.

El Ministro de Colombia pidió se le informe acerca de si la REMSAA se reunía hoy, llevaba la propuesta y la Comisión la cambiaba, qué pasaría con los países que no pertenecían al SAI?

La Doctora Rosell informó que los textos que se presentaban siempre eran consensuados.

El Ministro de Colombia opinó que de acuerdo a lo informado, en caso de que Chile no estuviera de acuerdo, el documento se devolvería hasta que estuviera consensuado.

La Representante de Ecuador expresó su preocupación por esta situación y sugirió que se convocara a la Comisión Ampliada con la presencia de los Ministros de Salud del Area Andina.

La Doctora Rosell explicó los vasos comunicantes de la CAN. Para el derecho internacional, lo importante dijo era el país, la relación política. El éxito de la función dependía del grado de cohesión política al interior de los países.

El Ministro de Bolivia expresó que eran parte del SAI, estaban adscritos y ello implicaba perder competencias de decisión política, pero el país no perdía debido a la integración que implicaba también una subordinación jurídica. Dijo que se incorporaba el tema de competencia complementaria al interior de la Comisión. Puso como ejemplo el tema de registro de medicamentos (silencio administrativo) en el cual, el Sector Salud ha estado ausente de las decisiones que afectaban al Sistema. En esto, era una ventaja el ser parte del SAI. Pero quedaba pendiente estudiar qué decisiones se perdían al interior de la Comisión. Solicitó a la Asesora Jurídica del Convenio una explicación sobre lo que hacía cada una de las instancias que asciende o disminuye en funciones y competencias.

Luego de un receso, la sesión se reinició a las 4:00 pasado meridiano

La Doctora Yáñez continuó la explicación sobre la estructura actual y la propuesta, de la REMSAA, órgano directivo y del Comité de Coordinación, como órgano político del más alto nivel, cuya función es canalizar y coordinar propuestas de la REMSAA en lo técnico y político.

En cuanto a los cambios en el Reglamento, explicó que se introducían cambios en la lógica, se continuaba con el programa de temas, votación en plenaria, comisiones de trabajo, acta, informe final. El programa de temas provisionales del reglamento y en la propuesta dijo que estaba en el Protocolo, así como el Informe del Secretariado Ejecutivo, Informe del Comité de Coordinación y los temas propuestos, presupuesto anual, elección del Secretario Ejecutivo, fecha de la próxima reunión, informe final, funciones del Presidente, quién ordena el debate.

Dijo que la propuesta planteaba reducir plazos para convocar a la REMSAA Ordinaria, estableciéndolo en 60 días en vez de 90. Esto era para hacer el procedimiento más ágil y mantener la temporalidad de las decisiones consultadas a la REMSAA. Se reducía el plazo para convocar a la REMSAA Extraordinaria. Se definían las atribuciones de la REMSAA que no estaban señaladas en el Reglamento sino sólo en el Protocolo, dando como ejemplo la aprobación de los instrumentos jurídicos; así como incluir las resoluciones de los órganos de la CAN. Las decisiones canalizadas a través del SAI por lo que había que coordinar con la Comunidad. Se garantizaba la participación de los Ministros de Salud y su participación en la Comisión Ampliada. Las funciones, dijo, eran las mismas que el Protocolo Adicional. Manifestó que se modificaba en cuanto a las funciones del Presidente de la REMSAA como representante de la Reunión ya que se esclarecía que el Ministro Presidente de la REMSAA del país sede seguirá en funciones hasta la próxima REMSAA Ordinaria.

El Ministro de Bolivia propuso que se incluya que debe ser el Presidente de la Reunión Ordinaria quién continuará en funciones hasta la siguiente reunión, pidió que se incluyera la palabra "Ordinaria".

El Secretario Ejecutivo acogió la idea de que hubiera reuniones adicionales virtuales vía la red Intranet Andina en Salud, haciendo referencia a la propuesta sugerida por el Ministro de Salud de Venezuela, Doctor José Félix Oletta.

El Doctor Meloni se refirió al Protocolo Adicional, Capítulo II, sobre el Comité de Coordinación y dijo que debió haberse convocado antes de la REMSA y que no se había efectuado.

Al respecto, la Doctora Yáñez explicó que estaba en la propuesta que el Comité de Coordinación debía reunirse una vez antes de la REMSAA y dos veces al año. Seguidamente, continuó dando lectura a la propuesta desde el artículo 9 al 21 sobre quórum de asistencia, votación y desarrollo de las sesiones.

El Ministro de Bolivia hizo referencia a que el Comité de Coordinación era a nivel de Viceministros.

El Ministro de Colombia propuso que, como los Viceministros no tenían necesariamente competencia técnica, se pudieran nombrar técnicos especialistas por cada país, de acuerdo a la agenda específica de cada REMSAA, ya que esto permitiría que en esas reuniones participen quienes tengan competencias técnicas específicas.

La Doctora Yáñez manifestó al respecto que la propuesta consideraba para ello a las Comisiones Asesoras. El nivel del Comité, dijo, era más alto en cuanto a rango.

La Representante de Ecuador preguntó si el Comité Coordinador tomaba decisiones políticas o técnicas. Ella consideraba que eran técnicas y en la REMSAA políticas.

La Doctora Yáñez dijo que el nivel político era mayor nivel.

El Ministro de Perú manifestó que si los Viceministros iban a discutir lo decidido en la REMSAA, entonces, opinaba, iba a ser igual el nivel que el de los Ministros.

El Ministro de Venezuela dijo coincidir con el Ministro del Perú y que las funciones políticas no debían ser delegadas, porque eran complejas dentro de la operatividad de los Ministerios de Salud. Dijo que si era técnico el nivel del Comité, debía de cumplir con esa función y no estaba de acuerdo con el perfil que debía desarrollar.

El Subsecretario de Chile dijo que existía el riesgo de que asistieran sólo Viceministros a todas estas reuniones, que son una solución a problemas que arrastraban de tipo político administrativo. Refirió cómo los Ministros de Salud eran los que sancionaban y traían, de acuerdo a la agenda, las propuestas técnicas funcionales con sus equipos. Manifestó un problema de capacidad técnica y trajo a colación que la Decisión 445 había sido firmada por los Alternos con nivel de Viceministros. Dijo que el Ministro decidía y que si el Ministro se inhibía, el Viceministro también lo hacía y que había que buscar una instancia técnica, como una Secretaría Técnica Ampliada de alto nivel de especialización, para resolver la agenda.

El Ministro de Colombia coincidió con lo expresado por el Viceministro de Chile.

El Ministro de Bolivia propuso que, como el Ministro y Viceministro se alternaban en la REMSAA, el Comité Técnico estuviera compuesto por técnicos especialistas en cada área que se definiera previo a la REMSAA.

La Doctor Rosell informó que la propuesta de los Ministros de Salud iría con la del Secretario General para consideración de los Cancilleres. Específicamente la propuesta relacionada con el Comité de Coordinación al margen de la composición de Alternos. Tomó nota respecto a que fueran profesionales técnicos los que integren el Comité de Coordinación, así como las opiniones vertidas en cuanto a la pérdida de autonomía, a pesar de ser sometidos a la voluntad del Secretario General, así como al Comité ampliado. Manifestó que éste era el procedimiento que se había establecido y por ello se presentaba la propuesta, que aclaró, no era pérdida de autonomía.

El Ministro de Colombia señaló cómo en lo que se estaba acordando, podría haber pérdida de autonomía al estar sometidos a la voluntad del Secretario General así como al Comité ampliado. Manifestó que éste era el procedimiento que se había establecido y por ello se presentaba la propuesta, que aclaró no era pérdida de autonomía.

El Ministro de Venezuela también señaló que si el Convenio perdía autonomía, entonces la REMSAA no tenía sentido al no poder definir reglamentos internos.

El Ministro de Bolivia manifestó que si los Ministros no podían decidir qué miembros integraban el Comité de Coordinación porque lo decidía otra instancia, la REMSAA Extraordinaria no tenía sentido.

La Doctora Yáñez explicó que la propuesta debía ser consensuada por los Miembros de Salud y que así iba a enviarse a la Secretaría General. Aclaró que el Convenio debía su existencia a un Protocolo firmado y ratificado por los Gobiernos de los países miembros.

El Ministro de Venezuela preguntó hasta qué punto las decisiones de la Secretaría General eran vinculantes para el Convenio porque se estaban tomando decisiones que eran vinculantes.

El Secretario Ejecutivo expresó que el documento presentado era una proposición y que si los Ministros le daban el mandato al Secretario Ejecutivo, él podía exponer la posición de los Ministros de Salud ante la Comunidad.

La Doctora Rosell manifestó que estaba tratando de ver las reacciones de los Ministerios, que la Secretaría General tenía que ser persuadida y se iban a tomar en cuenta las opiniones vertidas. Lo que iba a enviarse a los Cancilleres eran ambos textos: el de los Ministros de Salud y el del Secretario General. Dijo que el Secretario General estaba supeditado a sus propios órganos y no a la REMSAA y que el Sistema Andino de Integración esperaba un sistema ágil y eficiente con la adscripción del CONHU. Explicó el procedimiento respecto al texto sin haber pérdida de autonomía ni subordinación, sólo transparencia de procedimientos.

A este aspecto, el Ministro del Perú solicitó aclaración en cuanto a que en el anexo 1 artículo 2, segundo párrafo, se hacía referencia a un Memorando de Entendimiento suscrito por la Secretaría Ejecutiva del CONHU con la Secretaría General de la Comunidad Andina, preguntando si había sido así, si es que ya estaba firmado este documento; si no había sido así, creía que no debería ser revisado pro otra instancia, tratando de que no hubiera discrepancia. Propuso hacer una resolución.

El Doctor Juan Luis González aclaró que no existía ningún Memorando de Entendimiento suscrito por ambas Secretarías, sino que sólo habían intercambiado cartas con criterios a trabajar sobre la adscripción del Convenio.

El Ministro de Colombia dijo que no estaba de acuerdo con la lógica del Pacto Andino, y pidió que si no se conocían todas las temáticas de salud, el Secretario General de la CAN no podía decidir sobre las resoluciones de los Ministros de Salud.

La Doctora Rosell aclaró que ellos no cuestionaban la composición del Comité de Alternos.

El Ministro de Perú manifestó que si no estaba establecida la vinculación entre la Secretaría General de la CAN y el CONHU no podría aceptarse la propuesta y solicitó colocar el texto de entendimiento que era mucho más técnico.

El Ministro de Perú manifestó que el memo de entendimiento debía ser aprobado por los Ministros de Salud.

La Doctora Rosell expresó que el Memo de Entendimiento era un mecanismo de consulta y dijo que estaba recogiendo las posiciones e interpretaciones que eran valiosas.

La Doctora Yáñez explicó el trabajo de la Comisión designada por la REMSAA, de la necesidad de establecer una articulación como consecuencia lógica de las discusiones. Lamentó no haber podido entrar a los análisis y concluyó señalando que las resoluciones de la REMSAA era lo importante.

El Ministro de Venezuela dijo que los Ministros estaban trabajando en forma esquizofrénica, que el documento de convocatoria era para tratar el documento enviado por la Comunidad Andina. Que había discrepancia entre lo manifestado por la Asesoría Jurídica de la CAN y la Secretaría Ejecutiva. Que estimaba extraordinario que trabajaran en conjunto, sin embargo no creía que era la forma de fortalecer el CONHU, habiéndole sorprendido recibir esos textos, que dada su amplitud y extensión no podían verlo en esa reunión. Entendía que la Secretaría General había tomado los textos de la Secretaría Ejecutiva como vistos por los Ministros y no creía pudiera ser validado por los Ministros. Que querían expresarlo y sancionarlo pero como voluntad política propia. No queremos que el Secretario General se lleve la idea de que lo hemos validado, sino que tenemos observaciones; y esa tarde se ha debido de discutir el Anexo N° 1. Pidió que los Ministros vieran el artículo 41 de la propuesta de la CAN, donde estaban aceptado todo. Propuso ser cuidadosos y leer dicho artículo, proponiendo tener un documento antes del 11 de noviembre con una opinión de los Ministros de Salud y revisar el artículo 1° de la propuesta.

El Ministro de Bolivia expresó que no creía que se podría resolver sobre el documento y solicitó la opinión del Secretario Ejecutivo sobre esta decisión.

El Ministro de Colombia propuso 1) que el Comité Coordinador fuera técnico y b) revisar la composición y las atribuciones del Comité.

El Secretario Ejecutivo explicó que la idea fue dar mayor dinámica y técnica de trabajo al Comité Coordinador.

El Ministro de Bolivia pidió orientación al Secretario Ejecutivo sobre esta temática.

El Ministro de Colombia preguntó cuando realizó la Asesoría Jurídica del Convenio y su informe, a lo que se le respondió que en enero de 1998.

El Secretario Ejecutivo Adjunto explicó y resumió los documentos trabajados que componen la discusión: Informe de la Asesora Jurídica, Informe de la Comisión designada por la REMSAA en la que no hubo modificación estructural de órganos. Aspiraban a replantear los órganos del Convenio. Del Convenio dijo, era un Tratado Internacional y la opinión de los Ministros era decisiva, así como lo que resolvieran era de la mayor importancia en tanto son Plenipotenciarios, autónomos de tomar las decisiones más allá del rol de los Cancilleres.

Se podía tomar la decisión en esta reunión o no y existían mecanismos de consulta por las Cancillerías sobre el tema sectorial. Los Ministerios de Salud tenían la facultad de modificar o

no, en forma autónoma, todos y cada uno de los aspectos relacionados con el Tratado Hipólito Unanue.

La Doctora Rosell expresó que era positivo hacer debates y estaban en la etapa previa a una Decisión, ofreciendo volver al gráfico de la CAN, cuya estructura dijo, era un círculo y lo de que se trataba era de llevar un documento consensuado y el interés era tener un órgano ágil, con interrelación circular, no subordinación sino diálogo.

El Subsecretario de Chile expresó compartir con Bolivia que todos eran responsables y había una trascendencia histórica: la adscripción de todos los puntos en materia de Integración Andina por Decisión 445; y un proceso de análisis crítico en cuanto a institucionalidad. Opino que era para mejorar, pero aparecía un texto con restricciones, amenazas que dificultaban el entendimiento directo.

Había necesidad de tener decisiones políticas pero se había mezclado lo técnico y lo político; era un paso histórico y entendía había dos procesos: uno interno, de reforma de instrumentos jurídicos y otro externo, de adscripción al Sistema Andino de Integración. El proceso requería que las autoridades de salud tuvieran la facultad de tomar decisiones competencia de los Ministerios de Salud. Era lamentable que se dijera como se valida este proceso, porque tendrían un conflicto con nuestros países, en especial con Chile, que tiene este problema como valor agregado y era necesario el análisis crítico en materia de competencias jurídicas.

Se podría decir con una actitud autocrítica que no estamos dispuestos a integrarnos y no desburocratizar adecuada e integradamente. Sin embargo, dijo, hay un problema político con dos desafíos: la integración que es estratégica y fundamental. No tenemos dificultad, dijo, en integrarnos y participar en la Comisión Ampliada de la CAN. Finalmente solicitó que en esta reunión las decisiones políticas no vulneraran al CONHU y respaldar a la autoridad sanitaria, haciendo un llamado a que se entendiera la posición de la autoridad sanitaria que tiene facultades para la toma de decisiones, porque era la capacidad de los Ministros de Salud respecto a sus reglamentos hacerlo.

El Secretario Ejecutivo aclaró que el motivo de la reunión fue revisar la propuesta de la Comisión y el documento de la Comunidad recién llegó ayer y no podía ser visto y aprobado de por sí. Estuvo de acuerdo con el Subsecretario de Chile en que nadie podía obligarlos a aprobar este documento ya que era decisión de los Ministros de Salud.

El Ministro de Colombia dijo entender que el documento de la Comunidad era un documento de propuesta y opinaba que era demasiado el poder decisorio del Secretario General de la CAN sobre el Sector Salud.

El Ministro de Perú opinó que había sido positiva la exposición de la CAN respecto al CONHU y en esta reunión no se iba a resolver. Había mucho por analizar y planteó un esbozo de la Resolución REMSAA en cinco puntos:

- 1) Aprobación clara del proceso de incorporación a la CAN, como paso histórico trascendente para el CONHU, como elemento de integración.
- 2) Por razones de tiempo no se había terminado de analizar y requería ser analizado por la Asesoría Jurídica de los Ministerios de Salud; que no superara los estatutos, instancia que podía ser analizada por el Comité de Coordinación
- 3) Que la propuesta no podía ser vinculante porque no ha sido aprobada por la REMSAA
- 4) Convocatoria de la próxima REMSAA Ordinaria donde se aprobarían los textos modificados y Entendimiento entre la REMSAA y la Secretaría General
- 5) La Reunión de Cancilleres debía posponer la aprobación de estos documentos.

La Doctora Rosell expresó que la propuesta metodológica era la siguiente: en noviembre dijo, era la reunión de Cancillería a donde ha sido invitado al Canciller de Chile y la propuesta se

había avanzado hasta el Comité de Coordinación. Refirió que le gustaría poder llevar las impresiones de los Ministros de Salud sobre el texto para poder trabajar. Se había presentado un documento de trabajo, por eso decía Proyecto de Decisión y no Propuesta de Decisión, que este era el mandato. En cuanto al Memo de Entendimiento dijo era una de las modificaciones que entraría en el documento REMSAA. Este era el único punto por explicitar.

La Representante del Ecuador manifestó que había acuerdos consensuados y estimaba que hubiera o no reunión de Cancilleres, no se considerara este documento mientras no existiera opinión de los Ministros de Salud.

El Ministro de Perú opinó que era difícil tomar una decisión y no tenía ánimo de oponerse. Este era un proceso que había que aportar pero consideraba que si cada uno mandaba sus apreciaciones, esto era darle en la práctica al Secretario General la facultad para que decida y esto no era posible.

La Doctora Rosell informó que el proceso de adscripción había quedado aclarado en cuanto a posición de la REMSAA. El documento era positivo y el texto viable.

El Ministro de Bolivia aclaró que el texto presentado por la CAN era un documento de trabajo con el que coincidían en algunos planteamientos y en otros tenían observaciones; si querían ser parte del desafío del SAI los Ministros debían incidir en cuanto a los temas que les competen, así como que todo esto fuera transmitido al Secretario General de la CAN.

El Subsecretario de Chile dijo que era un hito histórico la Decisión 445, pero inscrito en el marco de fortalecer la autoridad política de la autoridad sanitaria. Opinó que el proceso vinculante iba a salvaguardar el rol integrador del CONHU y es lo que esperaban los Cancilleres. Propuso que la próxima REMSAA fuera en Chile.

El Ministro de Venezuela coincidió en emitir una declaración que lleve elementos operativos en el sentido que la reunión del 1º de noviembre no llevará una solución definitiva hasta que los Ministros de Salud no hicieran documentos fáciles, y para ello debían:

- 1) Explicitar los términos del memorando de entendimiento
- 2) Formular las observaciones pertinentes
- 3) Redacción final del documento Reglamento de Organización y Funciones del CONHU.

El Ministro de Bolivia solicitó explicar la metodología y pasos de la reunión de Cancilleres del 11 de noviembre.

La Doctora Rosell dijo que el texto ya había sido remitido a los Cancilleres. Si no iba en agenda y era diferido por los Ministros de Salud, los Cancilleres pospondrían la reunión hasta que el texto haya sido discutido. Solicitó, si los Ministros de Salud consideraban que la presencia de la Secretaria General fuera positiva, seguir asistiendo a las REMSAA's. Señaló que había presión de tiempo ya que en diciembre estaba programada una reunión Presidencial.

La Representante del Ecuador, preguntó cuando fue enviado el texto a los Cancilleres y la Doctora Rosell indicó que el 20 de octubre, o sea la misma fecha de remisión a la SECONHU para ser entregada a los Ministros de Salud.

El Ministro del Perú manifestó que los Cancilleres iban a consultar a los Ministros de Salud.

El Subsecretario de Chile consideró que había necesidad de dar un tratamiento distinto a las modificaciones de los documentos internos, indicando cuál era el proceso a seguir y estimaba podía hacerse un procedimiento paralelo.

El Ministro de Venezuela dijo que podía hacer un reglamento adicional.

El Ministro de Colombia propuso que en el punto 41 de la propuesta se consigne que lo aprobado fuera sustitutorio de todo lo pasado, porque era un documento histórico.

El Ministro de Bolivia propuso finalmente que se redacte la Resolución de la REMSAA.

Finalmente se redactaron dos proyectos de Resolución, una respecto a la reforma de los instrumentos jurídicos del Convenio y otra de agradecimiento al país anfitrión de la XIV REMSAA Extraordinaria, las que luego de incorporar las sugerencias de los Ministros, fueron aprobadas por unanimidad.

Siendo las 19:00 horas finalizó la reunión.