

# CUARENTA AÑOS DE INTEGRACIÓN ANDINA EN SALUD



Elaborado con la cooperación de



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

COOPÉRATION RÉGIONALE  
POUR LES PAYS ANDINS

Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Cuarenta años de integración andina en salud - Historia del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue/ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue ORAS – CONHU // 2012

xxxx pág., ilus.

Introducción / Procesos de Integración/ Historia/ Subregión Andina/ Atención Primaria en Salud / Convenio Hipólito Unanue / Políticas Andinas en Salud / Sistema Andino de Integración/ Objetivos del Milenio/ REMSAA

Noviembre, 2012

Lima, Perú

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nro 2012 - 14217

“Cuarenta años de integración andina en salud”

Preparación del Documento final

Dra. Caroline Chang – Secretaria Ejecutiva, ORAS - CONHU

Dr. Ricardo Cañizares – Secretario Adjunto, ORAS - CONHU

Dra. Gloria Lagos – Gerente de Líneas estratégicas y Cooperación Internacional, ORAS - CONHU

Dra. Lourdes Kusunoki – Coordinadora de Sida, Medicamentos y ETES, ORAS - CONHU

Dr. Luis Beingolea - Coordinador de RAVE, RAIS y PASAFRO - ORAS - CONHU

Lic. Yaneth Clavo - Responsable de Comunicaciones ORAS - CONHU

Lic. Rodolfo Fuentes - Consultor en Comunicaciones ORAS - CONHU

En base a consultoría realizada por el Dr. Oswaldo Salaverry

Primera edición, 2012

Tiraje: 500 ejemplares

Diseño, diagramación e impresión:

Cellgraf S.A.C

cellgrafsac@gmail.com

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue ORAS - CONHU, con el apoyo de la Delegación Regional para la Cooperación con los Países Andinos del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Francesa.

El contenido de este documento puede estar reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados por ley.

---



---

# ÍNDICE

I.	Los procesos de integración y la Subregión andina .....	17
II.	Del Acuerdo de Cartagena a la Comunidad Andina .....	24
III.	La creación del Convenio Hipólito Unanue .....	34
	3.1 El contexto mundial .....	36
	3.2 El contexto regional y subregional .....	36
	3.3 La suscripción del Convenio Hipólito Unanue .....	38
IV.	La primera década del Convenio Hipólito Unanue .....	44
	4.1 Alma-Ata, la atención primaria de la salud y el Convenio Hipólito Unanue .....	49
V.	Los años 80 y los límites del Convenio Hipólito Unanue .....	54
	5.1 La reforma del sector salud y el Convenio Hipólito Unanue .....	57
	5.2 Las REMSAA de los 80 .....	58
	5.3 Década perdida o década de la resistencia .....	60
VI.	Los años 90. La década de las reformas .....	64
	6.1 El entorno internacional, el Consenso de Washington y la subregión andina .....	66
	6.2 La reforma del sector salud en la década de los 90 .....	67
	6.3 Las REMSAA de los 90 .....	68
VII.	Nuevas orientaciones del Convenio Hipólito Unanue .....	78
VIII.	La reorganización del CONHU y la adscripción al Sistema Andino de Integración .....	86
IX.	El nuevo milenio. El ORAS - CONHU .....	98
	9.1 La Salud y los Objetivos del Milenio .....	100
	9.2 Primera década del nuevo milenio .....	101
	9.3 El Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue .....	103
	9.4 Segunda década del Nuevo Milenio .....	107
	9.5 Políticas Públicas Andinas en Salud .....	110
	9.6 Balance Prospectivo .....	114
	9.7 Cuarenta Años por la Salud de los Pueblos .....	117
X.	Nuevos retos para la Salud Andina .....	126



ANEXOS ..... 140

- I Convenio Hipólito Unanue sobre cooperación en salud de los países del área andina
- II Protocolo adicional al Convenio Hipólito Unanue
- II Adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración
- IV Términos de la Adscripción al Sistema Andino de Integración y Reglamento de Organización y Funciones del Convenio Hipólito Unanue
- V Designación del Convenio Hipólito Unanue sobre cooperación en salud de los países del área andina como “Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue”
- VI Relación de Secretarios Ejecutivos del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
- VII Listado de países observadores
- VIII Estructura organizacional del Sistema Andino de Integración
- IX Vida y Obra de Hipólito Unanue

---



---

## ACRÓNIMOS

ALADI	Asociación Latinoamericana de Integración
ALALC	Asociación Latinoamericana de Libre Comercio
APRA	Acción Popular Revolucionaria Americana
APS	Atención Primaria de Salud
CAB	Convenio Andrés Bello
CAF	Corporación Andina de Fomento
CAN	Comunidad andina
CAS	Cooperación Andina en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAIE	Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador
EPS	Entidades Promotoras de la Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GMC	Grupo Mercado Común
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISP	Instituto de Salud Pública
MDM	Metas del Milenio
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MRTA	Movimiento Revolucionario Túpac Amaru
OEA	Organización de Estados Americanos
ODM	Objetivos de desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPEP	Organización de Países Exportadores de Petróleo



OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue
OTAN	Organización del Tratado Atlántico Norte
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
PBI	Producto Bruto Interno
PIDS	Plan Integrado de Desarrollo Social
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-C	Plan Obligatorio de Salud régimen contributivo
POS-S	Plan Obligatorio de Salud régimen subsidiado
RAVE	Red Andina de Vigilancia Epidemiológica
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
SAI	Sistema Andino de Integración
SELA	Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe
SERMENA	Servicio Médico Nacional de Empleados,
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNSS	Sistema nacional de servicios de salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPC	Unidad de pago por capitación
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



I Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, Lima 1971



I Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, Lima 1971







## PRESENTACIÓN

“Cuarenta Años de Integración Andina en Salud”, no han transcurrido en vano. Así lo demuestra esta publicación que no sólo informa sobre las diferentes etapas por las que ha transitado nuestro Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU), desde su creación en 1971, sino que nos presenta, en forma documentada y amena, sus principales logros y avances.

La Carta Magna de la integración andina, el Acuerdo de Cartagena, en su artículo 129 define que la salud es un área que se dirige a la lucha contra la pobreza, la afirmación cultural y ciudadana y la atención prioritaria a las poblaciones rurales de la región. Este libro, es una constatación que el ORAS - CONHU, es una de las más prestigiosas instituciones que tiene el Sistema Andino de Integración, habiendo contribuido decididamente en la mejora de la salud a través de políticas, programas y proyectos que refuerzan las iniciativas nacionales y construyen otras, a nivel regional, en un esfuerzo mancomunado entre los cuatro países miembros de la Comunidad Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, pero además logrando conservar la participación de Chile y Venezuela, originarios socios de la CAN.

A nivel programático, ORAS - CONHU organiza sus actividades en torno a la Política Andina de Medicamentos, la Política Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad. Estrategia enriquecida con la creación de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica y la Red Andina de Institutos de Salud Pública. Siempre con el sentido integracionista que supone su accionar, también ha ejecutado el Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO), el Plan Andino de Salud Intercultural, el Plan Subregional Andino de VIH y el Plan Andino para la Erradicación de la Malnutrición Infantil, entre otros.

Este amplio despliegue programático revela dos dimensiones institucionales: primero la voluntad de los países por desarrollar conjuntamente temas de mutuo interés y luego la pertinencia de las temáticas abordadas en una región en la que los niveles de pobreza y extrema pobreza hacen urgente el desarrollo de programas de salud que, como en el caso del ORAS - CONHU tienen incidencia en niveles de gestión, prevención y atención de la salud haciendo más eficientes los esfuerzos nacionales.

Solo a modo de ejemplo sobre la eficacia del método de trabajo integracionista de ORAS-CONHU, me permito destacar la reducción en un 90% del costo de los medicamentos para el VIH/SIDA logrado el 2003 gracias a la negociación en bloque con los laboratorios farmacéuticos, proceso al que también se adherieron otros países como Argentina, México, Paraguay y Uruguay. Este referente influyó para que los Ministros de Salud del área andina acordaran consensuar un mecanismo de compra conjunta de medicamentos calendarizada con la OPS, además de aprobar la creación de un Observatorio Andino de Medicamentos.

La experiencia muestra la capacidad de enfrentar problemáticas comunes con políticas compartidas; devela además la importancia del trabajo interinstitucional y de la posibilidad de la integración suramericana; y, por si fuera poco, los impactos de los costos de los medicamentos en la población, llevando a la práctica la filosofía de una salud pública guiada por los derechos ciudadanos.



Otro ejemplo paradigmático, sobre la contundencia del trabajo coordinado, se encuentra en los resultados del proyecto Programa Andino de Malaria en Fronteras – PAMAFRO, que logró disminuir en un 76% la incidencia en zonas fronterizas de Ecuador, Colombia, Perú y Venezuela. Es importante también el trabajo en salud intercultural, reconociendo, valorando y visibilizando distintas culturas para promover diálogo entre ellas.

En el plano institucional, ORAS - CONHU ha sido un activo integrante de la Comunidad Andina. Su experiencia resulta fundamental en la formulación y desarrollo del Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS), que legitima la agenda social regional. Así mismo, su aporte en el proceso de definición de los Objetivos Andinos de Desarrollo Social (OANDES) y de sus respectivas metas al 2019, no se detienen en el ámbito específico de la salud, sino que resultan fundamentales para una comprensión conceptual, metodológica y práctica de la importancia de la inclusión social y de la cohesión económica y social como los ejes de la propuesta andina, así como de la necesidad de la sistematización y de la cooperación horizontal recuperando buenas prácticas estatales y de la sociedad civil.

En un contexto conocido como el nuevo regionalismo latinoamericano, por el surgimiento de estadios superiores de integración como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe (CELAC), la trayectoria del ORAS - CONHU es visionaria, porque ha jugado un papel importante en la articulación de los sistemas nacionales mediante la creación del Consejo Suramericano de Salud. Del mismo modo, ha desarrollado acciones coordinadas con los países del Mercosur y con la OPS/OMS. Entonces, en tiempos en los que la convergencia y complementariedad entre sistemas de integración es una condición para perfilar el sueño de la unidad suramericana y latinoamericana, es alentador contar con prácticas ya desarrolladas.

Por último, debo destacar el hermanamiento que caracteriza el trabajo articulado entre la Secretaría General de la Comunidad Andina y el Organismo Andino de Salud. Nuestro acervo comunitario tiene en el ORAS - CONHU uno de sus referentes más importantes para afirmar que la CAN es un esfuerzo supranacional que ha valido la pena encararse y que va a seguir fortaleciéndose en la apropiación de su institucionalidad por sus pueblos, razón de ser de la integración.

**Adalid Contreras Baspineiro**  
Secretario General a.i. CAN



VII REMSAA, Lima, junio de 1980



Doctor Alfredo Lynch (Perú), Primer Secretario Ejecutivo del ORAS-CONHU



---



## INTRODUCCIÓN

Los cuarenta años del Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU) constituyen un hito en el proceso de integración andina y un referente en la salud de nuestros países. El proceso que ha conducido hasta estos primeros cuarenta años no ha sido ni sencillo, ni lineal; el ideal integracionista de nuestros países en estas cuatro décadas ha asumido diversas formas y enfoques, desde un inicial esfuerzo con una clara y exclusiva orientación comercial y económica hasta la forma de búsqueda de unidad política que hoy se está consolidando en la subregión. En este proceso evolutivo de la integración subregional el ORAS - CONHU es un modelo notable de constancia, coherencia y adecuación a las particularidades de los países que lo integran.

La historia del trabajo de todos estos años por el mejoramiento del estado de la salud en seis países difícilmente puede ser contada en un libro como el que usted tiene en sus manos. Sería la historia de la vida misma de nuestras poblaciones y resultaría arbitraria cualquier segmentación aislando la salud de las condiciones de vida, del empleo, la educación o la economía de nuestras sociedades.

Escribir ese periodo de la historia de nuestros países mirándolos desde la perspectiva de la salud es, por otro lado, una necesidad impostergable. Como toda referencia al pasado, nos va a permitir encontrar las claves que hicieron posible el actual estado de las cosas y, bien entendidas, nos podrían ayudar a hacer más eficiente esta labor de construir un futuro más cercano al ideal de vida que tienen nuestros pueblos.

Es éste el principal carácter de esta obra pionera, ser el primer intento de presentar, de forma ordenada, las inquietudes que animaron a los ministros de Salud desde 1971, cuando abordaron fórmulas de trabajo conjunto para superar los problemas comunes que enfrentaban sus poblaciones. Como en la vida, no hay nada dicho de manera definitiva en estos temas y es con los aportes de todos que se pueden ir reconstruyendo los episodios que recorrieron las personalidades que nos precedieron en esta tarea inmensa de poner nuestro grano de arena para construir la felicidad de nuestras poblaciones.

Este documento es una recopilación de hechos históricos relacionados a la situación política y social vinculados a la integración andina y a la salud, los cuales han incidido desde la creación del Convenio Hipolítico Unanue hasta lo que hoy es el Organismo Andino de salud. La búsqueda y recopilación se hizo en archivos y documentación existente, fue realizada con el apoyo de un consultor y fue complementada y enriquecida con aportaciones de ex Secretarios y los actuales funcionarios del ORAS - CONHU.



De allí que necesitemos mostrar esta historia como la visión de la integración desde la salud y su necesaria referencia al devenir social y político de nuestros países, pues finalmente el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue ha sido y es lo que sus Ministerios han hecho de él. Por eso la celebración de los 40 años del ORAS - CONHU no es la celebración de un órgano ajeno y distante a la labor de los Ministerios de Salud de la subregión andina, es la celebración de ellos mismos: de los Ministerios de Salud que en estos cuarenta años lo han construido, con el concurso de sus funcionarios y técnicos, de sus Ministros y sobretodo de los miles de trabajadores que de una u otra manera han participado en sus diversos proyectos y actividades de integración en salud. Allí, en los más diversos programas en favor de la salud de los pueblos andinos, se han escrito las más importantes páginas de la integración andina en salud. A todos ellos se debe este libro.

Caroline Chang Campos  
Secretaria Ejecutiva  
ORAS - CONHU



X REMSAA, Santa Cruz, setiembre de 1983



Gestión del Secretario Ejecutivo Doctor Roberto Acosta (Colombia)





# CAPÍTULO I



## LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y LA SUBREGIÓN ANDINA





En los países de la región andina los procesos de integración han librado una constante batalla desde nuestros orígenes.

Los países andinos se reconocen como tales por muy diversos motivos, pero en la raíz de todos ellos está la inmovible y determinante geografía. Son andinos, porque les vertebran esa sucesión de picos, glaciares y enormes montañas que pueblan el horizonte. Así nos encontremos en el llano venezolano o el desierto chileno sabemos que en lontananza los Andes y su rol determinante del entorno son el origen de nuestros ríos, o la causa de la ausencia de los mismos. En las costas de Ecuador y Colombia, en las altiplanicies de Bolivia o en los fértiles valles interandinos de Perú, la presencia inexorable de los Andes se nos impone como el sello de nuestra identidad natural.

Han transcurrido miles de años desde que el ser humano inició su andadura por estos territorios, inicialmente sólo en una tenaz lucha por sobrevivir y adaptarse a un medio duro pero generoso, para luego, con el transcurrir de los siglos y milenios, en una profunda compenetración con el territorio, dar lugar a un extraordinario florecimiento de culturas. Cual fértil tierra regada por el esfuerzo humano, en los Andes y sus comarcas florecieron culturas grandes y pequeñas, con historias, milenarias algunas, y otras efímeras en el tiempo; con grandes logros materiales las unas y las otras con el simple pero supremo logro de haber brindado paz, armonía y seguridad a sus pobladores mientras existieron. Todas se reconocieron, con mil distintos nombres, como hijas de los Andes.

En un proceso único y distinto a cualquier otro emplazamiento en la tierra, el habitante andino modeló un ensamblaje casi perfecto entre hombre y geografía, el poblador andino se compenetró con su territorio, se sintió parte de él y reconoció a su tierra, a sus montañas, sus ríos y sus llanos como parte de su ser. Se forjó así lo que llamamos una cultura andina común, la que reconoció como propia una identidad entre el hombre y la tierra que se manifestaba fundamentalmente en el respeto a la tierra y su entorno, en reconocerse como parte de la madre tierra y no como advenedizo dominador de la misma. Por eso el término del pueblo Kuna para denominar a lo que conocemos como América era *Abya Yala*, que significa “tierra madura o en plenitud” o la cálida denominación de los quechuas a la tierra como *Pacha Mama* que se difundió en todo el ámbito andino reconociendo a la madre tierra el carácter generatriz de todo lo creado.

La irrupción del occidente europeo desarticuló todo ese equilibrio, un brusco cambio cultural se instaló en nuestros territorios, el largo periodo colonial impidió cualquier esfuerzo integrador y por el contrario alentó diferencias y distancias.

Lograda la independencia el precursor de la integración americana, Simón Bolívar convocó al Congreso anfitriónico de Panamá en junio de 1826 con estas palabras

*“.. es tiempo ya de que los intereses y las relaciones que unen entre sí a las repúblicas americanas, antes colonias españolas, tengan una base fundamental que eternice, si es posible, la duración de estos gobiernos. Entablar aquel sistema y consolidar el poder de este gran cuerpo político pertenece al ejercicio de una autoridad sublime, que dirija la política de nuestros gobiernos, cuyo influjo mantenga la uniformidad de sus principios, y cuyo nombre solo calme nuestras tempestades.”<sup>1</sup>*

Precursor adelantado a su tiempo, la iniciativa de Bolívar no prosperó; la herencia colonial y las dificultades para consolidar el régimen republicano en las nuevas naciones postergó los esfuerzos integracionistas durante casi todo lo que restaba del siglo XIX. Como en una amarga nota ya lo había señalado Hipólito Unanue, a comienzos del siglo XIX: “A veces la discordia sigue a los triunfos en los pueblos que han conquistado su libertad”<sup>2</sup> pero cabe resaltar que si algo caracterizó los esfuerzos precursores de integración fue una voluntad política que se enfrentó a imperativos de la realidad.

En el intervalo, los Estados Unidos de Norteamérica, se consolidó y prolongando hacia toda América su doctrina del “Mandato manifiesto”<sup>3</sup> promovió su propuesta panamericanista; sin embargo esta no era sino una extensión de políticas hegemónicas plasmadas en la Doctrina Monroe<sup>4</sup>. La primera convocatoria de esta iniciativa fue precisamente en Washington entre octubre de 1889 y abril de 1890. Las propuestas a discutirse evidenciaban su carácter fundamentalmente comercial: se planteaba la formación de una unión aduanera americana, establecer mejores comunicaciones entre los puertos, la adopción del patrón plata, uniformidad en sistemas de pesos y medidas, de-

rechos de patentes, autor y marcas; es decir todas medidas protectoras del comercio; pero también se incluyeron medidas sanitarias y de cuarentena para los barcos, aunque no por su efecto en evitar las epidemias y su efecto en la población, sino por su carácter de obstáculos para el comercio.

Siguieron ocho conferencias más de esta iniciativa norteamericana, hasta la IX realizada en Bogotá en abril de 1948, en la que se creó la Organización de Estados Americanos (OEA). En la misma Conferencia se aprobó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la que por cierto antecede en seis meses a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El ideal integracionista original se transformaba con la OEA, y tal como lo indica en el Artículo 1 de su Carta constitutiva, en la búsqueda, entre las naciones de América, de “un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia”.

En la segunda mitad del siglo XX surgieron otras iniciativas de integración pero privilegiando el espíritu comercial y economicista. Limitándonos a aquellas referidas a la región suramericana es de destacar la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC), creada el 18 de febrero de 1960 por el Tratado de Montevideo y que tenía por objetivo crear precisamente una zona de libre comercio, pero ese carácter, limitado además sólo al intercambio de bienes, impidió que pudiera alcanzar sus objetivos por lo que finalmente a través del nuevo Tratado de Montevideo de 1980 es reemplazada por la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI). Antes que sufriera esa transformación los resultados del inter-

1 Reza GA. EL congreso Anfictiónico de Panamá. Una hipótesis complementaria sobre el fracaso del primer ensayo de integración Latinoamericana. Araucaria 2003; 4:10

2 “Presentimiento” en Obras Científicas y Literarias de Hipólito Unanue, Tomo segundo Lima: Consultoría y Equipamientos Médicos 1975, pág. 399

3 La frase se la interpreta como una doctrina pero en realidad es solo una frase que sintetiza la percepción de la población norteamericana de inicios del siglo XIX de que estaban destinados a expandirse a desde las costas del Atlántico al Pacífico

4 Curiosamente la doctrina Monroe en realidad fue enunciada por el 6° Presidente norteamericano John Quincy Adams pero difundida y popularizada por el también presidente James Monroe



cambio entre los países que lo integraban eran bastante dispares, desfavoreciendo a los países que tenían menor desarrollo industrial, en particular a los países andinos, por lo que los gobiernos andinos, evaluando esos resultados, consideraron repetir la experiencia de crear una zona de libre comercio pero entre ellos.

En 1966 en la Declaración de Bogotá, que fue el antecedente de la creación del Acuerdo de Cartagena, se acuerda medidas de integración económica entre los países participantes así como de coordinación en materia comercial, industrial y financiera, para lo cual se nombró una Comisión Mixta, que entre otros aspectos debía conformar una Corporación de Fomento. En 1968 culminando el proceso se suscribe, nuevamente en Bogotá, el convenio constitutivo de la Corporación Andina de Fomento (CAF), que se perfila como un Banco y como promotora del desarrollo y de la integración andina.

Las bases para una integración de mayor envergadura entre los países andinos se presentaban favorables y así lo que ya se había avanzado en el aspecto financiero se concreta en el ámbito político con la creación del Acuerdo de Cartagena en 1969.

Otros esfuerzos integradores de la segunda mitad del siglo XX han tenido similar orientación económica, entre ellos debemos señalar el Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA) creado en 1975 e integrado en la actualidad por 28 países de América Latina y el Caribe. Sus objetivos son claros: Promover un sistema de consulta y coordinación para concertar posiciones y estrategias comunes de América Latina y el Caribe, en materia económica, ante países, grupos de naciones, foros y

organismos internacionales, así como impulsar la cooperación y la integración entre países de América Latina y el Caribe.

Más cercano a nosotros está la experiencia del Mercado Común del Sur (MERCOSUR)<sup>5</sup>, creado por el Tratado de Asunción en 1991 y que reúne a Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y recientemente incorporada la República Bolivariana de Venezuela; se han adherido como asociados Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú. México se encuentra en condición de observador.

5 MERCOSUR se crea con cuatro objetivos: 1. La libre circulación de bienes, servicios y factores productivos,

2. El establecimiento de un arancel externo de la política comercial común, 3. La coordinación de políticas macroeconómicas sectoriales y 4. La armonización de las legislaciones; elementos todos orientados a crear un mercado común. Así a diferencia de los otros procesos integradores, carece en su agenda constitutiva de una dimensión social pero eso no significa que desde sus inicios no haya tratado temas de salud, solo que lo ha hecho desde la perspectiva de normativas acerca de la salud y sus productos.

En 1994 con el Protocolo complementario de Ouro Preto se incorpora en MERCOSUR una agenda social y en 1995 se crea la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR. Posteriormente en diciembre de 1996 la XXIV Reunión del Grupo Mercado Común, realizada en Fortaleza, Brasil, crea, el Subgrupo de Trabajo N° 11 "Salud".





XIX REMSAA, Caracas, noviembre de 1995



Gestión del Secretario Ejecutivo Doctor Carlos Bazán Zender (Perú)





## CAPÍTULO II



# DEL ACUERDO DE CARTAGENA A LA COMUNIDAD ANDINA



Los procesos de integración en Latinoamérica a finales de los años 60, con su carácter exclusivamente económico, no habían alcanzado las expectativas con las que se habían creado. Si bien continuaban en funcionamiento, al estar concebidos excluyendo los aspectos sociales de la integración y suponiendo que desde el desarrollo económico y comercial se dinamizarían los otros aspectos del desarrollo, generaban en realidad exclusiones y frustraciones. En particular la ALALC había generado desequilibrios comerciales entre el bloque andino y los países con un mayor desarrollo industrial de la región como Argentina, México y Brasil; pues si bien desde 1960, en que se creó la ALALC, el comercio dentro de ella se había duplicado en sus primeros 5 años, el 79 % de las exportaciones de manufacturas provenían de México, Brasil y Argentina. Los países andinos acumulaban un creciente déficit “intrazonal” y una disminución relativa del flujo de inversión externa, que prefería dirigirse a los países con predominio manufacturero.

En ese contexto, en un giro estratégico, la ALALC fomentó, hacia fines de la década de los 60, la formación de asociaciones subregionales, pero siempre con el objetivo inicialmente trazado para la propia ALALC: la promoción del Libre Comercio. Uno de los organismos subregionales que se formó dentro de ese espíritu, como veremos más adelante, fue precisamente el Acuerdo de Cartagena o Pacto Andino.

Manteniendo el espíritu de la integración desde el ámbito económico, en agosto de 1966 se reunieron en Bogotá, Colombia, los presidentes de Colombia, Chile y Venezuela junto con los delegados de los presidentes de Ecuador y Perú, y convinieron que, dentro del marco de la ALALC era necesaria “la adopción de fórmulas prácticas para acelerar al máximo el progreso de los países de menor desarrollo económico relativo y de mercado insuficiente”. Esta frase, dentro de lo que se llamó la “Declaración de Bogotá” es el antecedente inicial de un proceso que continuaría en 1967, esta vez en Uruguay en la recordada Cita de Jefes de Estado de Punta del Este. Allí se firmó, el 14 de abril del mismo año, una “Declaración de los Presidentes de América” en la que se recomendaba a todos los países que propiciaran la creación de acuerdos subregionales compatibles con la integración económica regional. A partir de allí existen dos procesos paralelos que confluyen finalmente en la creación del Acuerdo de Cartagena.

En primer lugar, a los pocos meses de la reunión de Punta del Este, el 30 de junio de 1967 se instala en Viña del Mar, Chile, la comisión prevista en la Declaración de Bogotá que debía estudiar la posibilidad de crear un grupo subregional de integración. A los firmantes de la Declaración se agregó, en agosto del mismo año, la delegación de Bolivia. En segundo lugar, los Ministros de Relaciones Exteriores de la ALALC, reunidos en Asunción, Paraguay, entre el 28 de agosto y el 2 de septiembre de 1967 aprobaron dos resoluciones; la primera, la Resolución 202 que especifica los principios que deberán sustentar los probables acuerdos subregionales que propicia el organismo regional; mientras que la segunda resolución, la 203, sienta las bases para un acuerdo subregional que incluye a Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

Las negociaciones entre los países de la subregión continuaron hasta concluir en un acuerdo definitivo con la participación de los plenipotenciarios de cuatro de los cinco países en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia. El acuerdo se firmó formalmente en Bogotá el 26 de mayo de 1969 y entró en vigencia el 16 de octubre del mismo año. Las actividades se iniciaron el 21 de noviembre de 1969, en Lima, Perú, al instalarse y tener su primera sesión el órgano máximo previsto en el Convenio: la Comisión.<sup>6</sup> Fue en esa sesión en que se adoptó la decisión de denominar al acuerdo del 26 de mayo de 1969 como “Acuerdo de Cartagena”. A los pocos días, los ministros de Relaciones Exteriores de los cuatro países integrantes del flamante “Acuerdo de Cartagena”, ante el ofrecimiento del Estado Peruano, acordaron como sede permanente la ciudad de Lima. Pasarían algunos años para que Venezuela, el quinto país participante desde los inicios en las negociaciones para constituir el organismo subregional, ingresara formalmente al acuerdo, lo que ocurrió el 13 de febrero de 1973.

Los acuerdos de esta etapa inicial incorporan las características de predominio de los aspectos económicos y comerciales: se acuerda un régimen de liberación interna de gravámenes y restricciones para todos los productos comercializados en la región; se elabora la propuesta de un arancel externo mínimo común como primer paso de una política arancelaria común para el sector externo y en el marco de lograr una integración equitativa se acuerda un sistema de preferencias comerciales en favor de Bolivia y el Ecuador. Marca la identidad del grupo la aprobación de un régimen común de tratamiento a las inversiones extranjeras, marcas, patentes, licencias y regalías.

No se observa en el texto del Acuerdo de Cartagena un componente de integración social directo, pero a través de su objetivo básico que

buscaba canalizar la asignación de recursos a nivel subregional y por consiguiente generar eficiencia productiva se esperaba un desarrollo armónico y equilibrado entre los Países Miembros en base a la especialización y división internacional del trabajo. El supuesto básico era que el mecanismo del mercado regularía la asignación de recursos al resto de la economía del Acuerdo, incluyendo los sectores sociales. El modelo bajo el cual se regiría en sus primeros años el Acuerdo de Cartagena, continuaba siendo el de “sustitución de importaciones”, con proteccionismo a la industria local, imponiendo aranceles altos a los productos importados.

Las perspectivas del Acuerdo eran muy grandes pero pronto se enfrentó con una compleja realidad de normas e intereses nacionales que dificultaron los avances, por ello los primeros logros no fueron necesariamente bien recibidos,<sup>7</sup> se había generado la esperanza de un cambio profundo en las economías de los países andinos en un clima de entusiasmo, pero el debilitamiento de la economía de algunos de los integrantes del Acuerdo así como la sobrevenida crisis petrolera mundial de 1973 amenguaron las expectativas. El proceso sin embargo continuó y más aun en esta primera década se formaron casi todas las órganos e instituciones andinos entre ellos los que por la propia naturaleza del Acuerdo original se orientaban a la integración en los aspectos sociales. Hubo sin embargo apartamientos, Chile que modifica su política económica por una de apertura y reducción unilateral de aranceles, se retira del Pacto Andino el 30 de octubre de 1976.

La siguiente década, la de los años 80 se vio marcada por la crisis de la deuda, la que a su vez tuvo entre sus causas la segunda crisis petrolera con el alza del petróleo de 1979. Además aparecieron nuevas orientaciones económicas con políticas impuestas por el

6 Junta del Acuerdo de Cartagena / INTAL. Historia Documental del Acuerdo de Cartagena”. Buenos Aires, 1974.

7 Bermúdez, Augusto. Grupo Andino: Una visión crítica y perspectiva. Nueva Sociedad 1975 19-20, Pag. 20-30



Fondo Monetario Internacional y el Consenso de Washington, así como la aplicación de planes como el Baker y luego el Brady para el pago de la deuda, llevan a los países del Acuerdo de Cartagena a modificar radicalmente la orientación de sus políticas nacionales y luego consensuarlas. En el llamado nuevo Diseño estratégico de Galápagos en 1989, los miembros del Acuerdo sustituyen el modelo proteccionista por uno de apertura de mercados: el aspecto comercial retoma predominancia sobre la agenda integracionista social.

En 1993 se inicia una zona de libre comercio entre Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela, el gobierno del Perú, que consideraba que no estaba en condiciones de abrir su mercado, suspende temporalmente su participación en el programa de liberación de aranceles. En 1994 se aprueba, para entrar en vigencia en 1995, el Arancel externo común. El año 1996 es de grandes cambios, pues en el Protocolo de Trujillo se modifica el Acuerdo de integración sub regional andino o Acuerdo de Cartagena para crearse la Comunidad Andina de Naciones (CAN), lo cual incluye la creación del Sistema Andino de Integración (SAI), integrando los diversos órganos entonces existentes. Este queda conformado en ese entonces por:

- El Consejo Presidencial Andino;
- El Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores;
- La Comisión de la Comunidad Andina;
- La Secretaría General de la Comunidad Andina;
- El Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina;
- El Parlamento Andino;
- El Consejo Consultivo Empresarial;
- El Consejo Consultivo Laboral;
- La Corporación Andina de Fomento;
- El Fondo Latinoamericano de Reservas;
- El Convenio Simón Rodríguez, los Convenios Sociales que se adscriban

al Sistema Andino de Integración y los demás que se creen en el marco del mismo;

- La Universidad Andina Simón Bolívar;
- Los Consejos Consultivos que establezca la Comisión; y,
- Los demás órganos e instituciones que se creen en el marco de la integración subregional andina.

Como se puede observar no figura expresamente el Convenio Hipólito Unanue, pues si bien era el organismo de integración en salud de los seis países andinos, tenía un estatus diferente lo que lleva a que se adscriba posteriormente a través de un proceso complejo que describiremos más adelante y que se plasmó mediante la Decisión 445: Adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración, aprobada en la Primera Reunión Extraordinaria del Consejo Andino de Ministros de Relaciones exteriores, realizado en Quito el 10 de agosto de 1998<sup>8</sup>.

Los que se denominan “Convenios sociales” entre los que incluyen los Convenios Andrés Bello, Hipólito Unanue, Simón Rodríguez y el Programa José Celestino Mutis, son instados a actualizar sus objetivos y reforzar su funcionamiento “a fin de adaptarlos a los fines y propósitos del Sistema Andino de Integración.”

En 1997 el proceso de integración andino adquiere un mayor peso político al crearse e incorporarse en la estructura institucional al Consejo Presidencial Andino y el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. La Junta del Acuerdo, también se modifica convirtiéndose en una Secretaría General con atribuciones no sólo técnicas sino políticas. El carácter comercial y de integración económica va abriendo paso a una integración en el ámbito político en respuesta a los cambios globales. Las tensiones internas sin embargo continúan; las diferencias en las políticas arancelarias nacionales de los países andinos tensan las rela-

8 Ver Anexo 29



ciones y Perú anuncia su decisión de retirarse del Acuerdo de Cartagena. En la Cumbre de Sucre de abril de 1997, a la cual no acude Perú, se prevén decisiones para su eventual retiro del Acuerdo de Cartagena, incluyendo el cambio de la sede, pero finalmente el retiro no se produce.<sup>9</sup>

El proceso de integración andino, siendo el primero que nace de la ALALC, no fue el único que nace en la región y en el transcurso de los años ha mantenido estrechas acciones de coordinación con los otros procesos, pero manteniendo siempre su identidad. Así en el año 2000, en el marco de la Reunión de Presidentes de América del Sur, los presidentes de los países miembros de la CAN y los del MERCOSUR acuerdan iniciar conversaciones para establecer una zona de libre comercio entre ambos bloques, lo que es un inicio de los esfuerzos mayores y más amplios de coordinar los procesos de integración que están ocurriendo en los últimos años, sin embargo los países andinos siempre han percibido que dentro de la unidad mayor mantienen un vínculo de identidad por la historia y el desarrollo común.

En ese proceso de profundizar los intentos de integración, en el año 2002 el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores incorpora al Sistema Andino de Integración nuevas instancias precisamente orientadas a características de la integración que corresponden a nuestras peculiaridades, como La Mesa de Trabajo sobre Derechos de los Pueblos Indígenas (como instancia consultiva del Sistema Andino de Integración); la Estrategia Regional

de Biodiversidad para los Países del Trópico Andino y el Plan de Trabajo para la Difusión de la Integración Andina. Se evidencia en la primera década del nuevo milenio una agenda social explícita de la Comunidad Andina que acentúa las características particulares de los países andinos.

En el 2003 con la Decimocuarta Reunión del Consejo Presidencial Andino en Quirama, Colombia se incorpora explícitamente la dimensión social en la agenda de integración, entre otros puntos haciendo mención directa al ORAS - CONHU:

*“Otorgar la máxima prioridad al diseño, coordinación y convergencia de políticas sociales que conduzcan al desarrollo de estrategias específicas y articuladas de cohesión social, lucha contra la pobreza y la marginalidad, que contribuyan a la consolidación de la democracia y al fortalecimiento de la gobernabilidad en la Comunidad Andina, así como a la generación de espacios más amplios para la participación de actores y organizaciones sociales.*

*Priorizar la aprobación del Plan Integrado de Desarrollo Social, como complemento a los planes nacionales de desarrollo, así como la creación de mecanismos financieros innovadores destinados a afianzar la gobernabilidad democrática y hacer frente a la pobreza.*

*Respaldar los avances de la negociación subregional para disminuir el precio de*

9 “Deploran la decisión anunciada por el Gobierno de la República del Perú de retirar a su país del Acuerdo de Cartagena. Deciden conformar de inmediato un Grupo de Alto Nivel, integrado por representantes de los Ministerios de Relaciones Exteriores y de los Ministerios de Industria y/o Comercio Exterior, con suficiente capacidad de negociación para acordar con el Perú los términos de su retiro o permanencia en el Acuerdo de Cartagena y de sus relaciones con los países de la Comunidad Andina, inscritas en el indicado marco, preservando la liberalización comercial alcanzada y los Acuerdos bilaterales existentes.  
Sobre la base de los acuerdos que se alcanzaren y/o de las recomendaciones específicas que presentare el Grupo de Alto Nivel para el cumplimiento del objetivo mencionado, la Comisión de la Comunidad Andina adoptará, en un plazo no mayor a sesenta días, las Decisiones pertinentes para su plena vigencia jurídica.  
Durante el mencionado período, se adoptarán las acciones que fueren necesarias para que el proceso de integración andina continúe su normal desenvolvimiento.  
(.....)  
En el caso de que las negociaciones del Grupo de Alto Nivel conformado en esta oportunidad, concluyan en el retiro del Perú del Acuerdo de Cartagena, acuerdan que la sede de la Secretaría General se establezca en la ciudad de Santafé de Bogotá” Acta de Sucre. Novena reunión del Consejo Presidencial Andino. Sucre, Bolivia, 22 y 23 de abril de 1997



*los medicamentos, el Plan Andino de Salud y la implementación de la Tarjeta de Salud Andina que adelanta el Organismo de Salud - Convenio Hipólito Unanue.<sup>10</sup> (.....)*

Los procesos no están exentos de altas y bajas y en el año 2004 Chile, luego de 28 años de alejamiento, se incorpora como Observador en la Comunidad Andina, pero por otra parte, en abril del 2006, Venezuela anuncia su decisión de denunciar el Convenio.

Siguiendo el proceso, en el 2007, en la Cumbre de Tarija, los Presidentes de los Países de la Comunidad Andina acordaron aceptar a la República de Chile como miembro asociado. En esa misma Cumbre incidieron en impulsar a través del Consejo Andino de Ministros de Desarrollo Social la ejecución del Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS), así como a “ejecutar los proyectos en los ámbitos socio laboral, educativo, salud, de interculturalidad, seguridad y soberanía alimentaria y desarrollo rural”<sup>11</sup> procurando un acercamiento más equilibrado entre los aspectos sociales, culturales, económicos, políticos, ambientales y comerciales.

Podemos observar que si bien el Acuerdo de Cartagena y posteriormente la Comunidad Andina no establecieron desde su inicio con claridad una dimensión social del proceso de integración, si propiciaron un clima de integración entre los países de la subregión que dio tempranos frutos en la conformación de organismos y acuerdos que paulatinamente fueron conformando una red de integración social. Es también notorio que en el desarrollo del proceso integrador y a partir de áreas como la educación y la salud se han consolidado las características idiosincráticas de los pueblos andinos que hacen de la subregión andina una unidad dentro de la unidad mayor suramericana.

Entre los órganos que se crean en la línea indicada debemos señalar al Convenio Andrés Bello (CAB), el cual tiene sus orígenes en 1970 cuando por iniciativa del Ministro de Educación de Colombia, Dr. Octavio Arizmendi, se suscribe su protocolo constitutivo en la ciudad de Bogotá, el 31 de enero de 1970, a menos de un año de creado el Acuerdo de Cartagena. El Convenio comenzaría a regir el 24 de noviembre del mismo año, al tiempo que el gobierno colombiano ofreció ser sede del mismo, lo cual fue aprobado por los Ministros de Educación de la subregión, durante la III Reunión de Ministros de Educación celebrada en Quito, en marzo de 1972; creándose en la misma reunión la Secretaría Ejecutiva del CAB.

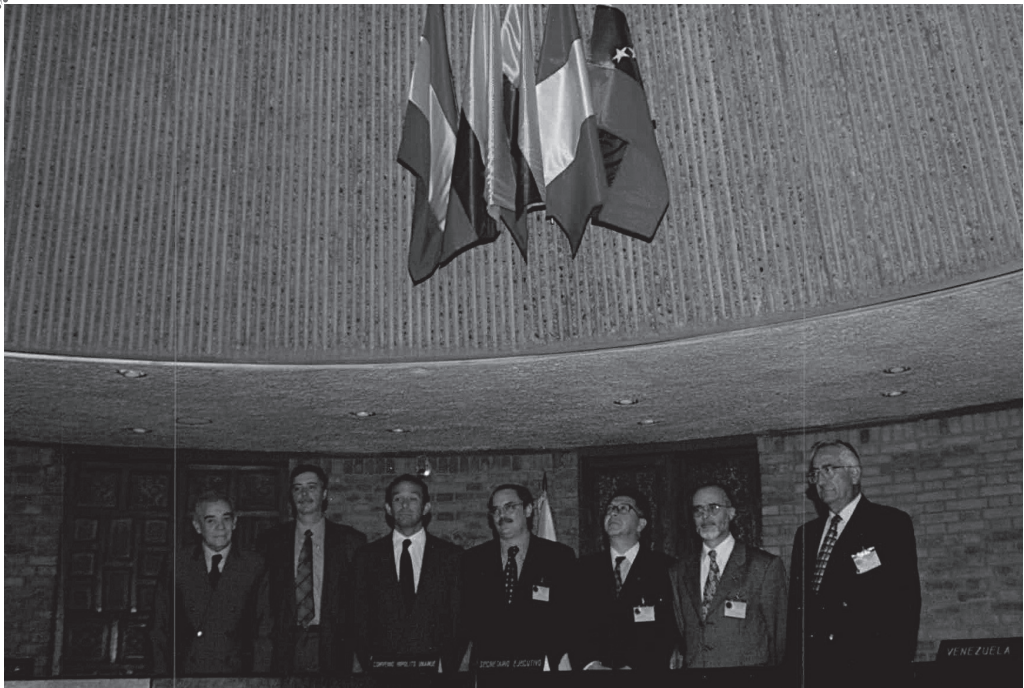
En ese mismo espíritu y con una gestación con algunos paralelos es que poco después nacería el Convenio Hipólito Unanue, primera denominación del ORAS - CONHU.

10 Acta de Quirama. Decimocuarta Reunión del Consejo Presidencial Andino. Quirama, Colombia. 28 de junio del 2003

11 Declaración de Tarija. Decimoséptima Reunión del Consejo Presidencial Andino. Tarija, Bolivia. 14 de junio del 2007







XIII REMSAA Extraordinaria, Lima, junio de 1997. Gestión del Dr. Luis Gonzáles Reyes (Chile)



XXIII REMSAA, Quito, noviembre de 2001



## CAPÍTULO III



# LA CREACIÓN DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



---

### 3.1 EL CONTEXTO MUNDIAL

A inicios de los años 70 del siglo XX el mundo se encontraba en una pugna bipolar instalada desde el término de la segunda guerra mundial; por un lado se encontraba el llamado mundo occidental o capitalista con Estados Unidos como el líder de una vasta alianza que incluso tenía su brazo militar: la Organización del Tratado del Atlántico norte (OTAN) creada en 1948 y que incluía a Estados Unidos, Canadá y los países de Europa occidental. Otras naciones desarrolladas como Japón y Australia, entre otras, caracterizadas por regímenes de gobierno democrático y multipartidario también se alineaban con la opción occidental. La contraparte global la constituía el bloque del socialismo comunista, liderado por la entonces aun existente Unión Soviética y que incluía Europa central, y a la que con diferencias ideológicas también se adhería China. Por cierto, en respuesta a la creación de la OTAN, también habían formado una alianza militar en 1955: el pacto de Varsovia que enfrentado a la OTAN mantenía al mundo en vilo en medio de una paz armada entre estos grandes bloques. La amenaza permanente de una guerra nuclear entre las superpotencias era un tema que saltaba incesantemente a las primeras planas de los periódicos cuando diversos conflictos de menor intensidad que se daban en países generalmente pobres y periféricos se escalaban y enfrentaban los intereses de los grandes actores mundiales quienes median sus fuerzas en un precario equilibrio.

### 3.2 EL CONTEXTO SUBREGIONAL

El origen del Convenio Hipólito Unanue se encuentra sin duda en el Acuerdo de Cartagena, pero no bajo la forma directa de un mandato derivado de éste, sino como parte de ese clima de integración entre los países firmantes del Acuerdo de Integración Subregional que despierta expectativas mayores en todas las áreas del desarrollo. También se nutre, en sus orígenes, de la creciente importancia y la nueva orientación que toma la dimensión de la salud en la agenda de las organizaciones multilaterales. En éstas se abre paso, cada vez con más claridad, el concepto de derecho a la salud como eje central de las políticas sanitarias por encima de las originarias y exclusivas metas de saneamiento y cooperación que poblaban anteriormente los planes de las agencias internacionales, como si una agenda de cooperación internacional en salud sólo pudiera ser un complemento de los esfuerzos para mejorar el intercambio comercial.

Los derechos que hoy denominamos de segunda y tercera generación, entre los cuales se incluye el derecho a la salud, tienen sus antecedentes en la lucha contra la exclusión, en la forma de discriminación, que se impulsó a inicios de la década de los 70 al declarar las Naciones Unidas al año 1971 como el “Año Internacional de Acción para combatir el Racismo y la Discriminación Racial”. Éste era un tema particularmente sensible en los países de la subregión andina en todos los cuales la población indígena u originaria había sido marginada desde la época de la conquista europea y era un sector que iniciaba sus reivindicaciones que paulatinamente tomarían la fuerza que hoy tienen.

Los países de la subregión, en el marco general que hemos señalado, atravesaban sin embargo a inicios de la década de los años 70 coyunturas diversas. En Chile, por la vía democrática, se instauraba el primer gobierno socialista de la región, pero sobre la base de una polarización del país que se acentuaría rápidamente. Salvador Allende, médico socialista, puso en ejecución un plan de gobierno que incluía la nacionalización de los bancos, y la aceleración de la reforma agraria. El 11 de julio de 1971, nacionalizaba la minería del cobre, principal actividad económica del país, en lo que llamaba “el tránsito chileno al socialismo”. Poco después, en ese mismo año, su más destacado poeta, el universal Pablo Neruda, obtenía el Premio Nóbel de Literatura.

Las medidas de gobierno con aumentos salariales y controles a los precios de alimentos y objetos de consumo masivo, tuvieron una fuerte oposición en un contexto de crisis económica. El 11 de septiembre de 1973 se produjo un golpe de estado dirigido por el general Augusto Pinochet.

La Junta militar suspendió la Constitución, disolvió el Congreso, impuso una estricta censura y prohibió todos los partidos políticos. La represión contra los sectores de izquierda llevó a muchos de sus militantes a las cárceles y a otros al exilio. Chile vivió bajo estado de sitio hasta 1978, y luego continuó en situación de emergencia, en ambos casos con severas limitaciones a los derechos ciudadanos.

El gobierno militar chileno impuso un giro en la política arancelaria iniciando una apertura a los mercados externos y una reducción unilateral de sus aranceles, medidas incompatibles con su permanencia en el acuerdo subregional y decidió retirarse del Acuerdo de Cartagena, pero nunca oficializó el retiro de los Convenios vinculados como el caso del Convenio Hipólito Unanue, con lo cual se permitiría años después su reintegración plena.

En Bolivia el ambiente político era complejo, al inicio de los 70 estaba gobernada por el general Bánzer, quien inicialmente había tomado el poder a través de un golpe militar, pero luego fue elegido por vía democrática y se mantendría en el cargo casi toda la década, hasta 1978.

Colombia inicia la década bajo el gobierno de Misael Pastrana Borrero, del Frente Nacional; pero rota la coalición que lo llevó al gobierno, es sucedido, en 1974, por el liberal Alfonso López Michelsen. En 1978 se elige, con un margen muy estrecho, a otro miembro del partido liberal, Julio César Turbay Ayala, en unas elecciones con muy bajo número de votantes. Durante toda la década la acción de los grupos insurgentes se incrementa y los esfuerzos de las fuerzas del orden por contenerlos son infructuosos.

Ecuador se encontraba bajo el quinto período del presidente Velasco Ibarra, esta vez con una nueva Constitución. Ante el incremento de la oposición a su gobierno asumió poderes dictatoriales en 1970, pero fue derrocado por un golpe militar encabezado por el General Guillermo Rodríguez Lara, quien gobernaría hasta 1976, cuando fue sustituido por una junta de gobierno de los comandantes de las tres armas encabezada por el almirante Alfredo Poveda Burbano. Desde 1972 Ecuador inicia sus exportaciones de petróleo y pronto se ubica como el segundo exportador de América Latina, sólo por detrás de Venezuela. El súbito incremento de divisas propició un aumento de la inflación y un aumento de la brecha social y económica entre pobres y ricos. A finales de la década el gobierno militar convocó a referéndum para aprobar una nueva constitución y la posterior convocatoria a elecciones, con las cuales concluye la década (1979) eligiendo a Jaime Roldós Aguilera; quien ya corresponde a la década siguiente.

En Perú, desde 1968 gobernaba el general Juan Velasco Alvarado, presidiendo una Junta



Militar, que tenía un programa reformista que aplicó radicalmente: expropió los complejos agroindustriales, profundizó la reforma agraria, nacionalizó la industria pesquera e impuso control de precios a los productos de consumo masivo y los servicios públicos. El gobierno militar incrementó notablemente la deuda pública del país para acometer sus reformas, lo que tendría un profundo efecto en los años siguientes. Luego de siete años en la presidencia, en 1975, fue derrocado por un golpe de la propia fuerza armada encabezado por el general Francisco Morales Bermúdez. Luego de revertir muchas de las reformas de Velasco, Morales Bermúdez anunció elecciones y el retorno a la democracia luego de una asamblea constituyente. La década de 1980 se iniciaría en Perú con democracia luego de 12 años de gobierno militar.

Venezuela, fue una excepción durante la década de los 70 en la subregión andina, pues no tuvo gobiernos militares. Rafael Caldera, quien había sucedido a su vez a otro civil gobernaba desde 1969 y continuó hasta 1974. Lo sucedió Carlos Andrés Pérez en su primer mandato, hasta 1979, cuando a su vez fue sucedido por Luis Herrera Campins. Las rentas petroleras y la continuidad de regímenes democráticos no permitían presagiar las convulsiones que se iniciarían en la siguiente década.

### 3.3 LA SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Es interesante resaltar los paralelismos entre el convenio Andrés Bello y el Hipólito Unanue, pues en ambos casos el mecanismo inmediato de su formación fue una reunión de Ministros del sector y el ofrecimiento de un país para ser sede del mismo. El Convenio Andrés Bello, luego de que por decisión de sus integrantes

se abriera incluso fuera de la subregión, cuenta hoy con 12 países asociados entre Iberoamérica y el Caribe.

Cronológicamente, el segundo órgano que se forma en el espíritu de integración del Acuerdo de Cartagena es el Convenio Hipólito Unanue, aunque es lógico pensar que el mecanismo fue semejante al del Convenio Andrés Bello; es decir que la idea nació en reuniones periódicas de Ministros del área andina, pero en realidad el proceso fue diferente y manifiesta el interés de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por el naciente proceso de integración andino.

Para detalles de esta etapa previa inmediata a la formación del Convenio Hipólito Unanue hemos recurrido a la invaluable ayuda del Dr. Alfredo Lynch,<sup>12</sup> quien luego sería el primer Secretario del Convenio y que es testigo directo de la gestación del Convenio. Por esos años el Dr. Lynch, de nacionalidad peruana y antiguo alto funcionario del Ministerio de Salud de dicho país, se encontraba en Washington trabajando en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y mantenía vínculo amical, con los funcionarios peruanos, pero al igual que todos los funcionarios internacionales observaba con interés el proceso integracionista de los países andinos, lo cual creaba una oportunidad para que los objetivos de la propia Organización Panamericana se realizaran.

El Director de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Abraham Horwitz, tomó la iniciativa, bajo la sugerencia del Dr. Lynch, de instar a alguno de los países integrantes de la subregión andina para que, al igual que había sucedido con las reuniones de Ministros de Educación y luego de Ministros de Trabajo de la subregión se propiciara una reunión con los Ministros de Salud. Una comunicación al Ministro de Salud de Perú, hizo referencia al tema y se le sugería que tomara la iniciativa

<sup>12</sup> Entrevista personal con el Dr. Alfredo Lynch; Lima 12 de Diciembre del 2006

de convocar a la reunión. Al poco tiempo se recibió la respuesta del Ministerio de Salud de Perú, en la que manifestaba su interés, pero en palabras del propio Dr. Lynch, “sin demasiado entusiasmo”. La persistencia del propio Dr. Lynch, promotor de la idea, contando naturalmente con el apoyo de la OPS, finalmente dio resultados y Perú asumió el compromiso de convocar a los Ministros de Salud de la Subregión Andina a una reunión que se llevó a cabo en Lima, del 15 al 18 de diciembre de 1971.

Los seis países andinos convocados: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, poseedores de una diversidad geográfica, ambiental y cultural, única en el mundo y por cierto, vertebrada por los Andes, reunían, hacia 1971 alrededor de 100 millones de habitantes, compartiendo en lo que se refiere a problemas sanitarios más de una similitud tanto en las enfermedades endémicas y epidémicas prevalentes como en las insuficiencias de los sistemas de salud. Evidentemente, la convocatoria del gobierno del Perú, a través de su Ministerio, a la “Primera Reunión de Ministros de Salud del Área Andina” (REMSAA I), era la ocasión propicia para que en el espíritu del proceso de integración del Acuerdo de Cartagena se buscara un mecanismo de integración en el ámbito de la salud, y así al término de la reunión, el 18 de diciembre de 1971, se suscribió el “*Convenio Hipólito Unanue sobre Cooperación en Salud de los países del Área Andina*”.<sup>13</sup> Cabe recordar que en 1971 eran signatarios del Pacto Andino o Acuerdo de Cartagena sólo cinco de los seis países que adhirieron al Convenio Hipólito Unanue; Venezuela quien se adhirió al Convenio Hipólito Unanue desde el inicio recién suscribiría el Acuerdo de Cartagena el 13 de febrero de 1973.

El convenio suscrito refleja las expectativas, pero también las limitaciones de la visión integracionista que prevalecía entre los países signatarios; indudablemente el entusiasmo por la integración económica era el signo distin-

tivo, era el que había alentado la creación de la ALALC en 1960 y luego el propio Acuerdo de Cartagena, y por tanto era el espíritu en el cual precisamente se firmaba este Convenio subregional andino entre Ministros de Salud. Eso se reflejaba en el carácter de los órganos y la estructura que tuvo el Convenio Hipólito Unanue en su primera etapa, con una escasa capacidad de decisión política y limitado a aspectos técnicos. Si bien se alentaba la incorporación de los aspectos sociales, en particular de la salud, en una agenda común, el peso de una tradición de políticas nacionales en esa área específica era muy fuerte. Dadas las brechas y el problema de la inequidad, cada país había desarrollado una política de salud dirigida hacia el interior de sus fronteras que, además de legítimamente prioritaria, se orientaba a la expansión de los servicios de salud, los cuales con algunas diferencias, eran deficitarios en todos los países.

Esta característica endocéntrica de las políticas nacionales de salud encontraba sólo lazos periféricos para un proyecto integracionista, que hasta entonces se plasmaba en algunos acuerdos fronterizos y de circulación de mercaderías. Así, en el primer considerando del Convenio, se expresa el propósito de hacer realidad dos principios del Acuerdo de Cartagena: “Promover el desarrollo equilibrado y armónico de los países miembros” y “Procurar un mejoramiento persistente en el nivel de vida de los habitantes de la subregión”. En su aspecto programático el Convenio Hipólito Unanue señala los problemas a los que los países deben dar prioridad: desnutrición, salud ambiental, protección materno infantil, educación sanitaria, contaminación ambiental, salud ocupacional, desastres, uso y tráfico de drogas; a los cuales añade, —seguramente en la optimista perspectiva de una rápida integración económica— dar prioridad a los problemas “que van a derivarse del incremento de la producción y del comercio intrarregional, en lo

---

<sup>13</sup> Resolución REMSAA I/I, aprobada en Lima el 18 de diciembre de 1971





que se refiere a alimentos, drogas y productos biológicos.”

El Convenio reconoce la existencia de esfuerzos aislados bilaterales y subregionales en materia de salud que así adquieren consistencia, haciendo alusión directa a la existencia de Convenios sanitarios fronterizos bilaterales y multilaterales. Las acciones que se proponen inicialmente muestran esa misma tendencia a la armonización y cooperación en aspectos puntuales de contacto entre las políticas nacionales. No es extraño que figure en primer lugar la reactualización de Convenios Sanitarios Fronterizos, y luego se anote una amplia relación de posibles acciones entre las cuales ocupa un lugar preponderante el intercambio de información que de alguna manera contribuiría al desarrollo de las propias políticas de salud internas. No debe entenderse esto como una falta de voluntad de integración, sino como los primeros pasos en un proceso en el cual no había experiencias previas que orientaran claramente el mejor rumbo.

Desde el punto de vista conceptual, tal vez lo más destacado del Convenio es que compromete a todos los países signatarios a procurar que en sus legislaciones nacionales se incorpore el derecho a la salud y las responsabilidades que les competen a los estados. Pese a que en las legislaciones de diversos países ya existía el concepto de derecho a la salud, esta decisión puede considerarse como pionera pues luego de haber sido enunciada en 1948 por la OMS, no se había incorporado el derecho a la salud en ninguna de las formas asociativas de los países de la subregión; y este inicial señalamiento marca un rumbo que continúa vigente.

Los Ministros firmantes acuerdan reunirse anualmente —siendo por consiguiente el inicio de lo que hoy conocemos como la REMSAA (Reunión de Ministros de Salud del Área Andina) — para estudiar los problemas

señalados. El objetivo sería formular planes de acción y fijar sede de las siguientes reuniones, pero en tanto se estructuren organismos definitivos. Se crea un “Comité Coordinador” de los acuerdos de la “Primera Reunión de Ministros de Salud de los Países del Área Andina”, que contará con una Secretaría continua en el país sede de la I Reunión, es decir Perú. El primer secretario del Convenio fue así el Dr. Alfredo Lynch, quien asume esta función ya no como funcionario de la OPS sino como representante de Perú, aunque naturalmente contando con amplia experiencia y cercanía con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta primera etapa del Convenio Hipólito Unanue (CONHU) —que aún no era Organismo Andino de Salud (ORAS) — lo perfila como un órgano complementario de un proceso de integración económica que es el que orienta sus acciones. Este aspecto es claro si revisamos sus primeras Resoluciones, en particular las que se acuerdan en las dos primeras reuniones, llevadas a cabo respectivamente en Lima en diciembre de 1971 (REMSAA I) y en Quito en julio de 1973 (REMSAA II).

En la primera reunión de Ministros, además del Convenio ya comentado, se aprueban diez resoluciones sobre temas tan disímiles y la recopilación de antecedentes de legislación sanitaria de los países. Estas Resoluciones tienen como denominador común el carácter de ser recomendaciones a los Ministerios de Salud o a los países signatarios del Convenio, pero al no tener en ese momento el Convenio un objetivo político, las Resoluciones se limitan a expresar la voluntad integracionista en diversas áreas, pero sin una clara definición de los mecanismos más apropiados para lograrlo.

Por su parte la REMSAA II, en Quito, 1973, recibe informes de los diversos Comités de expertos que se forman sobre temas que van desde la salud ocupacional hasta un grupo de expertos sobre “muebles, equipos o instrumental



*para los servicios de salud*".<sup>14</sup> No bastando las comisiones existentes se decide encargar a cada país un tema para que lo estudie y presente a sucesivas reuniones. El futuro se presenta aparentemente promisorio.

Es inevitable hacer una referencia a la situación económica del Convenio en estos primeros años; según testimonio del Dr. Lynch, que actuó como su primer secretario, las carencias eran notables, pues no se contaba con aportación alguna de los países. El primer local del Convenio se limitó a un escritorio en la Oficina de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud de Perú, pues no existía una sede oficial. Desde allí se inició el proceso de dar consistencia al Convenio, para lo cual era fundamental recurrir a los Ministerios de Salud para que abonaran la cuota acordada por país que permitiera el funcionamiento mínimo indispensable. Pese a los esfuerzos desplegados las cuotas demoraban y el Convenio debió trabajar con mucho ingenio y parquedad.

Se inicia así el Convenio Hipólito Unanue en una compleja circunstancia de los países andinos, los que se encaminan plenos de expectativas que hoy podemos juzgar ingenuas y extremadamente optimistas pero que le dieron el aliento suficiente para llegar a los primeros 40 años que hoy brevemente revisamos.

---

<sup>14</sup> Resolución REMSAA II/18



XXIV REMSAA, Lima, noviembre de 2002. Gestión del Secretario Ejecutivo Doctor Mauricio Bustamante (Colombia)



XXV REMSAA, Puerto Ordaz, marzo 2004



## CAPÍTULO IV



# LA PRIMERA DÉCADA DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE





La segunda reunión de Ministros de Salud del Área Andina o REMSAA, se realiza en Quito, Ecuador, del 2 al 6 de julio de 1973, más de año y medio después de la primera Reunión, lapso en el cual el Secretario del Convenio, Dr. Alfredo Lynch de Perú, con su amplia experiencia en la OPS conduce la organización con un perfil general que busca la institucionalización y la creación o búsqueda de espacios de integración. Las actividades tenían como referente a las Oficinas de Cooperación Internacional de cada Ministerio de Salud y a partir de ellos se crean diversos grupos de expertos que elaborarían documentos y recomendaciones sobre temas específicos que luego serían sometidos a la siguiente REMSAA.

Los países a través de sus Oficinas de Cooperación Internacional y en coordinación con el Secretario Ejecutivo se habían abocado en esta primera etapa a la elaboración y propuesta de diversos proyectos de normas internas, todas las cuales fueron aprobadas por los Ministros de Salud, dando consistencia al Convenio; y para su continuidad encargan que a través de la Secretaría se culmine el proceso de normatividad interna sin aparentemente percibir claramente su carácter prematuro, pues los aspectos centrales del proceso, como son los de definición del ámbito en el cual se plasmará la integración, estaban aún insuficientemente consensuados entre los propios países.

Las Resoluciones de esta REMSAA II tienen como denominador común una redacción basada en recomendaciones consensuadas por los Ministros pero dirigidas a cada uno de los Ministerios de Salud sin dotarlas de un carácter vinculante. El proceso, aun en sus inicios, no había definido el alcance de las resoluciones y por eso cautamente se limitaba a formular sus acuerdos esperando que en un marco de intercambio de información sean aplicados en cada uno de los espacios nacionales.

Al haberse gestado el Convenio Hipólito Unanue en el espíritu de integración del Acuerdo de Cartagena pero sin un vínculo o dependencia oficial de éste, se genera una preocupación adicional, bastante evidente en esa primera etapa, que es evitar la duplicación de esfuerzos con el Acuerdo de Cartagena el cual desde sus propias instancias había creado un Consejo de Salud, por lo cual se recomendaba a los Ministerios de Salud que los mismos delegados del Comité Coordinador del Convenio Hipólito Unanue sean también acreditados ante el Consejo de Salud del Acuerdo de Cartagena.

La REMSAA III, llevada a cabo en Caracas, Venezuela, del 25 al 29 de noviembre de 1974, concreta lo avanzado en las dos anteriores al suscribir un Protocolo adicional al Convenio Hipólito Unanue en el cual el propio objeto del Convenio se perfila con mayor claridad: “mejorar las condiciones de salud en los países del área andina y elevar el nivel de vida de sus habitantes”.<sup>15</sup> En términos de objetivos institucionales, con esta declaración el Convenio se independiza en cierto modo del carácter subsidiario y dependiente de los objetivos económicos y comerciales de su texto original: Ya no es su objetivo primordial hacer realidad los objetivos del Acuerdo de

---

<sup>15</sup> Protocolo adicional al Convenio Hipólito Unanue

Cartagena en lo que se refiere a “Promover el desarrollo equilibrado y armónico de los países miembros”, porque si bien al mejorar las condiciones de salud contribuye a ese desarrollo equilibrado, el objeto directo de su acción es la salud como fin en sí mismo.

En el aspecto organizacional, el Convenio Hipólito Unanue adopta la estructura organizativa que mantendrá durante casi 25 años, con un órgano superior: la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), el Comité de Coordinación, la Secretaría Ejecutiva y las Comisiones Asesoras. Las reuniones de Ministros y las Resoluciones que se consensuan mantienen el carácter de recomendaciones dirigidas a los países para incorporarlas en sus políticas internas, pero sin identificar un mecanismo por el cual podrían llevarse a cabo como verdaderos procesos integradores.

Muchas de estas resoluciones llevaban en sí el germen de su propia inaplicabilidad, pues determinaban la creación de unidades orgánicas o modificaciones estructurales o funcionales de los Ministerios, que posteriormente en el contexto concreto de la política interna de cada país no se realizaban. Luego de haber participado en la etapa organizativa inicial, deja el cargo de Secretario Ejecutivo el Dr. Lynch, asumiendo como nuevo Secretario Ejecutivo el Dr. René Calle de Ecuador.

El Dr. René Calle<sup>16</sup> recuerda que a falta de una sede oficial para el Convenio, continuó con sus labores de coordinación desde Quito, contando con el apoyo del Ministerio de Salud de Ecuador y en contacto con los Ministerios de la subregión. La crisis económica provocada por el aumento de los precios del petróleo que llevó a severas restricciones presupuestales hacía mella también en los presupuestos de cooperación y las labores continuaron con muchas limitaciones materiales.

Chile en el marco de su radical cambio de política arancelaria luego de la instauración del gobierno militar decide retirarse del Acuerdo de Cartagena en 1974, pero, aunque los Convenios anexos al mismo como el Hipólito Unanue y el Andrés Bello son también parte del sistema (aunque aún no formalmente), el gobierno chileno no renuncia al Convenio Hipólito Unanue, lo que permitirá que años después se reincorpore con pleno derecho.

La REMSAA IV se llevó a cabo en Bogotá del 30 de noviembre al 4 de diciembre de 1976. En el intervalo la Secretaría Ejecutiva fue asumida por el Dr. Daniel Orellana de Venezuela, el cual, continuando en la línea de fortalecer la organicidad del Convenio presenta, y la REMSAA aprueba, un reglamento para las reuniones de Ministros de Salud; y otro para las comisiones asesoras, al tiempo que siguen aumentando el número de éstas para diversidad de temas. Las Resoluciones continúan con el carácter de recomendaciones u obligaciones para uso de cada Ministerio, pero algo se percibe como insuficiente y en el Informe del Secretario Ejecutivo se señala el incumplimiento de las recomendaciones por los países miembros, por lo cual se emite una Resolución que pide a los gobiernos “*que presten atención a las recomendaciones emanadas de las resoluciones adoptadas*”. Sin duda, las primeras decepciones ante las expectativas generadas hacen su aparición en el seno del Convenio.

En ese contexto se elige nuevamente como Secretario Ejecutivo al Dr. Alfredo Lynch,<sup>17</sup> y se firma un acuerdo entre el Convenio Hipólito Unanue y el Gobierno Peruano para establecer la sede permanente de la Secretaria Ejecutiva en Lima,<sup>18</sup> dotándosela de un Estatuto con privilegios e inmunidades como corresponde a su condición de Organismo

16 Entrevista del ORAS CONHU al Dr. Rene Calle, octubre del 2011,

17 Resolución REMSAA IV/55

18 Resolución REMSAA IV/54





Internacional.<sup>19</sup> Luego de seis años el Convenio finalmente tiene sede permanente en la ciudad de Lima, Perú, donde permanece hasta la actualidad.

Mientras termina el primer lustro del Convenio Hipólito Unanue, el panorama internacional nos presenta algunas maravillas: la primera aeronave comercial supersónica, el Concorde, inicia sus vuelos entre París y New York, los que se mantendrán ininterrumpidamente hasta 1995. Se presagiaba que pronto todos los vuelos serían así de veloces, pero hoy sabemos que fue imposible. En nuestra región, el 24 de marzo, continuando con la ola de gobiernos militares en el subcontinente, el general Jorge Videla derroca al débil gobierno de la segunda esposa de Perón, Isabel Martínez de Perón e inicia siete años de una dictadura que se alía, en muchos aspectos, con los gobiernos militares de Chile y Perú.

La REMSAA V se realiza en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, del 6 al 7 de abril de 1978. Para los Ministerios de Salud el Convenio es un foro respetable pero que en la práctica las grandes expectativas puestas en él como centro de una integración subregional en políticas de salud no se concretaban, y aún más, que al parecer es poco probable que pueda hacerlo, en tanto se mantenga como un ente fundamentalmente técnico y sin un componente político de mayor peso. El retiro de Chile, los regímenes militares que se suceden en varios de los países integrantes y un panorama internacional no proclive a la integración atentan contra los ideales iniciales; sin embargo, en un intento de encontrar salidas hacia el interior de la estructura del propio Convenio, se aprueba en la REMSAA V crear otro grupo de trabajo, pero dedicado a realizar un diagnóstico de los logros del Convenio, proponer una programación y encargar al Secretario Ejecutivo que en conjunto con el Comité de Coordinación implemente las recomendaciones.

En los años finales de la primera década del Convenio Hipólito Unanue surge una crisis de identidad respecto al que entonces ya era el Pacto Andino como evolución del Acuerdo de Cartagena. En la REMSAA V los Ministros acuerdan “*Señalar a las entidades andinas involucradas en el proceso de integración económica y social, sus deseos de establecer y perfeccionar mecanismos formales de coordinación entre ellas y el Convenio Hipólito Unanue*”<sup>20</sup>

Esta es una extraña resolución pero que grafica cómo se percibía ya al interior del Convenio una distancia entre las labores que realizaba y el proceso integrador andino. La percepción de aislamiento y la vocación de integrarse nos explica por qué en la siguiente reunión (REMSAA VI) y como seguimiento de la resolución que hemos sumillado, se toma un acuerdo sobre “*Relaciones del Convenio Hipólito Unanue con el Acuerdo de Cartagena*”, en el cual se solicita al Acuerdo de Cartagena “*que reconozca al Convenio Hipólito Unanue como el órgano asesor y consultivo en salud del Acuerdo de Cartagena*”, pero que “*este mecanismo de cooperación se exprese en un instrumento escrito, firmado por ambas organizaciones*”.<sup>21</sup>

Lo que en realidad había ocurrido es que el impulso de carácter político con el que nació el Convenio Hipólito Unanue había entrado en colisión con las entonces hegemónicas Políticas Nacionales de Salud, las cuales, ante las enormes necesidades de cada uno de los países, priorizaban la construcción de infraestructura, el equipamiento y la expansión de los servicios. Los beneficios de la integración de políticas de salud no eran percibidos por los actores políticos que sustentaban esas mismas Políticas Nacionales de Salud, a excepción de las que al estandarizar procesos o equipos contribuyeran al desarrollo de las políticas nacionales.

19 Acuerdo entre el Convenio Hipólito Unanue y el Gobierno de la República del Perú para el establecimiento de la sede de la Secretaría Ejecutiva en la ciudad de Lima y de sus privilegios e inmunidades. En ORAS-CONHU. Instrumentos Jurídicos. Lima

20 Resolución REMSAA V/69

21 Resolución REMSAA VI/78



Al parecer, con su esquema de Comités Técnicos y desarrollos puntuales, el Convenio se había tornado en un foro de discusión y en un mecanismo de intercambio de opiniones técnicas que luego eran contrastadas para su posible aplicación en los respectivos Ministerios. El nivel político decayó notablemente en esta primera década del Convenio pues, independientemente de la alta calidad de los Secretarios Generales y de los integrantes de las Comisiones y Comités, estos eran funcionarios, tecnócratas o expertos, muchas veces pertenecientes a las Oficinas de Cooperación Internacional de los Ministerios, sin la fuerza política que necesitaba un proceso de integración que nació por voluntad política y sólo podía desarrollarse con el mismo tipo de impulso. Otro factor que influyó notablemente fueron las tensiones entre los propios países, y la sensación alentada por la falta de logros en el ámbito económico del propio Acuerdo de Cartagena.

De la ilusión un tanto ingenua de un proceso rápido y sencillo de integración económica, dadas las enormes similitudes de nuestros pueblos, se pasó a la constatación de que las estructuras económicas de cada uno de nuestros países habían desarrollado al interior un mecanismo de adaptación del cual costaba mucho salir. Los objetivos políticos de la integración habían nacido ligados a estructuras democráticas, aun en aquellos países que al momento de suscribirlo no tenían un régimen democrático, pero se compartía la convicción de la unidad subregional como un motor de desarrollo en la lógica que durante más de una década había dominado el pensamiento económico de América Latina a través de la CEPAL: el desarrollo industrial a través de la sustitución de importaciones.

La crisis petrolera, la disminución consecuente de nuestras exportaciones de productos primarios ante la depresión económica mundial y la cada vez más asfixiante bipolaridad mundial confluyen para que la perspectiva integracionista deje de tener la prioridad de sólo unos

años atrás. Huérfano de un fuerte apoyo político, el gran mérito del Convenio y sus funcionarios participantes en esta primera década fue que supieron, con logros modestos, mantener elevada la antorcha de un proceso integracionista.

Todo parecía indicar que el Convenio Hipólito Unanue estaba destinado a ser sólo un foro técnico sin impactos inmediatos en la salud de los habitantes de la subregión; pero una vez más debemos reconocer la enorme influencia del entorno mundial en nuestra subregión, y en este caso con un verdadero acontecimiento en la Salud Pública: La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, lo que cambiaría la visión y el compromiso que sobre la salud asumen todos los países e influenciaría en el accionar y dirección de los procesos de todos los niveles desde los nacionales hasta los subregionales y globales.

#### 4.1 ALMA-ATA, LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Desde 1972 en Santiago de Chile, en ocasión de realizarse la III Reunión Especial de Ministros de Salud, se evidenció que los servicios de salud no alcanzaban al conjunto de la población y que aun más, sus beneficios dejaban fuera a la población más pobre y desprotegida. La ampliación de la cobertura hacia esos sectores se convertía en una prioridad para resolver el grave problema de la accesibilidad, pero se reconocía que este problema era sólo el epifenómeno de un problema mucho mayor, pues se refería a que la estructura misma con la que se había concebido los sistemas de salud tenía severas limitaciones para incorporar a toda la población.

Frente a este reto, que era común a muchos otros países surge la orientación hacia la



Atención Primaria de Salud (APS) como una política que no sólo amplíe la cobertura sino que supere las limitaciones de los enfoques hasta entonces ensayados. La APS se desarrolla paulatinamente a partir de experiencias diversas, pero toma consistencia y un carácter global desde la Conferencia de Alma Ata, ingresando a partir de entonces en la agenda de los Ministerios de Salud de todo el mundo pero con particular influencia en los países de menores ingresos y entre ellos los de la subregión andina. Los antecedentes y detalles de la conferencia de Alma Ata se han difundido ampliamente, sólo recordaremos que los organizadores fueron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) quienes con el patrocinio de la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), desarrollaron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Alma-Ata, en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

En la conferencia participaron 134 países entre los cuales estuvieron todos los países andinos y 67 organizaciones internacionales. La ausencia notable fue de la República Popular China, pero por razones de índole política sin relación con la Salud pública. La Conferencia culminó con la conocida Declaración de Alma-Ata, del 12 de septiembre de 1978. No cabe hipérbole en los alcances de esta Conferencia y de su Declaración, fue sin duda el evento sanitario más importante de la década y la Declaración de Alma-Ata, un referente inevitable de allí en adelante para cualquier discusión sobre políticas y sistemas de salud. Recordemos sólo algunos de sus puntos más destacados y que tuvieron influencia directa y decisiva en el desarrollo posterior de la OMS/OPS, de la política de salud de los países andinos y del propio Convenio Hipólito Unanue.

- La reafirmación de la salud como un derecho fundamental.
- El establecimiento de metas en salud para el año 2000 (Salud para todos en

el año 2000).

- La adopción de la APS como estrategia clave para llegar a las metas planteadas.

Se añade a lo anterior la reafirmación de la definición de Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social definiendo así una clara orientación de las acciones que comprende la estrategia de APS.

En los años siguientes cada uno de los Ministerios de Salud de los países de la subregión, en mayor o menor medida, incorporó la estrategia de la APS, y marcó un cambio en el paradigma hasta entonces vigente en el campo de la salud pública. Los procesos de reforma del sector salud que se iniciarían en la siguiente década fueron en gran parte herederos de Alma - Ata, aunque con un enfoque sesgado por factores de las reformas estructurales.

En la siguiente década, la de los 80, y apoyándose en la primavera democrática que recorrió el subcontinente, el Convenio se reorientó y preparó para su reinvenición, que ocurriría en la segunda mitad de los años 90, cuando recibió el impulso político que a su vez dependía de un entorno mundial radicalmente diferente al de sus épocas fundacionales. En los años finales de la década de los 70, en 1978 se declara oficialmente la erradicación de la viruela en el mundo por la OMS.

En el Convenio Hipólito Unanue, luego de esta primera década que podemos denominar de formación y en la que predominaron las políticas nacionales de salud, se prepara una etapa en la cual se buscará la integración a través de la armonización de políticas nacionales.

Para el año de 1981, en la VIII Reunión de Ministros de Salud, se estableció como prioridad el tema de la atención primaria de salud para áreas rurales, ubicándola como parte integral de un Sistema Nacional de Servicios de Salud dentro del marco del desarrollo nacional y expresaron su apoyo para la extensión de la cobertura y el intercambio de información.





XXVI REMSAA, Santiago de Chile 2005



XXVI REMSAA, Santiago de Chile 2005



## CAPÍTULO V



# LOS AÑOS 80 Y LOS LÍMITES DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE





Al revisar los años transcurridos durante la segunda década de existencia del Convenio Hipólito Unanue se evidencia una pérdida de dinamismo en el proceso de integración; el Convenio continuó con su marcha habitual, las reuniones de Ministros de Salud (REMSAA) no se detuvieron, las Comisiones continuaron elaborando propuestas y una abundante circulación de las mismas se encontrará sin duda en los archivos de los respectivos Ministerios, pero de alguna manera el entusiasmo, casi fervor integracionista, que había alentado la creación no sólo del Convenio Hipólito Unanue, sino el propio Acuerdo de Cartagena, se había encontrado con los límites de la propuesta original.

Esa era una percepción generalizada y pese a los esfuerzos de los funcionarios comprometidos con este proceso, era un inevitable reflejo del clima político de nuestros países, que había hecho variar a sus respectivas políticas nacionales, las que se orientaron, por diversas circunstancias ajenas, a buscar otras opciones para el desarrollo nacional en las cuales la integración no era la prioridad. Tal vez sea, en el símil orgánico con que orientamos esta breve relación, un periodo en el que para el proceso integracionista en general, y en el ámbito de la salud específicamente, predominaron los tonos grises, y en algunos casos las sombras frente a los planteamientos mucho más vivaces de la primera década del Convenio; pero en todo momento se mantuvo, aunque débil, una pequeña luz que iluminaba el camino de la integración.

En el período se realizan siete Reuniones de Ministros de Salud de la subregión andina,<sup>22</sup> los secretarios ejecutivos cumplidamente desarrollaron sus actividades, pero los resultados fueron escasos. La realidad es que frente a las fuerzas actuantes en los países de la subregión en esta década, que algunos analistas empezaron a llamar luego la “década perdida” de Latinoamérica, el sólo hecho de haber conservado el proyecto y mantenido la vigencia y existencia del Convenio es un logro notable; y por otra parte, algunos de sus logros, como el de políticas comunes sobre los medicamentos esenciales, son el origen de lo que en la siguiente década y hasta la actualidad se avizora como uno de los campos en que es más fructífera la integración.

Al releer los documentos de las Resoluciones de las siete REMSAA del período, lo primero que llama la atención es la gran cantidad de propuestas sobre los más diversos temas concernientes a la salud de los países de la subregión que se remiten a los órganos de decisión del Convenio, pero que se traducen en Resoluciones en las que, no se encuentra el carácter resolutivo. En general “se expresa la preocupación” o se “invoca” la adopción de medidas sobre los temas tratados, pero se extraña términos como “Establecer”, “Adoptar”, o semejantes, que pudieran mostrar el avance en políticas comunes.

El fenómeno es perceptible desde la primera REMSAA del periodo (REMSAA VII), la desarrollada en Quito, Ecuador, en 1980, en la cual además de las respectivas Resoluciones se emite un “Acuerdo” y una “Declaración” —que se denominaría Declaración de Pichincha— donde los

---

<sup>22</sup> REMSAA VII Quito, Ecuador, junio 1980; REMSAA VIII Caracas, Venezuela, agosto 1981; REMSAA IX Bogotá, Colombia, junio 1982; REMSAA X Santa Cruz, Bolivia, septiembre 1983; REMSAA XI, Lima, Perú, diciembre 1985; REMSAA XII Quito, Ecuador, noviembre 1987; REMSAA XIII Caracas, Venezuela, abril 1989



Ministros de Salud de la subregión, en un lenguaje diplomático, expresan la necesidad de un apoyo político de parte de los países para continuar el camino de la integración en salud. Así se acuerda *“Solicitar a los señores presidentes de países del Área Andina, que en la reunión que celebrarán en diciembre de este año, consideren de alta prioridad el apoyo a la salud subregional.”*<sup>23</sup>

Podemos interpretar esta declaración como una llamada de auxilio hacia los actores políticos de la subregión desde un Convenio que por su propia naturaleza técnica se encontraba necesitado de la decisión política de sus países para obtener resultados.

## **5.1 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y EL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

El sector salud de los países latinoamericanos en general y el de los países de la subregión andina, en particular, se reconocía como ineficiente y poco equitativo desde los años 70, lo que explicaba que los niveles de salud fueran inferiores aun a lo que podía esperarse debido al incipiente desarrollo económico. Hasta entonces, el modelo seguido para revertir esta situación era el de ampliación de la cobertura, pero la Declaración de Alma-Ata y la incorporación - promovida por la OPS - de la estrategia de la APS, así como las metas concretas que se plasmaron en el lema de “Salud para todos en el año 2000”, llevaron a los Ministerios de la subregión a intentar extender, bajo el principio de la APS, los servicios de salud a los sectores rurales y urbano - marginales.

Los logros sin embargo fueron escasos y disímiles, pues Alma-Ata, suponía la adopción

de los principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, de eficacia de los mismos en función del costo y el de la participación comunitaria; pero la difícil coyuntura de la época, con una crisis económica que golpeó duramente a la región, limitó los esfuerzos financieros, al tiempo que un conjunto de gobiernos de carácter represivo limitaba la participación comunitaria. No menor participación en esta falta de resultados fue el tradicionalismo de la orientación medicalizante y biomédica que era hegemónica en los círculos de médicos decisores de política en los Ministerios.

La crisis económica que afectó a todos los países de la subregión obligó a estos a recurrir en el transcurso de la década de los 80 al apoyo del Fondo Monetario Internacional (FMI), el que dentro del conjunto de medidas de ajuste estructural que puso como condición para colaborar en la crisis de la deuda externa que nos agobiaba, exigió a los gobiernos una drástica reducción de los gastos del estado. Estas medidas afectaron directamente al gasto social y por ende a los sectores sociales más desfavorecidos en aspectos clave como los que correspondían al sector salud. La reducción del gasto en el sector salud naturalmente agravó la situación de los servicios, formándose un círculo vicioso que hizo aún más imperativa la necesidad de reformar el sector.

Los procesos de reforma, con la marcada influencia de las tendencias neoliberales de la década, se iniciaron en la subregión con el proceso de reforma en Chile, que partía de una estructura del sistema de salud semejante a todos los otros países, por lo que su desarrollo marcó una alternativa que luego en diferentes medidas asumirán algunos otros países de la subregión. Venezuela y Bolivia habían iniciado procesos previos pero con cambios que, dilatados en un periodo de varias décadas, no tenían las características de cambio radical que se observó en el caso de Chile,

<sup>23</sup> Declaración de Pichincha. Quito 20 de junio de 1980



que inicia su proceso de reforma a inicios de la década.

El Ministerio de Salud en Chile empezó a definir políticas y establecer programas, el FONASA pasa a ser el financiador de los servicios públicos de salud y es responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros para el nuevo sector salud. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se convierte en el prestador público a través de 27 entes autónomos descentralizados, quienes se hacen cargo de la infraestructura hospitalaria de todo el país (aproximadamente 188 hospitales en esa fecha).

Al poco tiempo se profundiza la reforma con dos medidas que modifican radicalmente el sistema: En 1981 por el DFL 1-3.063 se municipalizan los centros de atención primaria, pasando en consecuencia, a lo largo de los siguientes años, el 70% de los establecimientos a las municipalidades. Estos Centros tenían bajo su responsabilidad la salud de los niños desde su nacimiento hasta los 14 años, la consulta simple y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar.

La segunda medida es de carácter más radical: por el Decreto Ley 3.626 se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) como entidades administradoras de un seguro de salud. El trabajador dependiente puede optar por adquirir su seguro obligatorio de salud en el sistema público (Fondo Nacional de Salud - FONASA) o en el sistema privado (Instituciones de Salud Previsional - ISAPRE).

Las ISAPRE operaron inicialmente sólo como un sistema de seguros de salud, los cuales son contratados por los asegurados y en el cual los beneficios dependen de la prima que se pague. Los prestadores de los servicios son entidades privadas: clínicas, hospitales y profesionales

independientes, sin embargo en la posterior evolución del sistema se producen integraciones verticales por las cuales las ISAPRE adquieren hospitales y clínicas. La reforma del sector salud en Chile no se agota con las reformas presentadas, pues continuará el proceso en la década de los 90 en gran medida a fin de corregir consecuencias de estas primeras medidas. El detalle de esas nuevas reformas se revisara en el contexto de los años 90.

## 5.2 LAS REMSAA DE LOS 80

El cambio de década y de entorno para la integración coincide con el término del segundo período del Dr. Alfredo Lynch de Perú, sucediéndolo Roberto Acosta Borrero, de Colombia, elegido precisamente en la REMSAA VII, primera de la década, para hacerse cargo de la Secretaría Ejecutiva a partir de enero de 1981. El reconocimiento a la labor desplegada por el Dr. Lynch se evidenció al designarlo como “Consultor Emérito” del Convenio.

En la REMSAA VIII, (Caracas, Venezuela, agosto 1981) y como respuesta a la Resolución REMSAA V/69 por la cual se solicitaba a los organismos de integración del Pacto Andino coordinar esfuerzos y establecer mecanismos de cooperación. Se recibe de la Junta del Acuerdo de Cartagena la propuesta de la creación de un “*Sistema de coordinación permanente entre los Convenios de Integración Andina*”, el cual es aprobado con ligeras modificaciones,<sup>24</sup> dando así un paso, todavía insuficiente pero promisorio, hacia lo que ya en la próxima década será la creación del Sistema Andino de Integración. En la misma REMSAA VIII se recibe la adhesión del Reino de España en calidad de observador. Desde esta REMSAA se establece, además de las Resoluciones respectivas, el mecanismo de “Re-

24 Resolución REMSAA VIII/130



comendaciones” de la Reunión de Ministros, siendo las primeras referidas a enfermedades metaxénicas.

La REMSAA IX, realizada en Bogotá, en junio de 1982, se centra en los medicamentos esenciales, preocupación de los Ministros de Salud, lo que continuara en próximas Reuniones de Ministros. Se había adoptado ya un listado de medicamentos esenciales, pero la disponibilidad de los mismos en cada país era un verdadero problema que se buscaba enfrentar colectivamente. Así, a través de la Resolución REMSAA IX/153 se crea el “Programa de adquisición y suministro de insumos para la fabricación de medicamentos prioritarios por contrato con laboratorios existentes en la región”. Excepcionalmente se dotó de un presupuesto de US \$ 30,000 dólares por cada país para el desarrollo del programa. Al coincidir esta REMSAA con el término del mandato del Secretario Ejecutivo, la REMSAA IX acordó reelegir por el período entre enero de 1983 y diciembre de 1984 al Dr. Roberto Acosta Borrero.

Pese a lo señalado sobre el Programa de Insumos, en la REMSAA X (Santa Cruz, Bolivia, septiembre 1983), se acuerda instruir a la Secretaría para que “continúe dando los pasos más ágiles para la concretar los mecanismos que pongan en vigencia el programa”, refiriéndose al programa de insumos aprobado un año antes y evidenciando así que si bien la orientación era adecuada para pasar de una política declarativa a una de resultados concretos, los mecanismos de ejecución no tenían todavía la fortaleza necesaria.

La REMSAA XI (Lima, diciembre de 1985) tiene un carácter bastante administrativo; por una parte, luego de analizar los gastos administrativos de la Secretaría se acuerda que estos no deben superar el 18% de los aportes y se solicita para el caso el apoyo administrativo de la OPS. En esa misma REMSAA se acuerda la

elección del nuevo Secretario Ejecutivo, existiendo la propuesta del gobierno de Venezuela, se elige al Dr. Arcadio Andrade Duque, para el período 1986-1987.

Aumentando la proyección continental del Convenio, se acepta la adhesión de Panamá como observador, así como en la anterior REMSAA se había aceptado la adhesión, en la misma condición, de Brasil.

Todos los desarrollos señalados no pueden analizarse sin el correlato de lo que ocurría en el proceso integrador mayor que es el Acuerdo de Cartagena. Hacia 1986, se percibía entre los miembros del Acuerdo una sensación de haber encontrado límites al proceso tal como estaba inicialmente planteado desde 1969, por lo que se acuerda un Protocolo Modificadorio, que flexibilizó el Acuerdo, entre otras medidas con la decisión de que se adoptará en forma progresiva el arancel externo común y la armonización de políticas económicas concordantes con el modelo de sustitución de importaciones, que aún subsistía en esa época.

La REMSAA XII (Quito, Ecuador, noviembre 1987) muestra por primera vez la preocupación oficial del Convenio por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), instando a los países a que “redoblen esfuerzos para adoptar las medidas sanitarias para su prevención y evitar su difusión”. Asimismo, habiendo concluido el período del Dr. Arcadio Andrade, se elige como nuevo Secretario Ejecutivo del Convenio al Dr. Hugo Urquieta Morales, de la República de Bolivia, para el bienio del 1° de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1989.

La preocupación por fortalecer la capacidad operativa del Convenio sigue presente y en este caso, en la REMSAA XIII (Caracas, abril 1989) se dedica una resolución especialmente para tratar el agudo problema financiero por la falta de aportes de los países<sup>25</sup>. En efecto y

25 Resolución REMSAA XIII/214



como era esperable, al no encontrarse el Convenio Hipólito Unanue entre las prioridades políticas de los países miembros, las cuotas - que por cierto habían tenido varios incrementos a lo largo de los años - no habían sido cubiertas, llevando al Convenio a una situación extrema. Aun aplicando las medidas que limitaban el gasto administrativo al 18 % de los aportes, el desbalance obligó a revisar todas las cuentas y tomar medidas correctivas sobre la disposición de fondos<sup>26</sup>. Finalmente, en esta REMSAA XIII se autoriza una profunda reorganización del CONHU modernizando y haciendo más ligera su estructura administrativa.

La siguiente REMSAA ya corresponde a la década de los 90, pero en septiembre de 1989 los Ministros de Salud de la subregión debían participar en la reunión del Consejo Directivo de la OPS en Washington y en esa reunión, en una REMSAA extraordinaria, fue elegido el nuevo Secretario Ejecutivo para el período 1990-1991: el Dr. Nazario Román Armendáriz, de la República de Ecuador.

### **5.3 DÉCADA PERDIDA O DÉCADA DE LA RESISTENCIA**

El término “Década perdida” se difundió en los predios de los analistas políticos económicos a la luz de los resultados económicos de la década de los 80 en América Latina; y se refiere a las tasas negativas de crecimiento, la disminución del ingreso per cápita con salarios en promedio inferiores en 50% a los de inicio del periodo y una inflación que en promedio superó el 1000% para toda la región. La crisis de la deuda hizo que de receptora de capital vía préstamos e inversiones la región pasara a exportadora neta de capital por el pago de la

deuda externa. Los indicadores de desarrollo sin duda marcan la época pero múltiples analistas señalan que las políticas utilizadas para contrarrestar la crisis de la deuda empeoraron el problema.

Políticas de apertura brusca de mercados que destruyeron el mercado interno, ajustes fiscales que redujeron la capacidad adquisitiva de los ciudadanos y en general políticas que restringieron el gasto social. Ese fue el contexto en el que se desarrolló el proyecto de integración en salud en los 80, pero pese a ello y más aun enfrentando esas políticas, el Convenio Hipólito Unanue como expresión del pensamiento de los Ministros de Salud de la subregión mantuvo la visión de enfrentar las posiciones extremas tratando en la medida de lo posible mantener el objetivo en la salud de los ciudadanos entendiendo la salud como un derecho y no un producto sometido a las leyes del mercado.

Una evaluación de los primeros veinte años del Convenio Hipólito Unanue, nos muestra un panorama poco alentador. Los resultados concretos son pocos y el apoyo político que debería brindar el impulso integrador en salud es aún más escaso; esto se tradujo hasta en crisis institucionales de gravedad, pero también hemos señalado que pese a todos esos inconvenientes, multitud de funcionarios en los distintos Ministerios de Salud de la subregión, durante esos veinte años, esforzadamente conformaron numerosas comisiones sobre temas diversos, aportando luces sobre los problemas comunes. En muchos casos no llegaron a plasmarse en resultados concretos, salvo un porcentaje menor, pero eso respondió a un entorno mundial que obligó a replegarse a cada uno de los países en políticas hacia el interior de sus fronteras. La crisis mundial golpeó gravemente a América Latina y a todos los países de la subregión, el optimismo de los 70 se enfrentó a la dura realidad de la década perdida de los 80.

<sup>26</sup> Resoluciones REMSAA XIII/215 y XIII/216





XVII REMSAA Extraordinaria, Lima, octubre de 2005



XXVII REMSAA, Bogotá, marzo del 2006





## CAPÍTULO VI



# LOS AÑOS 90 LA DÉCADA DE LAS REFORMAS



---

## 6.1 EL ENTORNO INTERNACIONAL, EL CONSENSO DE WASHINGTON Y LA SUBREGIÓN ANDINA

La década de los años 90 se caracteriza, en el ámbito internacional, por el predominio de un conjunto de políticas económicas y estructurales que se denominó el “Consenso de Washington” y que tiene una curiosa historia que relata el propio autor del término<sup>27</sup>. Originalmente, en un documento de noviembre de 1989 titulado “*What Washington Means by Policy Reform*”, preparado para una conferencia, John Williamson intentó sintetizar lo que a su entender eran las políticas deseables por un conjunto variado de actores políticos y económicos nucleados alrededor de ese centro de decisiones que es Washington, sin referirse a la política oficial de algún país, gobierno u organismo internacional. En realidad el ámbito de aplicación del listado de diez políticas que enunciaba Williamson se refería exclusivamente a América Latina, pero pronto su lista desbordó los límites señalados y se convirtió en un listado de políticas deseables, y en muchos casos exigidas a los gobiernos, por los organismos multilaterales de financiamiento.

Las políticas adquirieron pronto un carácter de programa para el neoliberalismo. Las diez políticas inicialmente enunciadas y las que paradójicamente no eran asumidas como las más adecuadas por su autor, sino sólo como el reflejo de una realidad existente son:

1. Disciplina fiscal
2. Reordenamiento de las prioridades del gasto público
3. Reforma Impositiva
4. Liberalización de las tasas de interés
5. Tasas de cambio competitiva
6. Liberalización del comercio internacional
7. Liberalización de la entrada de inversiones extranjeras directas
8. Privatización
9. Desregulación económica
10. Derechos de propiedad

En la subregión andina, a inicios de los años 90, todos los países, en mayor o menor medida, salían de la crisis de la década anterior y se encaminaron a un periodo de reformas estructurales impuestas por los organismos multilaterales, que por cierto seguían el consenso de Washington. Esto signó un panorama político ya de por sí bastante complicado.

Es en ese mismo año que, luego de gestiones al más alto nivel del Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue, se logra la reincorporación como socio de pleno derecho de Chile en el

---

27 Williamson, John. A Short History of the Washington Consensus. Paper commissioned by Fundación CIDOB for a conference “From the Washington Consensus towards a new Global Governance,” Barcelona, September 24–25, 2004.

---

## 6.2 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LA DÉCADA DE LOS 90

Las reformas estructurales de los 90 no sólo abarcaron el ámbito de lo macroeconómico, también alcanzaron al sector salud. La Reforma del sector salud es un término que desde inicios de los 90 puebla los despachos, no sólo de los Ministerios de Salud, sino de los Ministerios de Economía, donde funcionarios convencidos de las bondades infalibles del mercado y dotados de una fe irredenta en una perspectiva economicista de las políticas sociales del Estado impulsaron, con la ayuda de organismos multilaterales, una agenda de reformas en el sector salud que buscaban su “eficiencia”, aunque, por lo menos en sus inicios, no existía un consenso sobre lo que debía entenderse por reforma y mucho menos en qué consistía esa búsqueda eficiencia.

El impulso político para el proceso de reforma se manifiesta desde la I Cumbre de las Américas en 1994 en la que se logró el compromiso de todos los países concurrentes en los objetivos y contenidos del proceso de reforma, los que debían determinar y luego garantizar el acceso a determinados servicios sanitarios básicos al tiempo que se mejoraba la calidad de los mismos. Se asumió como criterios rectores de la reforma los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Posteriormente una reunión organizada por la OPS en 1995 consensuó en una definición ampliamente usada desde entonces:

*“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el*

*propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.*<sup>28</sup>

Como hemos indicado anteriormente el proceso de reforma del sector salud en la subregión andina se había iniciado en la década anterior en Chile pero en esta nueva década la que inicia el proceso es Colombia que en 1993, a través de la Ley 100, reformó su sistema de salud bajo un modelo que se denominó de competencia regulada o pluralismo estructurado; a diferencia del caso chileno, en Colombia el sistema se basaba en el aseguramiento universal mediante el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que define un fondo de solidaridad y un plan obligatorio de servicios. La población asegurada se segmenta en dos regímenes, el primero contributivo y el segundo subsidiado; el régimen contributivo cubría al 29% de la población que tiene ingresos por encima de un nivel establecido por el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios.

Existe un tercer sector de la población, aquel que no está afiliado y que sólo utiliza los servicios de salud del estado, representaba un 45 % de la población, y en tanto no se lograra incorporarlos seguirían con esa cobertura. Los servicios de salud pueden ser prestados por Entidades Promotoras de la Salud (EPS) o por Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Las EPS pueden ser de régimen público o privado y administran los servicios contratando a proveedores que también pueden ser públicos o privados. Estas EPS deben ofrecer unas prestaciones obligatorias o “Plan Obligatorio de Salud” (POS), que se diferencian en

---

28 Infante Alberto, Mata Isabel de la, López-Acuña Daniel. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Publica. 2000 Aug; 8(1-2): 13-20

---

uno adecuado a los del régimen contributivo (POS-C) y otro para los del régimen subsidiado (POS-S). En la lógica de desarrollo del sistema subyace que según fuera aumentando el Fondo, cada vez más ciudadanos que no tienen cobertura de aseguramiento pasarán al régimen subsidiado y obtendrían por tanto acceso a un plan de salud subsidiado (POS-S).

### 6.3 LAS REMSAA DE LOS 90

La REMSAA XIV (Cartagena de Indias, febrero de 1990) marca un giro en la política del Convenio Hipólito Unanue, que luego de su primera reorganización de fines de los 80 se aboca a definir con mayor claridad el rol que debe cumplir; el cual lo entiende como promotor y ejecutor de la Cooperación Andina en Salud (CAS). Concepto nuevo y con aliento de futuro; pero que lo ubica además como un órgano del Acuerdo de Cartagena. Tres resoluciones son de capital importancia. La primera (Resolución REMSAA XIV/235) es de carácter político y se refiere al *“Fortalecimiento del marco conceptual de las actividades del Convenio”*. Su redacción es muy clara. Los Ministros de Salud afirman:

*“Ratificar su voluntad política de hacer del Convenio Hipólito Unanue, como órgano del Acuerdo de Cartagena, un instrumento adecuado y eficaz para lograr la integración subregional andina en salud”*.<sup>29</sup>

El término *“voluntad política”* vuelve a escucharse en el Convenio Hipólito Unanue, no como una aspiración sino como un hecho; y marcados por el espíritu de la época hacen una mención específica a la Atención Primaria de Salud la cual, al haber sido adoptada por todos los países en la Conferencia de Alma Ata se convierte en

un componente aglutinante de las políticas andinas. Así los Ministros resuelven:

*“Decidir que la estrategia de Atención Primaria de Salud constituye eje orientador de las acciones del Convenio y de las políticas nacionales de salud”*.

El marco de referencia del Convenio queda así plenamente clarificado. El Convenio Hipólito Unanue busca integrarse como un órgano del Acuerdo de Cartagena, en la forma que se definirá más adelante, pero además se evidencia un cambio en el lenguaje de sus resoluciones que dejan de lado los diplomáticos términos de *“instar”*, *“recomendar”* e *“invocar”* por un clarísimo *“decidir”*. Maravillas que obra la voluntad política.

Una segunda resolución fundamental es la Resolución REMSAA XIV/236 que establece las áreas prioritarias en las que se centrará la acción del Convenio:

1. Infraestructura de los Servicios de Salud
2. Salud Materno Infantil
3. Control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores
4. Prevención y control de la fármaco dependencia.
5. Preparación para desastres y atención de emergencias
6. Salud Ambiental<sup>30</sup>

Las áreas priorizadas aun no enfatizan zonas de frontera y tampoco hacen mención a políticas comunes, en realidad reflejan al comienzo de esta década una evolución desde la perspectiva inicial de abordar los temas con una perspectiva exclusivamente nacional hacia la de definir temas comunes en los que la colaboración entre los países se presenta auspiciosa. Lo que es evidente es que ya los temas no sólo entienden la salud como un espacio para la integración económica sino como un

---

<sup>29</sup> Resolución REMSAA XIV/235:

<sup>30</sup> Resolución REMSAA XIV/236

aspecto diferenciado e importante de las políticas sociales.

La tercera resolución en esta REMSAA (Resolución REMSAA XIV/237) además de encargar específicamente al Secretario Ejecutivo el desarrollo de esta nueva agenda en coordinación con otros órganos subregionales, ratifica a los Directores de las Oficinas de Relaciones Internacionales de cada Ministerio como los coordinadores de la Cooperación Andina. En los años anteriores se habían generado numerosas comisiones técnicas que produjeron cierta dispersión y existía el riesgo de perder la perspectiva unitaria de los objetivos, por lo que esta ratificación se tornaba de importancia.<sup>31</sup>

Aunque de naturaleza distinta a las decisiones políticas anteriores es en esta REMSAA en la que se inicia un proceso de cooperación que ha tenido una fértil continuidad: se establece el 29 de abril como “El día andino de la vacunación”. Los esfuerzos de cada país se dirigen por entonces a sus respectivos Planes ampliados de inmunización, que a su vez derivaban del compromiso asumido por todos ellos en cumplimiento de la Resolución 2757 de la Asamblea General de la Salud de 1974.<sup>32</sup> En nuestro hemisferio, la Organización Panamericana de la Salud la aprobó en su XXV Reunión en septiembre de 1977 y la consideraba como estrategia esencial para conseguir el objetivo de salud para todos en el año 2000<sup>33</sup> y había tenido avances significativos que se reforzaron con esta declaración que luego se convertiría en la semana andina, luego sudamericana finalmente americana de vacunación.<sup>34</sup>

El inicio de la década coincide con el retorno de una pandemia a nuestra región: la epidemia de cólera que se inicia en diversas ciudades

costeras peruanas en enero de 1991 y que se disemina rápidamente. En menos de un mes llega a la zona andina y a los dos meses abarca la región amazónica de Perú. Para fines de marzo de 1991 aparecen brotes en Ecuador, Colombia, Chile y Brasil. La rápida difusión de la epidemia pone en evidencia la fragilidad de los sistemas sanitarios de la región y especialmente las enormes brechas en saneamiento básico que afectaban a nuestros países. La última epidemia que había afectado a la subregión era del siglo XIX (Chile 1863) y había ocasionado más de 28,000 muertes. Los temores que se generaron en toda Suramérica eran fundados pues por el tiempo transcurrido entre las dos epidemias ni los sistemas ni el personal de salud tenían experiencia en cómo enfrentarla y las primeras estimaciones preveían que pronto afectaría a toda la región.

Se convoca a una II REMSAA extraordinaria, que se desarrolla en Lima en febrero de 1991. Los Ministros deliberan y declaran ser “*Conscientes de la magnitud del problema de la epidemia del Cólera que afecta al Perú y que podría constituir un factor de daño a la salud de la población de América Latina y del Caribe.*” Es la primera ocasión desde el inicio del Proceso de integración que se enfrenta una amenaza de esta magnitud en la subregión y la respuesta es rápida y coordinada: se aprueban tres resoluciones, destinadas respectivamente a tomar “*medidas para afrontar el problema del Cólera*”, Definir “*Estrategias para evitar la propagación del Cólera*” y finalmente “*Establecer un sistema de información sobre el Cólera*”.<sup>35</sup> Asimismo se dispone evaluar la epidemia en la próxima reunión ordinaria unos meses después.

La REMSAA XV (Sucre, abril de 1991) aunque toca diversos temas continúa signada por

31 Resolución REMSAA XIV/237

32 El programa ampliado de inmunizaciones ha sido adaptado a cada región con recomendaciones de las agencias regionales de la OMS; en todos los casos tiene por objetivos disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas, mejorar las coberturas de vacunación y erradicar diversas enfermedades.

33 Valenzuela B María Teresa, O’Ryan G Miguel. Logros y desafíos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en la región de las Américas. Rev. méd. Chile. 2000 Ago; 128(8): 911-922.

34 La semana de la vacunación de las Américas (SVA) se instituye a partir del año 2003

35 Resoluciones REMSAA extraordinaria II/1; II/2 y II/3



la epidemia, pues las primeras evaluaciones de la epidemia mostraban que además de la afectación de la salud de la población la epidemia tenía un inmediato efecto en la economía de los países afectados, pues otros países tratando de contener la diseminación de la epidemia impusieron medidas restrictivas a las exportaciones. La industria agroexportadora y especialmente la de especies marinas tuvieron un deterioro inmediato.

La preocupación de los países se manifiesta a través de la Resolución REMSAA XV/253 en la que se reconocía “el deterioro de la situación de salud, especialmente de los grupos más desprotegidos y afectados por la crisis económica” y además que existía “una incipiente, pero aún limitada, capacidad de accionar Subregional en el terreno sanitario” Entendiendo que el problema rebasaba las capacidades de los Ministerios de Salud y de la cooperación entre ellos solicitaron que se tocara el tema en el más alto nivel político solicitando se diera la mayor prioridad a la mejora de los servicios de salud y saneamiento ambiental para lo cual recomendaban se reorientaran los presupuestos nacionales y los recursos de créditos. Esa era sin duda una muestra del nuevo rol político de integración en salud que asumía el Convenio.

En lo operativo se constituyó un grupo de trabajo con sede en Lima integrado por los seis países y la OPS para que formulara un Programa Andino de Emergencia en Salud frente al Cólera (PAES - COLERA) que se debería presentar al Consejo Presidencial Andino que se reuniría en el siguiente mes de mayo en Caracas considerando seis componentes:

1. Mejora en la cobertura y calidad de saneamiento básico, en base a la propuesta presentada por la OPS / OMS.
2. Fortalecimiento de la capacidad operativa de los Servicios de Salud, con énfasis

- en el desarrollo de los recursos humanos y en la provisión de insumos críticos
3. Impulso al programa de control de enfermedades diarreicas
4. Desarrollo de un Sistema de Información y Comunicación Social
5. Reforzamiento del Área de Vigilancia Epidemiológica Activa
6. Desarrollo de investigación, que sistematice y genere conocimiento que oriente mejor las acciones en las diferentes áreas<sup>36</sup>

Paralelo a estas preocupaciones de los Ministerios de Salud, los Presidentes de los países andinos, a través de las Cumbres Presidenciales, también tomaban decisiones para mejorar los mecanismos de integración y deciden conformar una Comisión de Reforma del Sistema Andino de Naciones, que tendrá influencia en la articulación de los distintos órganos de integración entonces existentes, entre ellos el Convenio Hipólito Unanue.

Era ya evidente por entonces que los distintos órganos de integración estaban insuficientemente articulados, pero no sólo entre ellos sino incluso dentro de sus propios sectores como ocurría con los Ministerios de Salud de los países del Convenio Hipólito Unanue en los cuales las actividades del Convenio eran poco conocidas fuera del ámbito de las Oficinas de Cooperación Internacional de cada Ministerio. La REMSAA decide elaborar material informativo y difundirlo entre las Autoridades del Sector Salud, Unidades de Planeación Nacional, Ministerios de Relaciones Exteriores, Agencias de Cooperación Externa, Organismos Subregionales y Organismos No Gubernamentales <sup>37</sup>, con el objeto de mejorar la articulación con los actores nacionales e internacionales del sector salud.

En esa misma orientación de apertura del Convenio se promueve la participación de otros or-

36 Resolución REMSAA XIV/253

37 Resolución REMSAA XV/254

ganismos, y así en la REMSAA XV de Sucre participan Representantes del Ministerio de Salud y Consumo de España, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) de los Estados Unidos y del Comité para el Desarrollo de las Acciones de Salud de Alberta, Canadá.<sup>38</sup> En la misma REMSAA se acepta en calidad de observadores permanentes del Convenio a las representaciones de los Ministros de Salud del Reino de España, de la República de Argentina, República de Cuba y la República de Chile<sup>39</sup>

La presencia de Chile como observador en esta REMSAA obedece a un proceso en marcha en el cual coinciden, por una parte la voluntad de reintegración a diversos foros de la recientemente recuperada democracia del país del sur, con la necesidad sentida por los otros países andinos de reincorporar al proceso de integración en salud a un hermano país que por cierto era uno de los fundadores del proceso en 1971.

La situación política en Chile había cambiado radicalmente; luego de 17 años de gobierno militar desde 1990 gobernaba Chile don Patricio Aylwin demócratacristiano, y primer presidente democrático de la “Concertación de partidos por la democracia”. Como detalle de justicia histórica debemos señalar que su Ministro de Salud era el Dr. Jorge Adolfo Jiménez de la Jara, hijo del Dr. Oscar Jiménez Pinochet, también médico, quien había sido Ministro de Salud durante el gobierno de Salvador Allende depuesto precisamente por el gobierno militar. La situación de la participación de Chile en el Convenio Hipólito Unanue era formalmente de suspensión, pues si bien el entonces gobierno militar había anunciado su retiro del Convenio, como lo había hecho también del Acuerdo de Cartagena, en el caso del Conve-

nio Hipólito Unanue nunca se había concretado la denuncia del mismo.

En una REMSAA extraordinaria realizada en Washington, en septiembre de 1991 se había elegido como nuevo Secretario Ejecutivo al ex ministro de salud del Perú Dr. Carlos Bazán Zender, quien inmediatamente luego de asumir el cargo inicia coordinaciones con el Ministro de Salud de Chile las que se concretaron en un acuerdo por el cual al no haber existido una denuncia formal del convenio por el gobierno chileno sólo estaba pendiente el abono de las cuotas atrasadas para reasumir su condición de miembro pleno. Por acuerdo de todos los ministros se decidió que sólo sería necesario el abono de la cuota regular. En el intervalo el Ministerio de Salud de Chile continuaba en su condición de observador permanente.

En la renovación bianual de Secretario Ejecutivo del Convenio, en este periodo se incorpora una nueva modalidad, pues fue el gobierno del Perú el que presentó oficialmente como candidato al ex Ministro de Salud de ese país Carlos Bazán. Hasta entonces la elección del Secretario era una potestad interna de las REMSAA, pero en este caso, coincidentemente con el nuevo enfoque político que retoma el Convenio, la elección se realiza por acuerdo de los países. El nuevo Secretario Ejecutivo tendría un prolongado periodo de cinco años durante el cual madurarían las orientaciones que ya hemos señalado.

La REMSAA XVI (Santa Cruz, septiembre 1992) continúa la línea de revitalizar el Convenio que ya tenía más de 20 años y acercándose a sus bodas de plata aun carecía de una evaluación exhaustiva de los logros alcanzados. Como decisión política se resuelve que “*a fin de poder revitalizar el Convenio Hipólito Unanue es necesario contar con un informe técnico de evaluación respecto a todas las*

38 Resolución REMSAA XV/260

39 Resolución REMSAA XV/261





*resoluciones de las REMSAA*”, encargándole al Secretario Ejecutivo el respectivo Informe Técnico el cual será evaluado por el Comité de Coordinación del Convenio.<sup>40</sup>

Culminando asimismo el proceso iniciado un año antes para la reincorporación de Chile al Convenio; en el intervalo entre la REMSAA XVI y la REMSAA XVII ambas ordinarias, el Ministerio de Salud de Chile presentó formalmente una solicitud, de fecha 10 de febrero de 1993, para ser reincorporado como miembro pleno, la cual fue aprobada en la REMSAA V extraordinaria realizada en Paracas, Perú, el 28 de febrero de 1993.<sup>41</sup> El Convenio Hipólito Unanue retomaba con beneplácito su conformación inicial.

La epidemia de cólera que habían enfrentado exitosamente los países andinos y la reincorporación de Chile al Convenio marcan la necesidad de fortalecer una estructura organizacional dentro de cada ministerio para la ejecución ordenada de la agenda de cooperación e integración en salud. Por ello en la VII REMSAA extraordinaria realizada en Washington en septiembre de 1993 se aprueba una estructura organizacional para la “Cooperación Andina en Salud. (CAS)” tanto al nivel de cada país como en el nivel subregional.

Se identifica en cada país un responsable político (los Ministros de Salud de cada país) y un responsable técnico (los jefes de las oficinas de cooperación internacional de cada ministerio) mientras que en el nivel subregional se reafirma el rol político de la REMSAA y se establecen dos niveles técnicos administrativos: la Reunión Subregional de Coordinación Político-Administrativa de la CAS y la Reunión del Comité de Coordinación del CONHU (COCONHU).<sup>42</sup> Se añaden en cada país los “Puntos Focales Nacionales” en cada una

de las áreas programáticas con su correlato a nivel subregional: la “Reunión Subregional de los Puntos Focales Nacionales”, en cada una de las áreas programáticas prioritarias.

La REMSAA XVII realizada en Cuenca, Ecuador, del 4 al 5 de noviembre de 1993 marca un punto de inflexión en el Convenio; pues desarrollando la estructura aprobada en la REMSAA extraordinaria de Washington realizada dos meses antes, se plantea por primera vez un Plan multianual de cooperación; el denominado “Plan de Acción Conjunto para el Cuatrienio 1994-1997” que es encargado a una Comisión específica; su objetivo es concretar lo que se entiende por Cooperación Andina en Salud la que según los propios Ministerios de Salud es un conjunto de *“mecanismos de cooperación, coordinación, complementación e integración de los países, en defensa y promoción de salud”*<sup>43</sup>

La incorporación de Chile, que ya participa como miembro pleno a partir de esta REMSAA, es ocasión de crear una nueva área prioritaria para la Cooperación andina en salud que se añade a las seis ya existentes que eran responsabilidad de los otros cinco países. La elección del área prioritaria recayó en un proceso que estaban desarrollando, en diversa medida, todos los países de la subregión pero que hasta entonces había estado ausente de los esfuerzos de integración, la “Modernización de los Sistemas de Salud en el Área Andina” lo que en realidad es una denominación alternativa al proceso de reforma de los sistemas de salud en la que todos los países de la subregión estaban incorporados siguiendo la agenda de la década.

Esta nueva área prioritaria es de naturaleza diferente a las anteriormente definidas; hasta entonces los temas de cooperación correspon-

40 Resolución REMSAA XVI/288

41 Resolución REMSAA Extraordinaria V/1

42 Resolución REMSAA Extraordinaria VII/1

43 Resolución REMSAA XVII/294

dían a lo que podríamos considerar temas sanitarios específicos pero sin un vínculo directo con las políticas internas de salud de cada país. No se discutía sobre los sistemas sino en todo caso sobre los efectos o limitaciones de los sistemas, plasmados en sus consecuencias en la población. El nuevo enfoque, más político, del Convenio, y el dinamismo derivado de la exitosa cooperación al combatir la epidemia del cólera conduce a los países a enfrentar temas estructurales como el que señalamos y que luego evolucionará hacia la búsqueda de políticas andinas. Chile que había desarrollado desde la década de los 80 un proceso de reforma que se encontraba más avanzado que los otros países de la subregión aceptó el encargo.

Otro acuerdo de esta REMSAA es también un punto de inflexión para futuros desarrollos del Convenio. Se acuerda recomendar a los países miembros que concedan atención prioritaria al desarrollo de la cooperación en las áreas fronterizas. Este era un tema que hasta entonces había sido extrañamente minimizado en la agenda de integración, pero que de ahora en adelante será una de las líneas de trabajo con mayor desarrollo. En esta primera aproximación se recomienda a los países que comparten fronteras que busquen desarrollar sistemas locales de salud.<sup>44</sup>

Otro ejemplo de este nuevo dinamismo del Convenio es la Resolución REMSAA XVII / 301, que marcando una clara diferencia con la redacción de las Resoluciones de la década anterior ya no “recomienda” a los Ministerios, sino que establece un plazo, en este caso hasta 1996, para una acción concreta: la erradicación del sarampión. El tema de medicamentos que desde sus inicios ha sido una de las preocupaciones del Convenio es revisado dándole una nueva orientación, la creación de políticas nacionales integrales

que bajo el liderazgo de los Ministerios de Salud abandonen la visión del medicamento como un producto más para que asuma su condición de *“insumo crítico para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades”*<sup>45</sup>

Una línea adicional se abre en esta Reunión de Cuenca, tan fructífera en términos organizacionales y programáticos. Se establece como una prioridad para los países de la subregión andina la salud de los pueblos indígenas. En un acto de justo reconocimiento a nuestra identidad no sólo se los identifica como un colectivo que ha sido insuficientemente atendido, lo que en todo caso podría ser sólo un problema de cobertura, sino que se hace un reconocimiento explícito a su condición cultural y su cosmovisión como uno de los ejes que deben marcar la atención de los Ministerios de salud. En la larga lucha de los Pueblos indígenas por lograr que los estados reconozcan sus derechos culturales, la Resolución REMSAA XVII/296: **La Salud de los Pueblos Indígenas como prioridad en los Países de la Subregión Andina, del 05 de noviembre de 1993.**

En la emisión de esta Resolución debe destacarse el aporte de Ecuador, que desde algunos años atrás desarrollaba, no sin tropiezos ciertamente, una política de salud incluyente para su población indígena que había brindado sus primeros frutos y que era vista con mucho interés por otros países de la subregión que, al igual que Ecuador, tienen una gran población originaria invisibilizada por un entorno cultural hegemónico occidentalizado.

Es de destacar como, desde el sector salud se ha producido lentamente una evolución en el acercamiento hacia lo que originalmente se denominaba folklore médico y por tanto se re-

---

44 Resolución REMSAA XVIII/297

45 Resolución REMSAA XVIII/302



legaba como un tema de antropólogos, hasta la nueva perspectiva que entiende a la medicina tradicional como un sistema distinto de salud, desarrollado y practicado durante siglos y milenios por nuestros pueblos originarios. Los Ministerios de Salud de la subregión paulatinamente han ido acercándose a los aspectos más complejos de la medicina tradicional, entendiendo ésta como un acervo cultural milenario, pero también como la forma en que se expresan, en el ámbito de la salud, nuestros actuales pueblos indígenas para quienes la medicina tradicional y la cosmovisión que la sustenta no es algo referido al pasado sino parte de su cotidianeidad.

La perspectiva de entender la salud de los pueblos indígenas es todavía enfocada en gran medida como un tema de cobertura, y así se evidencia en la redacción de la Resolución, reflejando la perspectiva consensuada de los ministerios pero pronto incorporará una perspectiva de derechos que conduce a la interculturalidad.





XXVIII REMSAA, Santa Cruz, marzo de 2007



XXIX REMSAA, Quito, abril de 2008



## CAPÍTULO VII



# NUEVAS ORIENTACIONES DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE







Luego de la REMSAA de Cuenca, las nuevas orientaciones del Convenio continúan su marcha, manteniendo tanto la dinámica de abrir el Convenio a nuevos observadores de la región como desarrollando las líneas de carácter político y estratégico ya definidas. En la VIII REMSAA extraordinaria de Ginebra (mayo 1994), se incorporan dos observadores permanentes más, ambos del cercano proceso de integración del MERCOSUR: Uruguay y Paraguay; en la IX REMSAA extraordinaria realizada en Washington (septiembre 1994) se incluye en la misma condición de observador a Guyana. Como veremos luego estos acercamientos no son sólo parte del proceso de apertura sino que tiene ya una direccionalidad que busca establecer lazos de coordinación y cooperación con los otros procesos de integración de la Región.

En cumplimiento de lo planificado según las nuevas orientaciones del Convenio se realiza la REMSAA XVIII (Santiago de Chile, noviembre 1994) en la cual se aprueban las “Líneas de acción del Plan de acción conjunto de la subregión andina para el cuatrienio 1994-1997”<sup>46</sup>. Esta definición no abandona las siete áreas prioritarias previamente identificadas y que estaban a cargo de los países, sino que busca establecer una priorización adicional para un Plan de acción. Así de las seis áreas priorizadas en la Resolución REMSAA XVI / 236<sup>47</sup> a la cual se añadió la séptima área priorizada asignada a Chile (Modernización de los Sistemas de Salud en el Área Andina) se definen tres para ser incluidas en el Plan de Acción aprobado:

- Componente Medicamentos Esenciales y Productos Biológicos, del Área prioritaria infraestructura de los servicios de salud.
- Todos los componentes del Área prioritaria preparación para desastres y atención de emergencias.
- Todos los componentes del Área prioritaria de salud ambiental, incluyendo salud de los trabajadores

La reciente inclusión del área priorizada de “Modernización de los servicios de salud”, por su propio carácter estructural se vincula y complementa en cada país con otras áreas priorizadas lo que causa una cierta superposición de actividades; se añade a esto la identificación de nuevos temas en los que deben participar los Ministerios de Salud y que no han sido previstos en las áreas temáticas existentes. En ese objetivo, la REMSAA, en primer lugar, cambia la denominación del área de “Infraestructura en los servicios de Salud”, que le tiñe de un carácter más bien operativo, por la de “Salud en el desarrollo” de un alcance mucho mayor y abarcativo. Se mantiene asignada a la República de Venezuela pero incluye como sus nuevos componentes la “participación del Sector Salud en las políticas sociales para la reducción de la pobreza, seguridad social, bioética y desarrollo tecnológico.”<sup>48</sup>

El área de “Modernización de los servicios de salud”, por su parte, tendrá como componentes los de *“recursos humanos, desarrollo de la capacidad gerencial, operación y mantenimiento*

---

46 Resolución REMSAA XVIII/315

47 1. Infraestructura de los Servicios de Salud, 2. Salud Materno Infantil, 3. Control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, 4. Prevención y control de la fármaco dependencia., 5. Preparación para desastres y atención de emergencias, 6. Salud Ambiental

48 Resolución REMSAA XVIII/319



de las estructuras físicas, medicamentos esenciales y productos biológicos”<sup>49</sup>, sin dejar de estar dirigido a lo que se entiende por Reforma del sector salud, lo que se precisa al distinguir como temas que deberá abordar los siguientes:

- I. Tema de la Rectoría, Normativa y Regulación en Salud.
- II. Tema de Financiamiento en Salud.
- III. Tema de la Provisión de Bienes y Servicios en Salud.<sup>50</sup>

En particular lo que se debate desde diferentes perspectivas en los países de la subregión es el financiamiento del sector salud y la participación del estado en el mismo. Las experiencias recientes de Chile y Colombia son las más conocidas y difundidas pero en diversa medida todos los países han desarrollado modelos alternativos de financiamiento de la salud. Lo que pretende el Convenio es compartir esas experiencias con el objetivo de buscar una orientación común o al menos, a partir de los desarrollos concretos, armonizar una perspectiva andina. Los expertos de cada Ministerio son convocados a reuniones en las que comparten experiencias, pero como veremos luego era casi imposible que en este punto se pudieran desarrollar políticas comunes.

Los nuevos temas de carácter más político y estructural que surgen en el Convenio Hipólito Unanue no significa que se abandonen los temas que desde el inicio del proceso se habían identificado, tal es el caso de la política de medicamentos que en los veinte años del Convenio había sido recurrente. La libre circulación de los medicamentos, que en la visión economicista que signó el inicio del proceso de integración era el objetivo prioritario había dejado paso a una visión del medicamento como un insumo esencial para la salud y por tanto con un valor propio, pero eso no dejaba

de lado que la adopción de medidas concretas debiera facilitar el acceso a los medicamentos esenciales. La adopción de normas para un registro sanitario común de medicamentos sin embargo enfrentaba diversas complejidades por la disparidad de las industrias locales, pero finalmente se logra consensuar y se adopta un “Registro Sanitario Andino de Medicamentos Esenciales” que permitirá que un Registro Sanitario otorgado por cualquier país miembro del Convenio Hipólito Unanue, se acepte como válido en los demás países.

Cada país miembro podrá otorgar el Registro Andino de Medicamentos Esenciales sólo a los productos que se fabriquen en su territorio nacional pero este tendría validez en todos los países sobre la base que se han adoptado previamente un listado de los medicamentos que el colectivo de Ministerios considera esenciales y que todos cumplen con estándares mínimos que la propia Resolución especifica.<sup>51</sup>

Si dirigimos nuevamente la mirada hacia el proceso de integración subregional observaríamos en este periodo que paralelamente a los desarrollos en el Convenio Hipólito Unanue, en el proceso integrador subregional soplaban muy buenos vientos. En diciembre de 1989 reunidos en Galápagos, los presidentes habían aprobado un nuevo diseño estratégico para el Acuerdo de Cartagena, y el 22 de mayo de 1990 se creó el Consejo Presidencial Andino.

Las medidas de integración, especialmente en el ámbito de un arancel externo común ubican el proceso claramente en las prioridades nacionales; el arancel común entra en vigencia en febrero de 1995, y en ese mismo año, el VII Consejo Presidencial Andino, realizado en Quito, aprueba el nuevo diseño estratégico del proceso integrador, lo cual se plasma en el año siguiente en la creación de la Comunidad An-

49 Resolución REMSAA XVIII/319

50 Resolución REMSAA XVIII/320

51 Resolución REMSAA XVIII/316

dina y el establecimiento del Sistema Andino de Integración<sup>52</sup>, que incorpora como órganos políticos al Consejo Presidencial Andino y el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. Los cambios se formalizan con el Protocolo de Trujillo y llevan a la modificación del Acuerdo de Integración Subregional Andino con el Protocolo de Sucre, el 25 de julio de 1997.

Las reformas institucionales incorporaron la dimensión social en la agenda andina, de allí en adelante las acciones de la Comunidad se extienden más allá del ámbito comercial y económico hacia los temas de educación, salud, necesidades de organización de la población y todas las que buscan mejorar las condiciones de vida de los habitantes. Este carácter social permitía que los beneficios de la integración llegaran directamente a la población y no sólo a través de los beneficios que se derivaban de los aspectos económicos.

El énfasis en la proyección externa de la Comunidad Andina y la negociación común frente a terceros que también se establece, permite a la CAN acercarse y proyectarse a otros procesos integracionistas, de la región o del mundo, lo que pronto se traduciría en vinculaciones más estrechas con el MERCOSUR.

Correspondía al Convenio Hipólito Unanue, que siempre había sido parte de un proyecto integracionista y precisamente en el componente social, el adscribirse formalmente a la Comunidad Andina, como integrante del Sistema Andino de Integración, pero este proceso no fue fácil, los desarrollos propios dentro del sector salud que habían desarrollado los seis países en el Convenio les había brindado un cierto margen de autonomía, pero sin abandonar el principio rector de ser un proceso de in-

tegración. Algunos Ministerios percibían que la incorporación dentro del Sistema Andino de Integración podría significar un cierto grado de subordinación que limitaría el avance alcanzado. Probablemente influía en esta percepción el recuerdo de la orientación economista de los inicios del Acuerdo de Cartagena, que tanto influyó en los rumbos iniciales del Convenio Hipólito Unanue, pero también las dificultades que durante estos años tenían los distintos Ministerios de Salud para obtener fondos destinados a su sector en un contexto de crisis económica y limitaciones del gasto social como fue casi toda la década.

Las primeras reacciones frente a las nuevas orientaciones del proceso integrador andino se vieron en la REMSAA XIX, desarrollada en Caracas en noviembre de 1995. La preocupación se manifiesta desde el inicio de la Reunión en una Resolución por la cual se extiende el mandato del Secretario Ejecutivo, pero independientemente del reconocimiento de su labor, la motivación fue *“por haberse iniciado el proceso de implementación jurídica y aplicación de las directrices presidenciales para la Reforma Institucional del Sistema Andino de Integración, lo cual compromete el desarrollo futuro del Convenio Hipólito Unanue”*<sup>53</sup> se evidenciaba desde entonces la preocupación por los alcances de la integración del Convenio Hipólito Unanue en el Sistema Andino de Integración, o en términos de la Resolución, lo que preocupaba fundamentalmente a los Ministros era *“su desarrollo futuro”*.

En la misma REMSAA se ratifica sin embargo *“la voluntad de los países miembros para seguir trabajando en forma conjunta en el proceso de Integración Andina de Salud”*, pero se especifica que esto se desarrollará *“en el marco del Convenio Hipólito Unanue”*.<sup>54</sup> Se

52 El Sistema Andino de Integración (SAI) está conformado por el Consejo Presidencial Andino; Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores; Comisión de la Comunidad Andina; Secretaría General de la Comunidad Andina; Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina; Parlamento Andino; Consejo Consultivo Empresarial; Consejo Consultivo Laboral; Corporación Andina de Fomento; Fondo Latinoamericano de Reservas; Convenio Simón Rodríguez, Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); y la Universidad Andina Simón Bolívar.

53 Resolución REMSAA XIX/340

54 Resolución REMSAA XIX/341

percibe en estos términos diplomáticos una cierta aprehensión a una disolución del Convenio, como se expresaba en algunos foros del proceso integrador. La apertura a otros países, en su condición de observadores permanentes, incluso algunos fuera de la región que ya hemos señalado en los años previos, era vista por algunos observadores externos al proceso como una desnaturalización del Convenio, el cual estaría perdiendo su carácter “andino”. Ciertamente esa no era la intención de la apertura del Convenio sino por el contrario fortalecer la integración a través de los enlaces con otros países y otros procesos de integración, buscando alianzas, sinergias e intercambiando experiencias.

Los Ministros, aunque albergaban dudas razonables sobre el destino del Convenio, mantenían su profunda vocación integracionista. Así lo expresan, *“saludando la Declaración de Quito sobre el Desarrollo Social en la que los Presidentes de los países andinos reafirman el derecho de sus pueblos a la educación, la ciencia, la tecnología, la cultura y la salud, orientadas hacia el desarrollo integral de la persona.”* No podía ser de otra manera pues desde el inicio del proceso los Ministerios de Salud habían representado esa visión social del proceso de integración y por eso resulta paradójico que cuando el proceso político se acercaba a esa perspectiva, uno de los organismos emblemáticos de la integración social fuera cuestionado en su posible contribución al proceso mayor. Por ello los Ministros de Salud al tiempo que saludan el énfasis en la Agenda social, precisan y resaltan que *“en la indicada declaración presidencial de Quito se apoya el robustecimiento de los Convenios Sociales del Sistema Andino de Integración como mecanismos adecuados para la eficaz instrumentación de políticas sociales en la Subregión.”*

El Convenio buscará en las próximas y cruciales reuniones no sólo entre los Ministerios

de Salud sino sobre todo participando en las reuniones del Proceso de integración andino, incluyendo las Cumbres de Presidentes, consolidar su posición de órgano ejecutor o instrumentalizador de las políticas sociales de la subregión. En la Resolución REMSAA que fija la posición del CONHU que hemos estado comentando, los Ministros concluyen en: *“Reafirmar la voluntad de los países miembros para seguir trabajando en forma conjunta en el proceso de Integración Andina de Salud en el marco del Convenio Hipólito Unanue, en beneficio de la atención de los problemas de salud y elevación de los niveles de salud y de vida de los pueblos andinos”.*<sup>55</sup>

Los procesos en marcha dentro del Convenio Hipólito Unanue, especialmente el de reforma del sector salud no se detienen y en esta REMSAA se constituye una “Comisión asesora” sobre la Reforma del sector a la cual se le encarga elaborar una propuesta para decisión de los Ministerios.<sup>56</sup> En la siguiente REMSAA extraordinaria (Washington, septiembre 1996) se presenta el Informe que incluye un *“Proyecto de Desarrollo en Reforma del Sector Salud para los años 1996-1998”*, pero aunque los Ministerios observan con interés la propuesta, las decisiones se postergan pues la preocupación principal estaba en el destino futuro del Convenio.

La entonces reciente reincorporación de Chile en el Convenio Hipólito Unanue no había significado que se reincorporara también al Acuerdo de Cartagena, y la conformación del Sistema Andino de Integración al cual debía integrarse el CONHU, planteaba la disyuntiva sobre si Chile permanecería o se alejaría nuevamente; sin embargo en la XI REMSAA extraordinaria realizada en Ginebra, en mayo de 1996 el Ministro Chileno, informó que como parte del Convenio Hipólito Unanue, se adscribiría formalmente al Sistema de Integración Andina, fortaleciendo así la posición del CONHU como órgano vertebrador de la agenda de integración en salud.

<sup>55</sup> ibidem

<sup>56</sup> Resolución REMSAA XIX/334



XXII REMSAA Extraordinaria, mayo de 2009. Gestión del Secretario Ejecutivo Doctor Oscar Feo Istúriz ( Venezuela)



XXIII REMSAA Extraordinarias, Videoconferencia, diciembre de 2009



## CAPÍTULO VIII



# LA REORGANIZACIÓN DEL CONHU Y LA ADSCRIPCIÓN AL SISTEMA ANDINO DE INTEGRACIÓN





La siguiente REMSAA (REMSAA XX, Quito noviembre 1996), corresponde a la celebración de los primeros 25 años del “Convenio Hipólito Unanue sobre cooperación en salud de los países del Área Andina” y es ocasión para que, además de las ceremonias correspondientes, se reafirme el “compromiso asumido por los países miembros para impulsar el proceso de integración en salud, desarrollando y fortaleciendo los mecanismos de Cooperación Andina de Salud y ratificar los acuerdos contenidos en el Convenio Hipólito Unanue y su protocolo adicional.”<sup>57</sup> Como se podrá observar en el lenguaje propio de los organismos internacionales se mantiene la voluntad de los miembros del Convenio de integrarse, pero sin disolver su identidad, plasmada en su Convenio original y su protocolo adicional.

Las actividades emprendidas por las REMSAA continúan y así la propuesta de la Comisión Asesora en Reforma del Sector Salud es aprobada, pero ante las necesidades que plantea y las limitadas posibilidades económicas del Convenio se encargan al Secretario General la búsqueda del financiamiento para ejecutar el Plan.<sup>58</sup> En esta misma REMSAA, luego de la fecunda continuidad del periodo del Dr. Bazán, se designa como nuevo Secretario Ejecutivo del Convenio para el periodo 1997-1998 al Dr. Juan Luis Gonzales Reyes, de la República de Chile, quien se había desempeñado como Embajador de su país en Bruselas, experiencia que fue de suma utilidad para la particular etapa que atravesará el Convenio en su proceso de adscribirse como órgano del Sistema Andino de Integración de la CAN.<sup>59</sup>

Las siguientes reuniones tanto ordinarias como extraordinarias son complejas pues se debate no sólo la forma en que se integrará el Convenio al Sistema Andino de Integración sino que en un profundo proceso de re-evaluación se revisa los objetivos y funciones del CONHU, su forma de conducir los procesos e incluso su estructura interna. Sin duda es un periodo rico en iniciativas que culminará con la creación de un nuevo tipo de organización. La primera de las reuniones de este proceso es la REMSAA extraordinaria realizada en Lima en junio de 1997<sup>60</sup> en la que se aprueba revisar la Misión y Visión del Convenio Hipólito Unanue a fin de prepararlo para los retos del nuevo milenio y sobre la base de ese pensamiento estratégico reformular, modernizar y reestructurar el Convenio.

Se aprueba como línea fundamental y eje articulador el tema de salud de las fronteras, que ya se había incorporado, pero ahora se empodera vinculándolo al reforzamiento y desarrollo de la vigilancia epidemiológica. Los Convenios bilaterales que desde tiempo atrás se había recomendado que se fortalecieran serán la base de este desarrollo. No se agota allí la tarea revisora pues los múltiples temas integradores que se han desarrollado en los anteriores 25 años del Convenio deben ser también evaluados para su continuidad y se deja en libertad a los países signatarios para que de acuerdo a sus prioridades nacionales los clasifiquen y jerarquicen. Hacia el interior del Convenio se reconoce una limitación presente desde los inicios del CONHU: la insuficiente

---

57 Resolución REMSAA XX/346

58 Resolución REMSAA XX/349

59 Resolución REMSAA XX/350

60 XIII REMSAA Extraordinaria, Lima, junio 1997



capacidad de hacer seguimiento sobre las decisiones del Convenio en los países miembros; por lo que se propone la construcción de indicadores de evaluación, gestión y planificación del Convenio que mejoren la operatividad de los proyectos, sean estos bilaterales o multilaterales.

Pese a que desde fuera del Convenio, pero dentro del proceso de integración andino algunos sectores no consideran adecuada la apertura de la integración en salud hacia otros bloques regionales, los Ministros de Salud de la subregión con una mayor vocación integracionista que sus pares de otros sectores reafirman su voluntad de coordinar con otros bloques regionales, pero especifican que sólo se buscará esta integración dentro del bloque latinoamericano y específicamente en el tema de salud. Con vocación de futuro se hace una mención específica a MERCOSUR.

Todo lo anterior, discutido y aprobado por los Ministros de Salud se plasma en la Resolución REMSAA Extraordinaria XIII/2 referida a la “Movilización, reformulación y reestructuración del Convenio Hipólito Unanue”. Que como su propio nombre lo indica es la partida de nacimiento de una nueva organización. El Convenio Hipólito Unanue continuara con ese mismo nombre un tiempo adicional pero su estructura, funcionamiento y organización se modifican a partir de esta decisión. Ciertamente no se puede decir que es un cambio brusco, en realidad todas las modificaciones obedecen a un proceso evolutivo que se había acelerado en los últimos años. El proceso de reforma del sector salud con su efecto en las políticas nacionales de cada Ministerio debía tener su correlato en el funcionamiento y estructura del Convenio. Los iniciales objetivos del Convenio, vinculados al carácter desarrollista y economicista del Acuerdo de Cartagena se habían transformado en una agenda social y necesitaba plasmarse en un organismo más pragmático

y vinculado a los nuevos retos. Por su importancia señalamos algunos de los acuerdos de esta Reunión:

1. *Suprimir el trabajo bajo la metodología de Áreas Prioritarias.*
2. *Aprobar como eje estructurador del proceso de reformulación del CONHU, el Área de Salud de Fronteras.*
3. *Instar a los países, a través de los órganos del Convenio, a definir de manera específica los temas integradores, con el objetivo de ser sancionados y resueltos por la XXI Reunión de Ministros de Salud Ordinaria.*
4. *Crear una Comisión que tenga como objetivo estudiar, revisar y proponer la reformulación de los marcos constituyentes, las modalidades, instrumentos jurídicos orgánicos y reglamentaciones del Convenio Hipólito Unanue, así como la eventual incorporación de otros países, a la luz del proceso de reestructuración en que éste se encuentra. [...] <sup>61</sup>*

Es un cambio no menor, sino sustancial que el CONHU abandone la metodología de áreas prioritarias. Recuérdese que desde los inicios del proceso se había identificado áreas prioritarias y estas se habían encargado a los países a fin que cada uno asumiera la responsabilidad de liderarlas; pero esa era una metodología que sustentaba un modelo de cooperación mediado por la asistencia técnica. Es decir trasladaba el típico modelo Norte-Sur a una realidad Sur-Sur. Encargaba un área prioritaria a un Ministerio en el entendido que tenía un mayor desarrollo relativo en ese tema o mejores condiciones para desarrollar una propuesta, pero luego lo que correspondía era informar a los otros países signatarios de sus avances y proponer normas, políticas o acciones que deberían ser aplicadas por cada país. En el mejor de los casos se podían desarrollar intercambios de expertos para ayudar, desde una posición

61 Resolución REMSAA Extraordinaria XIII/2



relativamente más desarrollada de un país a otro país con un menor desarrollo en ese ámbito específico. Los resultados en los primeros veinticinco años del Convenio reflejaban las limitaciones del modelo.

Orientar las futuras acciones del Convenio en ejes y escoger en particular realidades claramente definidas como la salud de las fronteras pronto brindaría frutos. El modelo se basará en adelante en estrategias horizontales de cooperación que identifican un problema común, en un ámbito territorial compartido, para desarrollar acciones concretas sobre problemas comunes enfrentados en ese espacio; eso permitirá que surja la riqueza de la cooperación y la integración desde los propios equipos locales. Dadas las similitudes en problemas y respuestas que tenía la subregión, las fronteras son un espacio privilegiado para estos desarrollos.

En el componente de la dirección técnico-política del Convenio este es también un momento de inflexión. El Secretario Ejecutivo era en sus inicios fundamentalmente un funcionario técnico de alto nivel en quien los Ministros delegaban ciertas funciones, como su nombre lo indica, ejecutivas, pero las competencias políticas se reservaban en exclusiva para la dirección colegiada que es la REMSAA. El nuevo escenario de integración y la necesidad de interactuar con los otros organismos del Sistema Andino de Integración así como con los actores políticos de cada país exigen otras competencias. Se torna necesario que la representatividad y la decisión política del Secretario se incrementen y por eso pasa de ser elegido por los Ministros de Salud a ser una propuesta de país y aprobada por consenso de todos los países, pero adicionalmente se le otorga un mandato más prolongado, a fin de darle la necesaria continuidad a los planes que le corresponde conducir.

Así se decide “*Reestructurar a partir de la fecha, el periodo de gestión del órgano Secretaría Ejecutiva y de la actual Secretaría Ejecutiva al mismo periodo de Planificación Estratégica Cuatrienal con el objetivo de dar coherencia a los instrumentos y órganos de gestión para la obtención de resultados de la presente Resolución de Reformulación del CONHU, Periodo 1997-2000.*”<sup>62</sup>

La siguiente REMSAA ordinaria realizada en Santafé de Bogotá, Colombia en febrero de 1998, continúa el proceso y en primer lugar decide que se realizará una REMSAA extraordinaria “*dado el proceso de reformulación, fortalecimiento y modernización de los instrumentos jurídicos a que se encuentra abocado el Convenio Hipólito Unanue.*”<sup>63</sup> No se plantea una fecha exacta sólo que corresponderá al mismo año 1998. Para el caso se conforma una Comisión de trabajo que presentará el proyecto de reformulación y reestructuración del Convenio.<sup>64</sup> En lo referido a la nueva agenda programática se aprueba una agenda programática para el bienio 1998-2000 la que debe concordarse con una agenda mayor cuatrienal 1998-2002. Esta agenda 1998-2000 incluía 5 temas: Reforma del sector salud, Proyectos supranacionales, Fronteras saludables, Emergencias y desastres, y Comunicación en salud,<sup>65</sup> los que tendrán un marco temporal de cuatro años.

En esa misma REMSAA sin embargo se evaluó una decisión de la Comunidad Andina que contravenía todo lo coordinado hasta entonces en el tema de registro sanitario de medicamentos; en efecto, el 30 de julio de 1997, la Comisión Andina emite la Resolución 418 “Expedición de Registro o Inscripción sanitaria” la cual apela a los “avances del proceso de integración andino”, y a los “nuevos desarrollos en el tratamiento de los temas que atañen al campo de los productos con riesgo sanitario”,

62 Ibidem

63 Resolución REMSAA XXI/353

64 Resolución REMSAA XXI/355

65 Resolución REMSAA XXI/357



para establecer lo que denomina “un marco normativo de mayor transparencia” que tome en cuenta “la regulación de las restricciones técnicas al comercio”.<sup>66</sup>

En lo específico se decide que los registros sanitarios realizados en cualquier país de la CAN que necesiten un registro o inscripción sanitaria para ser comercializados en los demás países deberán tener un proceso para obtener el mismo que no deberá exceder los quince días para que se emita una opinión fundamentada por las oficinas de registro nacionales. Si transcurrieran treinta días sin respuesta la inscripción quedará aprobada. Este silencio positivo para los trámites de registro sanitario, era sin duda, desde una perspectiva comercial, un mecanismo de agilización, pero no se había tomado en consideración la complejidad y diversidad de normativas nacionales y como ya se ha mencionado no se había consultado al CONHU, siendo un tema de su competencia el que había sido discutido en múltiples ocasiones y sobre el cual ya existían acuerdos.

La REMSAA luego de revisar el tema emite una Resolución en la que reconoce que el tema de medicamentos es una *“materia de la cual deba de ocuparse la Comunidad Andina”*, pero señala la necesidad de que se tomen en cuenta los aspectos de eficacia, seguridad y calidad para la salud de la población; por lo que, en lo general, acuerda solicitar a la Comunidad Andina que *“cualquier decisión que afecte el tema de la Salud de los países signatarios del Convenio sea consultada previamente a los Señores Ministros, con el objeto de minimizar los posibles riesgos involucrados en tales decisiones.”*<sup>67</sup> y en lo específico acuerda *“revisar, en conjunto con el Convenio Hipólito Unanue, la reglamentación que facilite el cumplimiento de la Decisión 418”*

Los Ministros de Salud, que hasta entonces a través de las REMSAA, habían mantenido au-

tonomía en la toma de decisiones en temas de salud para la Comunidad Andina, se confrontan con un nuevo escenario, en el cual decisiones sobre políticas comerciales de la CAN pueden afectar y modificar sus decisiones y además, dado el carácter vinculante y la supremacía de las decisiones de la CAN sobre las normativas nacionales, dejan sin posibilidad de intervenir al CONHU.

En este complejo periodo de tensiones y de cambios internos del CONHU es que el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, segundo órgano en jerarquía de la Comunidad Andina de Naciones tiene su primera sesión en Quito el 10 de agosto de 1998 y emite la Decisión 445 (ver Anexo 2) con la cual se adscribe formalmente el Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración. Esta es una decisión política de los países de la CAN y aunque era previsible en la dinámica del proceso de integración, no había sido consultada con el CONHU; pero la adscripción es sólo la primera etapa de un proceso, pues la misma decisión encarga al Secretario General de la Comunidad Andina que, en consulta con los gobiernos de los Estados Miembros del Convenio Hipólito Unanue, prepare la propuesta de adscripción del Convenio y su reestructuración.

Formalmente el proceso de consulta de estos cambios radicales en el CONHU debería hacerse, no a los Ministros de Salud, sino a los Cancilleres de los países de la CAN. Esa era la dinámica del proceso de integración, y en realidad con los otros órganos del sistema andino de integración no había motivo de discrepancia, pero el Convenio Hipólito Unanue era distinto, había creado una organización compleja y había disfrutado durante toda su existencia de un alto grado de autonomía, derivada sin duda de la particularidad del campo de competencia en que actuaba: la salud, que incluso dentro de cada uno de los países tenía

66 Decisión 418 Comisión Andina, Octogésimo noveno Período extraordinario de sesiones de la Comisión, Lima 30 de julio de 1997

67 Resolución REMSAA XXI/354

un tratamiento diferenciado, pero también del nivel que había alcanzado como organismo de integración, pues a diferencia de otros procesos contaba con la presencia de los propios Ministros en la REMSAA y no sólo de sus representantes.

La Decisión 445 podía haber tomado en cuenta estas particularidades pero no fue así y además se concreta en un momento en el que decisiones como la 418 sobre registro de medicamentos anticipaban una ingerencia y preeminencia de los aspectos comerciales y económicos sobre los sanitarios. Por eso el proceso de adscripción que formalmente se plasma en un conjunto de tres Resoluciones REMSAA y dos Decisiones del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores tiene una historia interna bastante más compleja y hasta confrontacional. Debe comprenderse que el CONHU estaba inmerso en un proceso de auto reestructuración precisamente en el entendido que debía incorporarse al proceso de integración tal como lo había manifestado en sus propias Resoluciones, pero la Decisión 445 fue percibida como una intromisión política que al subordinar el Convenio, con su carácter técnico a un órgano estrictamente político, ponía en riesgo su esencia.

Los Ministros de Salud convocan a una REMSAA extraordinaria que se realiza en Cochabamba, Bolivia entre el 22 y el 23 de octubre.<sup>68</sup> La presidió, como era habitual, el Ministro de Salud del país anfitrión, en este caso el Dr. Guillermo Cuentas, Ministro de Salud de Bolivia, asistiendo además de todos los Ministros de Salud de la sub región y los funcionarios del CONHU, la asesora legal de la CAN. Es una reunión densa y tensa en la que el Secretario Ejecutivo hace un balance de la situación del CONHU, mencionando la crónica limitación económica por la falta de pago de la

cuota-país, los múltiples objetivos planteados a lo largo de los 29 años del Convenio y de la superposición de funciones de los órganos del Convenio creados precisamente para tratar esos poco definidos objetivos, pero al mismo tiempo hace notar los esfuerzos desplegados en las dos últimas reuniones de Ministros para reorganizar el Convenio y que el motivo de la reunión es doble, por una parte revisar la propuesta interna de reorganización del Convenio que busca modernizar y agilizar el Convenio y por otra parte revisar la propuesta de la CAN realizada en cumplimiento de la decisión 445.

El debate fue largo con múltiples dudas y aclaraciones entre dos posiciones que por momentos parecían irreconciliables,<sup>69</sup> la de los Ministros y la de la CAN y finalmente no se llega a un acuerdo en los términos solicitados por la CAN, pero en una Resolución que es una muestra de malabarismo legal y formal los Ministros encuentra una forma de continuar con el proceso sin abdicar de sus observaciones. Así en primer lugar “*Respaldan la Decisión 445 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores por la cual se aprueba la adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración*”, al cual denominan, como efectivamente lo es, “*un paso histórico y fundamental*”, pero en relación a su propuesta de “*Términos de adscripción*” y nuevo Reglamento del CONHU, a los que denominan “*documento de trabajo presentado por la Secretaria General de la Comunidad Andina*”, deciden postergar su aprobación por la REMSAA, puntualizando que tendrá efecto vinculante cuando sea aprobado por los Ministros de Salud. Previendo la posibilidad de un conflicto de competencias, solicitan que el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores “*postergue la discusión del proyecto de Reglamento de Organización y Funciones del Convenio Hipólito Unanue, así*

68 XV REMSAA Extraordinaria

69 Actas de la XV REMSAA Extraordinaria



como los términos de adscripción, hasta una próxima reunión donde se presente la versión aprobada por la REMSAA”<sup>70</sup>

Aunque se había previsto que la discusión de los términos de adscripción se realizara en una REMSAA ordinaria, los plazos y coordinaciones entre la Secretaría General de la CAN y la Secretaría Ejecutiva del CONHU concordaron en tener una nueva REMSAA extraordinaria, que se llevó a cabo en la Isla Margarita, Venezuela los días 19 y 20 de octubre del mismo año 1998. Estuvo presidida por el Dr. José Félix Oletta, Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela y, significativamente, asistió en esta ocasión representando a la CAN, el Secretario General de la Comunidad Andina de Naciones, Dr. Sebastián Alegrett.

Los Ministerios habían tenido el tiempo necesario para evaluar la propuesta de la CAN, además de coordinar internamente en cada país con sus respectivos Ministerios de Relaciones Exteriores; por otra parte el aspecto formal era muy distinto, el propio Secretario general de la CAN asistía presentando el proyecto y no había delegado esta función a una asesora legal.

Una revisión de los alcances de los términos de adscripción y las seguridades de los propios Ministerios de Relaciones Exteriores sobre el respeto al carácter técnico del Convenio y a sus formas de organización consolidaron un espíritu radicalmente diferente al de la REMSAA anterior. Se discutiría un “Memorando de entendimiento” entre dos Organismos, la CAN y el ORAS que incluía el “Proyecto de Adscripción al Sistema Andino de Integración” y consecuentemente nuevos instrumentos jurídicos para el Convenio, todos los cuales habían sido remitidos con la suficiente antelación a cada Ministro.

El procedimiento de aprobación fue la lectura, discusión y aprobación, uno por uno,

de los artículos de la propuesta. Las únicas modificaciones fueron al nuevo Reglamento de organización y funciones del Convenio Hipólito Unanue, específicamente al artículo sobre el Comité técnico de coordinación y la eliminación de un artículo referido a las Comisiones asesoras, que pasaban a tener un carácter temporal.<sup>71</sup> Finalmente se aprobaron dos Resoluciones.<sup>72</sup> La primera aprobaba tanto los Términos de la Adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración, como el Reglamento de Organización y Funciones del Convenio Hipólito Unanue. La segunda resolución era un “Proyecto de decisión” para el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores de la Comunidad Andina que aprobaba los mismos documentos de la Resolución de la REMSAA.

La culminación formal del proceso de adscripción del Convenio Hipólito Unanue a la Comunidad Andina de Naciones se realiza en la Tercera Reunión del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, realizado el 26 de febrero de 1999 en Santafé de Bogotá, Colombia. Allí se emite la Decisión 449 de la Comisión Andina “Términos de la Adscripción al Sistema Andino de Integración y Reglamento de Organización y Funciones del Convenio Hipólito Unanue” en el que como única alusión a todo el complejo proceso que hemos reseñado se indica: *“la Propuesta de la Secretaría General ha sido elaborada de común acuerdo con la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue”*

A partir de esta Decisión el estatus legal del Convenio Hipólito Unanue es de “Convenio Social del Sistema Andino de Integración”, y supone por parte del Convenio, su sometimiento a las directrices y normas emanadas del Sistema, así como el establecimiento de mecanismos de coordinación entre éste y los demás órganos e instituciones del Sistema. El

70 Resolución REMSAA Extraordinaria XIV/1

71 Actas de la XVI REMSAA Extraordinaria

72 Resolución REMSAA Extraordinaria XV/1 y la Resolución REMSAA Extraordinaria XV/ Proyecto



artículo tercero de la Decisión 449 indica: “El seguimiento y control del cumplimiento de las iniciativas legislativas aprobadas en el marco de la adscripción, corresponderá a la Secretaría General y órganos de la Comunidad Andina que correspondan y al Convenio Hipólito Unanue, de conformidad con sus respectivas competencias.”

Durante todo el año 1999 no hay reuniones de los Ministros de Salud, el CONHU culmina la década y el milenio incorporado al Sistema Andino de Integración, con nuevos documentos normativos y una perspectiva distinta a la de sus orígenes, pero todo en el contexto de profundos cambios políticos en la subregión. El proceso de integración andino había adquirido un nuevo impulso, se revitalizaba siguiendo en paralelo al proceso de reformas estructurales que se desarrollaron en toda la región durante la última década del segundo milenio lo que se aunaba a las macro tendencias globales que empujaban a los países de todo el mundo a encontrar espacios regionales de integración, lo que en el caso de la región estaba conduciendo a una convergencia de procesos sub regionales de integración.







XXV REMSAA Extraordinaria, Caracas, diciembre de 2010



XXXII REMSAA, Santiago de Chile, abril de 2011. Gestión de la Secretaria Ejecutiva Doctora Caroline Chang (Ecuador)



## CAPÍTULO IX



# EL NUEVO MILENIO EL ORAS-CONHU



---

## 9.1 LA SALUD Y LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

Al acercarse el segundo milenio surgieron muy diversas reacciones en un mundo ya globalizado, desde aquellas que le daban un significado único y distinto al habitual paso de un año a otro resurgiendo diversos temores milenaristas, algunos catastróficos y otros menos dramáticos, hasta aquellos que sin entrar en milenarismos consideraban que era una ocasión adecuada para plantearse una reflexión sobre lo que habíamos avanzado como especie humana. En esa última orientación las Naciones Unidas en lo que llamó “un momento de simbolismo excepcional” convocó, en septiembre del 2000, a la “Cumbre del Milenio”, que se realizó en su sede de Nueva York.

Acudieron a la cita representantes de 189 países, quienes adoptaron una declaración que luego se convertiría en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En realidad el conjunto de objetivos que así se reunían no eran nuevos; correspondían a iniciativas de los Organismos del Sistema de las Naciones Unidas, Instituciones multilaterales de financiamiento y algunos gobiernos, que se habían desarrollado en diversas reuniones, declaraciones y acuerdos durante los años 90.<sup>73</sup> Un denominador común era buscar la reducción de la pobreza en el mundo.

Los objetivos en su forma original fueron los siguientes:

1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el HIV/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

La tarea para el sector salud de todos los países no era nueva pero las metas sí lo eran. El Secretariado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en abril de 2003, indicó que “tres de los ocho objetivos, ocho de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están relacionados con la salud”.<sup>74</sup>

Los tres objetivos responsabilidad del sector salud son: la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la infección por el VIH. “reducir en dos tercios la mortalidad en menores de 5 años entre 1990 y 2015” (meta 4); “reducir en tres cuartos la mortalidad materna entre 1990 y 2015” (meta 5); y “detener y revertir la epidemia del VIH para el 2015”, así como “revertir la incidencia

---

73 Torres & Mujica “Salud, Equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio” Pan Am J Public Health 15(6), 2004, señalan como antecedentes a la Cumbre Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Brasil, septiembre de 1992; la Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing, China, septiembre de 1995; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, septiembre de 1994; la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, Dinamarca, marzo de 1995; y la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, Durban, República Sudafricana, agosto de 2001, entre otras.

74 OMS informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. OMS 2003



de malaria, tuberculosis y otras enfermedades prioritarias” (meta 6).

Adicionalmente le compete al sector salud colaborar con otros sectores en otros dos objetivos “*mejorar el acceso a los medicamentos esenciales*” (meta 8) y “*reducir la proporción de la población que no tiene acceso al agua potable*” (meta 7).

Algunas de las metas del Milenio coincidían, al menos formalmente, con las que se habían argumentado para sustentar las reformas del sector salud que se desarrollaron en la región entre 1970 y fines de los 90, y por tanto tenían cierto grado de avance. Así, entre 1990 y 2005, por ejemplo, los índices de mortalidad infantil disminuyeron en 53% en países que habían aplicado reformas estructurales de salud, pero sólo en 31% en países que no han iniciado ninguna reforma o que han puesto en práctica reformas parciales del sistema de salud.<sup>75</sup>

El Convenio Hipólito Unanue inicia el nuevo milenio en una perspectiva bastante favorable, muy diferente a la de sus años aurorales. Durante sus primeros treinta años había atravesado diversas crisis, desde las que cuestionaban su propia necesidad o existencia hasta aquellas que, derivadas de la escasa prioridad política que le asignaban los gobiernos de los países, afectaron su economía; pero las reformas de los años 90 y su influencia habían modificado las agendas políticas de los países de la sub-región. La integración toma nuevas formas y orientaciones, la agenda social se integra como parte inherente del proceso y en ese sentido la incorporación del Convenio Hipólito Unanue en el Sistema Andino de Integración y el nuevo impulso de todo el proceso de integración sub regional le augura una función preponderante.

En el intervalo sin reuniones de la REMSAA se desarrollan dos Cumbres Presidenciales; la XI Cumbre Presidencial Andina en Cartagena de indias, en mayo de 1999<sup>76</sup> y la XII Cumbre Presidencial en Lima en junio del 2000, ambas buscan profundizar el proceso de integración con la meta de crear un Mercado Común para el año 2005. En particular la Cumbre de Lima toma nota de una de las actividades del Convenio, la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica y de Coordinación ante Emergencias y Desastres, la cual había actuado en los recientes desastres naturales ocurridos en Colombia y Venezuela e insta al CONHU para que, “*en conjunto con la Secretaría General de la Comunidad Andina y la Corporación Andina de Fomento, establezcan los mecanismos que permitan su ampliación y desarrollo tecnológico*”.<sup>77</sup>

Será otra reunión también de Presidentes, convocada por el Presidente de Brasil para conmemorar los 500 años del descubrimiento de ese país la que marcará una nueva etapa en la integración regional. La Primera Reunión de Presidentes de América del Sur, en Brasilia del 31 de agosto al 1 de septiembre fue el marco para anunciar que el MERCOSUR y la Comunidad Andina iniciarían conversaciones para establecer una zona de libre comercio entre ambos bloques.<sup>78</sup>

## 9.2 PRIMERA DÉCADA DEL NUEVO MILENIO

En ese ambiente tan lleno de noticias sobre los procesos de integración, es que se realiza, en Santiago de Chile, en noviembre del 2000, la primera REMSAA del nuevo milenio. Siguiendo con lo establecido en el nuevo Reglamento de Organización y Funciones del CONHU le

75 Mesa-Lago, Carmelo “Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social”. CEPAL, 2006

76 Cumbre Presidencial Andina del 23 al 25 de mayo de 1999

77 XII Consejo Presidencial Andino. Directriz 18

78 Comunicado de Brasilia. Primera Reunión de Presidentes de América del Sur, Brasilia, 1 de septiembre de 2000



corresponde a la Secretaría Ejecutiva proponer a la REMSAA líneas de acción y programas a implementarse. Manteniendo parcialmente la continuidad con lo aprobado para el periodo 1998-2000 se eleva la propuesta de temas prioritarios para el bienio 2001-2002:

- Intercambio de experiencias en los procesos de Reforma del Sector Salud entre los países.
- Salud Sexual y Reproductiva, con atención a los problemas derivados de las nuevas realidades epidemiológicas y sociales.
- Vigilancia Epidemiológica, con especial atención a las zonas fronterizas.
- Cooperación en casos de emergencias y desastres que afecten a los países.
- Nuevas tecnologías de comunicación en salud

Como puede observarse hay similitud con lo aprobado para el periodo 1998-2000, previo a la adscripción del CONHU al Sistema Andino de Integración, pero se incorporan nuevos temas como el de Salud sexual y reproductiva. Con esta REMSAA culmina su segundo periodo como Secretario Ejecutivo el Dr. Juan Luís González<sup>79</sup> y ante la propuesta del gobierno de Colombia se elige como nuevo Secretario al Dr. Mauricio Alberto Bustamante García para el periodo 2001-2002.

La vigésimo tercera REMSAA se realiza en Quito, y se fortalecen algunas actividades específicas del CONHU, entre ellas la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica sobre la base de la cual se plantea la construcción de un “Escudo Andino de Salud Pública” a través de un programa extenso de acciones que prioriza intervenciones contra el dengue y la malaria. Las limitaciones de financiamiento para los proyectos continúan y por eso se solicita a los países:

*“Asumir por parte de los Ministerios de Salud de los países andinos, el componente nacional de los proyectos necesarios para el desarrollo de la presente resolución e instruir a la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue para que facilite y articule su presentación a los organismos que puedan convertirse en fuentes de financiación, sin lo cual no sería factible el desarrollo de los puntos anteriores.”<sup>80</sup>*

La siguiente línea priorizada es la de salud de las fronteras y al respecto se resuelve que los países elaboren “planes y programas sostenibles que fortalezcan el mejoramiento de la salud en las fronteras como parte de una estrategia Subregional”. Nuevamente el financiamiento es encargado en su componente nacional a cada país en tanto el CONHU buscara fuentes de financiamiento.<sup>81</sup>

Un tema de mayor envergadura es el de la Agenda Social. La Comunidad Andina al fortalecer su componente de proyecto político de integración supera la óptica economicista y comercial del Acuerdo de Cartagena y enfatiza la necesidad de concordar en una agenda social. Operativamente se le encargó a la Secretaría General su elaboración para que luego fuera presentada y aprobada por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. Los Ministros de Salud con buen criterio consideraron que la agenda social de salud debería incorporarse a esta agenda social mayor, por lo cual se encarga que los Ministerios junto con la Secretaría ejecutiva determinen las prioridades en salud de la región andina y hagan las gestiones ante la Secretaría de la CAN para que se incluyan en la agenda social.<sup>82</sup>

La REMSAA extraordinaria se realizó en Cartagena de Indias, Colombia entre el 18 y 19 de enero del 2002, y en ella se recibió el informe del grupo de trabajo y se resaltó la necesidad

79 Con la Resolución REMSAA XXII/362 se le otorgó la Condecoración “Orden al Mérito en Salud Andina” por su desempeño “técnico y político” durante el periodo 1997-2000 80 Resolución REMSAA XXIII/367

81 Resolución REMSAA XXIII/368

82 Resolución REMSAA XXIII/370



de compartir políticas en diversas áreas entre las que se identificaron las de recursos humanos, reformas de los Sistemas de Salud y promoción de la salud.<sup>83</sup> El camino hacia políticas compartidas se vislumbra ya como el futuro del proceso de integración en salud.

El avance de la integración subregional con su nuevo impulso se planteaba metas concretas como la de conformar un mercado común para el año 2005 y esto incluía a los medicamentos, tema que había sido de preocupación para el CONHU desde sus inicios, por lo que los Ministerios de Salud veían con preocupación que el tema fuera a ser tratado como si se tratara de cualquier otra mercancía sometida a controles, sin valorar su condición de insumo fundamental para la salud de la sub región. En ese sentido, con buen criterio, plantean que dentro del CONHU se debe pasar de la armonización de políticas al establecimiento de Políticas compartidas en el campo de la salud. Se establece un grupo de trabajo sobre el tema y se convoca a una REMSAA extraordinaria a la cual se invitara al Secretario general de la CAN para tratar el tema de Políticas Compartidas en Salud para la Subregión Andina y al análisis y la definición de la Política de Medicamentos para la Subregión Andina.<sup>84</sup>

### **9.3 EL ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

Los gestos son siempre significativos en política y por eso los Ministros de Salud agrupados en el CONHU refiriéndose a su propia denominación consideraron *“que es procedente utilizar una denominación que facilite*

*la identificación de su nuevo rol y posición en el Sistema Andino de Integración... pero que al mismo tiempo es necesario conservar el origen y la historia institucional”* deciden modificar la denominación original del Convenio adicionando *“la denominación ORGANISMO ANDINO DE SALUD al actual nombre de CONVENIO HIPOLITO UNANUE. (...) (Resolución REMSAA XXIII/372. Quito, Ecuador, noviembre 22 de 2001). Esta denominación precederá a la denominación anterior, constituyéndose la nueva denominación en ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPOLITO UNANUE.”*<sup>85</sup>

La inclusión del ORAS-CONHU en el Sistema Andino de Integración, tiene la particularidad no sólo de establecer un ámbito específico de acción a la Institución sino la necesidad de que los aspectos de salud tengan la adecuada prioridad y tratamiento en los diversos órganos de todo el sistema. Se transita de un casi aislacionismo en el cual el ORAS-CONHU era un órgano técnico con mucha autonomía pero con poca capacidad de coordinación con otros sectores u organismos del ámbito andino a una exuberancia de obligaciones de coordinación, propias de un órgano político. La Secretaría General de la Comunidad Andina es el primer eslabón de una cadena de relaciones, que se mantienen y continúan con cada uno de los Ministerios de Salud de los países de la subregión, sin dejar de lado la coordinación con el Parlamento Andino, entre otros.

Habiéndose aprobado la Agenda Social Andina, los esfuerzos se orientaron para que en ella y en particular en el Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS) se incluyera el componente de salud. Asimismo, en otros esfuerzos integracionistas como en la política de la Comunidad Andina para el desarrollo de fronteras, también debió intervenir para que se incluya el componente de salud.

83 Actas de la XVI REMSAA extraordinaria Cartagena, Enero 2002

84 Resolución REMSAA XXIII/371

85 Resolución REMSAA XXIII/372





La REMSAA XXIV se realizó en Lima en noviembre del 2002 y tuvo como uno de sus puntos principales la evaluación y toma de decisiones sobre la epidemia de VIH, en particular, las dificultades para disponer de medicamentos antirretrovirales por su alto costo. En los meses previos diversas iniciativas habían confluído; así en julio del 2002 los Ministros de Salud de la subregión andina ya habían acordado establecer negociaciones conjuntas para la adquisición de medicamentos antirretrovirales, y por su parte la OPS en la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en septiembre del mismo año resolvió alentar las iniciativas nacionales y regionales para reducir los costos de medicamentos antirretrovirales y otros suministros de Salud Pública relacionados con la lucha contra el VIH.

En ese marco los Ministros de Salud acordaron establecer una estrategia común de negociación conjunta para adquirir antirretrovirales e incluyeron insumos y exámenes para diagnóstico y seguimiento<sup>86</sup> encargando a la Secretaría del ORAS - CONHU que coordinara con la OPS la cual a su vez se enmarcaba en la iniciativa del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida (ONUSIDA). La nueva capacidad de coordinación del ORAS - CONHU, el nivel técnico pero también la capacidad de articulación de la que disponía su Secretario Ejecutivo, permitió contar con un documento marco adecuado. El proceso siguió y se culminó satisfactoriamente, contándose además con la incorporación al proceso de negociación de Argentina, México, Paraguay y Uruguay; siempre con la participación protagónica del ORAS - CONHU y como resultado de la negociación se obtuvo una reducción de costos de hasta el 70 % en medicamentos antirretrovirales y en insumos para pruebas diagnósticas. Adicionalmente acordaron incluir en los alcances de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE) la vigilancia del VIH.<sup>87</sup>

Las acciones concretas y coordinadas que ya se daban se profundizaron con el acuerdo de incluir una Semana Nacional de la Vacunación Anti sarampionosa, en el marco de la Jornada Andina de Vacunación, que a partir del 2003 se estableció en todos los países andinos.

La incorporación del ORAS - CONHU en el Sistema Andino de Integración implicaba una coordinación en temas que sin ser del sector salud lo afectaban, en particular los procesos de integración comercial y de servicios y existía la percepción que estos diferentes procesos tenían implicaciones especialmente en aspectos financieros, *“sin que los Ministerios de Salud cuenten con información y espacios de participación que permitan negociación suficientemente informada.”* Así acuerdan *“Promover, desde el Sector Salud, la búsqueda de espacios multilaterales de negociación como la CAN, en lugar de negociaciones bilaterales en los diferentes procesos de integración en curso en la Subregión.”*<sup>88</sup>

En el aspecto interno, la gestión del Secretario, Dr. Mauricio Bustamante García, se prolongó desde el periodo inicial 2001-2002, por un segundo mandato 2003-2004; dándose esta reelección en la XXV REMSAA realizada en Puerto Ordaz el 15 y 16 de marzo del 2004.. En esa REMSAA se dispone *“zonas de integración fronteriza”* para operativizar el Plan Andino de Salud de las Fronteras con los siguientes criterios:

- División política y geográfica de conformidad con la clasificación de NUTES IV.
- Dificultad en el acceso desde la capital de la NUTE II, involucrando las áreas más desatendidas, para promover y desarrollar estrategias que faciliten la disposición de los servicios de salud

86 Resolución REMSAA XXIV/381

87 Resolución REMSAA XXIV/382

88 Resolución REMSAA XXIV/388



- Características especiales socioculturales y étnicas.
- Ubicación en el área de influencia de una red integral de servicios incluyendo una institución de referencia del nivel II o III.<sup>89</sup>

Otro de los aspectos destacados en esta REMSAA fue el de medicamentos. Habiéndose realizado en Lima en el 2003 la negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos, que no solo abarcó la Subregión Andina, sino que incluyó a Argentina, México, Paraguay y Uruguay, los resultados exitosos de la misma dan lugar a un documento: *“Diez Países Latinoamericanos y un Propósito Común, por las personas que viven con VIH/SIDA”*. La experiencia permite a partir de entonces aprobar los lineamientos de política de acceso a medicamentos esenciales, medicamentos de alto costo e insumos estratégicos en el ámbito Subregional, al tiempo que se invita a otros países a sumarse a la experiencia.

La siguiente REMSAA se realiza en Santiago de Chile entre el 30 y el 31 de marzo del 2005, y en ella se prolonga el mandato del Secretario Ejecutivo, Dr. Mauricio Bustamante hasta marzo del 2006. Entre las principales resoluciones destaca la que sienta las bases para la implementación del proyecto “Programa de Control de Malaria en zonas de frontera de la Región Andina: un enfoque comunitario”<sup>90</sup> y la que conforma el Comité Subregional de la Lucha Contra el Tabaco.<sup>91</sup> En lo que se refiere a los desastres que han golpeado en diferentes momentos a los países de la subregión y que han dado lugar a que los países andinos formulen su Plan de prevención y mitigación se atiende a la recomendación de la OPS para incidir en particular en la infraestructura hos-

pitalaria y se recomienda por tanto elaborar el Plan Estratégico de Preparativos y Atención de Desastres del sector salud para que se articule con el Plan Estratégico Andino de Prevención y Atención de Desastres.<sup>92</sup>

En el mismo año la difusión de la epidemia de Influenza, luego declarada pandemia por la OPS motiva una REMSAA Extraordinaria que se realiza en Lima el 21 de octubre. Centrada en el tema de la epidemia se emite una Declaración conjunta y se aprueba el “Plan Andino de preparación y respuesta a una pandemia de influenza”, que fuera elaborado por los expertos asistentes al V Foro Andino de Vigilancia Epidemiológica y Salud en las Fronteras. La declaración conjunta de los Ministros sin alarmismo mantiene la vigilancia y la refuerza al tiempo que toma las previsiones necesarias para que eventualmente la epidemia afecte la subregión.

En una saludable continuidad el Gobierno de Venezuela propuso como nuevo Secretario Ejecutivo para el periodo 2006 – 2008 al Dr. Oscar Feo, quien asume el cargo en circunstancias complejas, pues el ahora Organismo Andino de Salud, al formar parte del Sistema Andino de Integración, debe abrirse a nuevas perspectivas integracionistas que abarcan a otros colectivos como el MERCOSUR en la convicción de formar parte de la Comunidad Sudamericana de Naciones. En ese marco se realiza la XXVII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina los días 30 y 31 de marzo del 2006 en la ciudad de Bogotá – Colombia. Destaca en particular de esta Reunión la ratificación de la constitución de la Comisión Andina de Salud Intercultural<sup>93</sup> con la participación de los puntos focales de cada Ministerio el tema de salud indígena encargándosele entre otros puntos el desarrollar políticas institucio-

89 Resolución REMSAA XXV/393

90 Resolución REMSAA XXVI/397

91 Resolución REMSAA XXVI/398

92 Resolución REMSAA XXVI/400

93 Resolución REMSAA XXVII/417



nales que garanticen la incorporación del enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud, construir modelos de atención con enfoque de interculturalidad en salud y, no menos importante, desarrollar sistemas de información y seguimiento sobre salud intercultural y situación de salud de los pueblos indígenas. Todos estos desarrollos y encargos además, en concordancia con los Convenios Internacionales de los cuales son signatarios todos los países de la sub región, deberán realizarse con la participación de los pueblos indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud.

En enero del 2007 se lleva a cabo la XVIII REMSAA Extraordinaria y se aprueba la agenda de la XXVIII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, que se lleva a cabo en marzo del mismo año en Santa Cruz de la Sierra. En esta REMSAA, entre otros destacados acuerdos se aprueba el Plan Estratégico del Plan Andino de Salud en Fronteras PASAFRO<sup>94</sup>, el Plan Andino de Salud Intercultural<sup>95</sup> y se crea la Red Andina de Institutos Nacionales de Salud.<sup>96</sup>

Durante el año 2008 se llevan a cabo, primero una REMSAA Extraordinaria en enero del 2008<sup>97</sup> en el cual se presenta una nueva versión de las áreas de acción del ORAS CONHU las que se convertirán luego en las líneas estratégicas del Plan Estratégico 2009-2012 así como una relación de resultados por área que todavía son preliminares. En abril del mismo año se convocó a la XXIX REMSAA Ordinaria que se realizó en Quito. Los Ministros y Ministras de Salud acordaron encargar a la Secretaría Ejecutiva elaborar, sobre la base de las áreas de acción previamente determinadas, un Plan Estratégico<sup>98</sup>. En relación

al PASAFRO se encarga la operativización de este importante Plan que durante los siguientes años se convertirá en uno de los más visibles esfuerzos de integración en salud de la subregión.

En la lógica de Planes Andinos que orientaba los esfuerzos en esos años se aprueban también dos Planes adicionales, el Plan Andino de Recursos Humanos en Salud (2008)<sup>99</sup> y el Plan Andino de Salud y Economía<sup>100</sup>

Habiéndose cumplido el mandato del Secretario Ejecutivo los Ministros y Ministras reeligen al Dr. Oscar Feo como Secretario Ejecutivo del ORAS - CONHU para el período 2008-2010 en la XXIX REMSAA de Quito.

La XX REMSAA extraordinaria (en modalidad virtual) para aspectos básicamente informativos se realiza en mayo del 2008 y luego en Diciembre del mismo año también por vía virtual se realiza la XXI REMSAA extraordinaria en la que se aprueba el Plan Estratégico 2009-2012<sup>101</sup>

En marzo del 2009 se realizó la XXX REMSAA ordinaria en Lima, en la cual, como se detalla más adelante se aprueba la Política Andina de Medicamentos, en realidad una reactualización de la aprobada en 1993 pero que constituye un viraje en la estrategia del ORAS CONHU que se orienta ahora a la formulación de Políticas Andinas y no solamente de Planes Andinos. Asimismo preparando el camino a otras Políticas Andinas se inicia la elaboración de la “Política Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” y que fue aprobada en la REMSAA Extraordinaria XXIV del 2010.

94 Resolución REMSAA XXVIII/427

95 Resolución REMSAA XXVIII/432

96 Resolución REMSAA XXVIII/438

97 XIX REMSAA Extraordinaria Lima, 17 enero 2008

98 Resolución REMSAA XXIX/443

99 Resolución REMSAA XXIX/449

100 Resolución REMSAA XXIX/450

101 Resolución REMSAA Extraordinaria XXI /1 Plan Estratégico 2009-2012



El año 2009 había comenzado con noticias inquietantes en salud pública que pusieron a prueba los sistemas internacionales de control de enfermedades y también la capacidad de respuesta del ORAS - CONHU. En marzo de ese año en la localidad de La Gloria en México un súbito brote de influenza afectó a casi el 60% de la población, siendo una zona de ganadería porcina rápidamente se identificó el origen en una epidemia porcina que realizó el salto a los humanos. Demostrando que la globalización es más que un tópico en los debates académicos, la epidemia se extendió por México y llegó a Estados Unidos a mediados de abril causando dos muertes, de allí los casos se comenzaron a reportar en todo el mundo. La OMS se reunió de emergencia y declaró un nivel de alerta 4 el 27 de abril, dos días después lo elevó a nivel 5, es decir pandemia inminente y finalmente el 11 de junio a nivel 6, es decir pandemia.

Las primeras reacciones fueron casi de pánico, en todo el mundo se cerraron fronteras, se declararon vacaciones forzadas en centros escolares y se produjo una súbita suspensión del turismo hacia en México y luego el Caribe; las noticias alarmantes poblaban los medios de comunicación de todos los países de la subregión y apuntan a una catástrofe que en realidad nunca ocurrió. Más allá del necesario debate sobre el dimensionamiento o sobredimensionamiento de la epidemia, que nunca alcanzó la letalidad que se temía, es una ocasión para analizar la respuesta del ORAS CONHU frente a una emergencia. El 7 de mayo se realiza la XXII REMSAA extraordinaria por teleconferencia en la que no solo participan los Ministros y Ministras de Salud de la sub región sino los expertos nacionales. Los acuerdos muestran la agilidad y pertinencia de la respuesta colectiva, se establece un mecanismo para el intercambio diario de información a través de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE); se intercambia información sobre proveedores y precios de medicamentos antiretrovirales,

se propone una reserva por país que se podría disponer para un país más afectado y se establece un mecanismo de coordinación técnica permanente.

El fin de la pandemia ocurre oficialmente en junio del 2010, cuando la OMS así lo declara, pero las lecciones fueron muy útiles. En la subregión andina la colaboración inmediata entre nuestros seis países, fruto de la existencia de mecanismos de colaboración continuamente operativos a través del ORAS - CONHU permitió una rápida repuesta y cruce de información que sin duda fue fundamental para las decisiones nacionales, pero sobre todo debe destacarse que pese a las limitaciones logísticas propias de ser países del tercer mundo la solidaridad andina fue la nota saltante frente a lo que se presentaba como una gran amenaza.

En diciembre del 2009 se realiza la XXIII REMSAA extraordinaria básicamente para aspectos administrativos, como aprobar el plan operativo y el presupuesto 2010

## 9.4 SEGUNDA DÉCADA DEL NUEVO MILENIO

El decurso del tiempo no se detiene y aun con el recuerdo reciente del advenimiento del tercer milenio ya nos adentramos en su segunda década. En concordancia con la creciente confluencia entre los sistemas de integración latinoamericanos que por decisión política, que ya hemos resaltado, se está produciendo, se realiza en Buenos Aires la Reunión de Ministros de Salud de UNASUR e Iberoamérica, en el marco de la cual se realiza la XXXI REMSAA ordinaria, el 11 de junio del 2010. Es periodo de cambio y se elige como nueva Secretaria Ejecutiva del ORAS-CONHU para el periodo 2010-2012 a la Dra. Caroline Chang, ex Ministra de Salud de la República de Ecuador,<sup>102</sup>

102 Resolución REMSAA XXXI/461



siendo la primera mujer que ocupa tan alto cargo. El Secretario saliente, Dr. Oscar Feo presenta la memoria institucional de su periodo agradeciendo el apoyo recibido durante sus dos periodos.

El ORAS - CONHU ingresa a esta nueva década no sólo con un cambio de su máxima autoridad sino con una enorme responsabilidad, sin duda en el ámbito andino es ampliamente reconocida su influencia y capacidad de concertación, habiendo enfrentado diversas crisis de las cuales ha salido airoso y además mostrando éxitos reconocidos por todos en el campo de la salud pública. Por eso mismo las expectativas son mayores y las primeras acciones de la nueva gestión de la Secretaria Ejecutiva se orientan a reforzar y dar nuevo impulso a lo avanzado pero también a repensar cuál es el rol que debe cumplir el ORAS - CONHU en el nuevo escenario integracionista subregional.

La XXIV REMSAA extraordinaria, la primera presidida por la Dra. Caroline Chang, se realiza el 19 de octubre del 2010, y retomando el tema de la política andina de medicamentos se plantea la necesidad de la producción pública de medicamentos esenciales, así como el fortalecimiento del observatorio de precios y explorar la compra individual o conjunta de medicamentos e insumos esenciales. Se establece en la misma Resolución implementar un Programa Andino de Farmacovigilancia.<sup>103</sup>

Aunque las acciones hasta entonces desarrolladas se enmarcaban con bastante éxito en Planes Andinos una característica de la nueva orientación de la Secretaria Ejecutiva es la promoción de Políticas Públicas Andinas en Salud, como mecanismos de consenso y avance conjunto en temas prioritarios, así se aprueba la segunda política andina del ORAS CONHU: La

Política Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, mediante la Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/2.<sup>104</sup> Naturalmente no se deja de lado aquellas otras iniciativas que por su carácter concreto y de mayor nivel operativo toman otras formas y así se aprueba la Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/3 donde se resuelve priorizar, facilitar y apoyar la implementación del Plan de Acción de la “Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe”<sup>105</sup> y el Plan de prevención del Embarazo no planificado en adolescentes para el año 2010.<sup>106</sup> Esto porque el Plan de Adolescentes se ejecuta desde el 2007

La transición epidemiológica ha cambiado el perfil de las enfermedades que afectan a nuestra población y nuestros países deben enfrentar tanto a las aun muy frecuentes enfermedades infecciosas con un aumento constante de las enfermedades crónicas no transmisibles, para el caso se aprueba conformar una “Comisión Técnica para el Control, Prevención y Cuidado de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el ámbito andino”<sup>107</sup>, pero dada la orientación de propiciar políticas esta Comisión deberá “*formular políticas públicas que viabilicen los planes estratégicos concertados con un carácter multisectorial*”.

En esta REMSAA Extraordinaria y asumiendo un rol más deliberativo por encima de operativo por parte de los Ministros y Ministras de Salud se inicia una modalidad de acuerdos que toman la forma de recomendaciones. La primera se refiere a los recursos humanos en salud, señalando que “*es de especial prioridad garantizar un trato digno y excepcional al personal de salud, promoviendo la carrera sanitaria, la estabilidad laboral y el acceso*

103 Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/1

104 Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/2

105 Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/3

106 Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/4

107 Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/5



*equitativo al desarrollo de competencias e incentivos en los casos que las necesidades de los sistemas lo requieran.”*

La segunda recomendación tiene un profundo sentido reivindicativo pues se solicita a la Comisión Andina de Salud Intercultural que incorpore en su Plan de Trabajo el tema de afro descendientes. Hasta entonces se entendía como ámbito de la interculturalidad solo a los descendientes de las poblaciones originarias pero se dejaba de lado a los descendientes de estos inmigrantes forzados que fueron arrancados del seno de su cultura y nación para ser trasladados al nuevo continente, se había dejado de lado su enorme aporte a nuestra cultura e incluso al proceso emancipador donde constituyeron la mayoría de los integrantes de los ejércitos republicanos. La realidad sanitaria de los afro descendientes en nuestros países guarda estrechas semejanzas con la de los pueblos originarios, ambas poblaciones han sido invisibilizadas, marginadas y excluidas. Las mismas estrategias y planes orientados a los pueblos originarios era justo que se extendieran a nuestros hermanos afrodescendientes.

Esta REMSAA extraordinaria señalaba claramente la nueva orientación hacia la formulación de políticas públicas andinas en salud y se reafirma cuando en la siguiente REMSAA extraordinaria, la número XXV realizada en Caracas en Diciembre del 2010 se aprueba la tercera Política Andina: Política Andina en salud para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación / rehabilitación integral de las personas con discapacidad.<sup>108</sup>

Sólo faltaba la adopción formal de esta orientación y eso se produce en la XXXII REMSAA ordinaria que se realizó en Santiago de Chile en abril del 2011; y en la cual se señala *“La necesidad de armonizar políticas*

*públicas en los diversos temas que trabaja el ORAS - CONHU.”*

En esta REMSAA se abordaron diversos temas, entre los que se destacó la decisión de la compra conjunta de medicamentos priorizados, de alto costo y de difícil acceso. Los ministros de salud andinos analizaron la amenaza del dengue y los mecanismos de estrategia de abordaje integral a nivel de la subregión, solicitando al ORAS - CONHU que gestione una decisión de más alto nivel para el posicionamiento político del manejo intersectorial. Se evaluó el impacto en los países de la migración de los profesionales del sector y se decidió elaborar una Política Andina de Recursos Humanos que incluya la migración. Además se unificó la notificación entre la subregión andina y MERCOSUR de 9 eventos de salud priorizados y se resolvió desarrollar un sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles. Por otro lado se incluyó la elaboración del Plan Andino de Prevención de Desastres. Durante esta REMSAA se aceptó la solicitud de República Dominicana como país observador del ORAS - CONHU.

Finalmente los Ministros firmaron una resolución en la que reconocen los esfuerzos y logros alcanzados por el ORAS – CONHU durante sus cuarenta años de existencia que permitieron la integración de los países miembros y el diseño de herramientas y políticas públicas para el beneficio de la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población”.

Con esto se dio inicio al año de celebraciones por el aniversario que concluyó con una Sesión Solemne realizada en la ciudad de Lima, y en el marco de la XXVI REMSAA extraordinaria en diciembre de 2011. Entre los actos conmemorativos se rindió un justo homenaje al prócer de la medicina peruana Don Hipólito Unanue, develando un busto en su honor que se

108 REMSAA Extraordinaria XXV/2

109 Resolución/464

110 Resolución /466

---

encuentra en el frontis del Ministerio de Salud. La Municipalidad de Lima, hizo una distinción como “Huéspedes Ilustres” a los Ministros de salud andinos en el Palacio Municipal y finalmente en la sesión solemne se entregó el sello postal por el aniversario y la placa conmemorativa. Además se otorgó un reconocimiento a los funcionarios con más años de servicio en el organismo, a los ex secretarios ejecutivos que pudieron estar presentes, a las agencias de cooperación internacional así como a organismos regionales, por todo el aporte brindado y acompañamiento en este camino de grandes objetivos cumplidos.

La XXVI Reunión Extraordinaria, se realizó en uno de los momentos estelares de la región, signada por avances excepcionales en el mejoramiento de las condiciones de vida de las mayorías y la ejecución de planes y programas que apuntan a la inclusión de sectores antiguamente postergados; pero al mismo tiempo, marcada por la conciencia de que todos estos logros son todavía insuficientes para transformar la situación de pobreza y exclusión en que viven aún millones de personas.

Se aprobaron catorce resoluciones, todas ellas relacionadas con los temas que mejor han expresado el compromiso permanente del personal que labora en los ministerios de Salud con la lucha conjunta contra las enfermedades que afectan al común de los países andinos. Con esa perspectiva, los ministros de Salud del área andina acordaron ratificar el compromiso de trabajar conjuntamente por la salud de la población de los países miembros del ORAS - CONHU y fortalecer la integración, reconociendo los lazos culturales e históricos que los unen.

La prevención y el control de la hepatitis B, la sífilis, el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en las poblaciones indígenas amazónicas y la aprobación de los criterios éticos para la promoción y publicidad de los medicamentos y farmacovigilancia, así como la conformación de la Red Andina de Evalua-

ción de Tecnologías Sanitarias son los retos que deberán marcar la nueva visión de integración andina en salud y que tuvieron una preocupación especial por parte de los ministros.

Entre los acuerdos tomados en esta REMSAA podemos mencionar por ejemplo, la formulación de dos políticas, una sobre Salud Sexual y Reproductiva para los adolescentes, y la otra sobre Salud Intercultural. Ambas son logros excepcionales en este tiempo de cambios, que deberán seguir el camino del trabajo comprometido y dedicado de las comisiones de los ministerios de salud que con acompañamiento del ORAS - CONHU buscan avanzar juntos el camino de la integración. Estas son acciones que su cercanía en el tiempo nos obligan a remitir para futuros análisis, pues los logros de la madurez del ORAS - CONHU en los años más recientes son diversos, pero corresponde a una memoria institucional el detallarlos, y no al delineamiento de líneas del proceso general y su correlato histórico que se pretende con este documento; sin embargo, algunos de estos logros son particularmente significativos y no pueden dejar de mencionarse pues ejemplifican el nuevo rol que ha asumido el Organismo y cómo este influye directamente en la calidad de vida y en las condiciones de salud de numerosos ciudadanos de nuestros países. Constituyen además ejes longitudinales a través del tiempo que ejemplifican el aporte del ORAS - CONHU, muchas veces poco conocidos por los pobladores de la sub región, nos referiremos brevemente a las Políticas Andinas.

## **9.5 POLÍTICAS PÚBLICAS ANDINAS EN SALUD**

Nuestros países a lo largo de su bicentenario historia republicana tienen, en el ámbito político, un denominador común: múltiples constituciones, abruptos cambios de régimen y una casi constante zozobra en relación a la conti-



nidad de sus gobiernos democráticamente elegidos. Los analistas políticos, especialmente del mundo desarrollado, suelen enfatizar esas características como sustento de nuestra falta de políticas de estado que permitan superar las limitaciones de todo tipo que sufren aun un alto porcentaje de nuestra población; algo de cierto hay en esa proliferación normativa y en la consecuente carencia de políticas públicas, particularmente en el ámbito de la salud, durante mucho tiempo se consideró que la salud era casi un tema técnico profesional, las políticas de salud correspondían al mejor desempeño y ejercicio de una actividad curativa y reparadora. La única política posible era hacer llegar esa atención al mayor número de ciudadanos. Solo en el siglo XX y especialmente a partir de su segunda mitad es que esta visión de la necesidad de establecer políticas públicas en salud que superen la limitación de la cobertura se hace evidente, pero sin embargo un breve análisis de los logros individuales de nuestros diferentes países en el desarrollo de políticas públicas es desalentador; observamos que las políticas públicas en salud tienen una estrecha dependencia de las políticas económicas vigentes, casi podría decirse que derivan de las mismas y por tanto se lastran de una visión economicista incompatible con la salud entendida como un derecho.

Es en este panorama que el ORAS CONHU en su permanente discusión y promoción de lo convergente entre el accionar de los Ministerios de Salud que lo integran, ha desarrollado una experticia como organización sumamente importante y que deriva de la naturaleza misma de su estructura organizacional y de su modo de trabajo. A lo largo de 40 años los múltiples Comités formados para elaborar planes conjuntos o desarrollar actividades concretas, en la práctica han debido conciliar diversas posturas y planes nacionales hacia lo común, casi destilando lo esencial de cada plan y es precisamente lo que constituye una política, una decisión consensuada en la que se marca las líneas de desarrollo de quienes ejercen la

autoridad. El ORAS CONHU ha estado desarrollando en la práctica Políticas públicas en salud casi desde su inicio, y más aun ha trasladado esta experticia a cada uno de los Ministerios que también buscan formular políticas que trasciendan lo coyuntural y se dirijan a lo permanente.

Tácitamente muchos de los planes y programas desarrollados por el ORAS CONHU en estos primeros 40 años fueron en la práctica políticas públicas de salud para el ámbito regional, pero en los últimos años se ha tomado conciencia de la importancia de denominarlas adecuadamente y darle la consistencia necesaria como políticas andinas y por consiguiente se ha convertido en un objetivo organizacional el desarrollo de políticas públicas andinas en salud pública.

En la actualidad están formuladas y aprobadas como tales tres políticas andinas, la primera y con una larga trayectoria casi paralela a la del propio Convenio Hipólito Unanue es la Política Andina de Medicamentos.

## **POLÍTICA ANDINA DE MEDICAMENTOS**

El tema de medicamentos figura en la agenda del Convenio desde su primera reunión fundacional de diciembre de 1971, allí se aprobó la Resolución REMSAA I/4 sobre *“Productos farmacéuticos, biológicos, alimenticios, pesticidas y cosméticos”*: Esta Resolución era coherente con los objetivos de la época y por consiguiente en la lógica de un proceso de facilitar el comercio interregional proponía *“Armonizar y establecer gradualmente las normas y disposiciones sanitarias de alimentos de los países de la Subregión, tanto para la importación como para la exportación, con miras a favorecer el Programa de Integración Subregional”*.

En lo que se refiere a medicamentos, en una ló-



gica desarrollista de sustitución de importaciones se proponía: *“Incrementar la capacidad de producción de las instituciones nacionales o multinacionales dedicadas a la industria farmacéutica, de productos biológicos y alimenticios”*; pero aun en esa clara orientación a la industria se refleja la preocupación por la protección de nuestros ciudadanos, pues este incremento de la capacidad productiva debía realizarse *“a fin de alcanzar la autosuficiencia del Área Andina que garantice la protección de la salud de la población. Mientras ésto se consiga, se establecerán canales de colaboración entre los países miembros para el intercambio de tecnología y abastecimiento de biológicos.”*<sup>111</sup> La iniciativa de compras conjuntas también esta explícita en esa primera Resolución: *“En tanto los países del Área Andina no produzcan algunos de los elementos antes mencionados, estudiaran la posibilidad de adquisiciones conjuntas para asegurar las mejores condiciones de calidad y precio.”*

En sus primeros años las reuniones del Comité de medicamentos de la sub región andina dieron lugar a una primera versión de Política de Medicamentos la que fue aprobada en Cartagena de Indias en 1993, bajo la denominación de *“Política de medicamentos de la subregión andina”*<sup>112</sup>. Acertadamente se mencionaba la disponibilidad y el acceso a los medicamentos como parámetros para medir la calidad de los servicios de salud y más aun como *“indicadores sociales de la justicia y la equidad en la distribución de la riqueza de un país”* En el documento se enfatizaba el rol del Estado como generador de políticas:

*“El papel del estado en cuanto a los medicamentos, cualquiera que sea la concepción política con que se la mire, apunta a garantizar la disponibilidad y la equidad en el acceso de toda la población a medicamentos eficaces, de*

*calidad, a precios accesibles, y a su correcta utilización”*<sup>113</sup>

La política en si se dividía en dos líneas prioritarias:

*“En los países andinos se ha llegado a un consenso en torno a impulsar dos grandes líneas de política; la primera y fundamental se refiere a la promoción de los medicamentos esenciales como el mejor criterio sanitario, que se complementa con el estímulo de los programas de medicamentos genéricos como la mejor alternativa comercial.”*<sup>114</sup>

La difusión de los medicamentos esenciales y de los genéricos en los países andinos ha tenido una diversa suerte que no corresponde analizar, pero sin duda los retos de la epidemia del VIH ejercieron presión para la provisión adecuada de medicamentos que ya no se limitaban a los de las tradicionales enfermedades infecciosas sino que abarcan un nuevo espectro de medicamentos de alto costo. Es en esta circunstancia, que en julio del 2002, en Lima, los países miembros, retomando el espíritu de las etapas aurales del Convenio Hipólito Unanue decidieron realizar negociaciones conjuntas y encargaron al ORAS - CONHU preparar un documento marco para el proceso de Negociación Conjunta de Precios. La nueva capacidad de coordinación del ORAS - CONHU, el nivel técnico alcanzado pero también la capacidad de articulación de la que disponía su Secretario Ejecutivo, permitió contar con un documento marco adecuado. El proceso siguió y se culminó satisfactoriamente, siempre con la participación protagónica del ORAS-CONHU y como resultado de la negociación se obtuvo una reducción de costos de hasta el 70 % en medicamentos antirretrovirales y en insumos para pruebas diagnósticas.

111 Resolución REMSAA I/4 sobre “Productos farmacéuticos, biológicos, alimenticios, pesticidas y cosméticos”

112 Política de medicamentos de la sub región andina. Publicación del Programa de acción de medicamentos y vacunas esenciales. WHO/DAP93.7. 1993

113 Ibid p. 5

114 Ibid p. 6



Los beneficios en cada país son una muestra palpable de cómo una política común y la acción conjunta resulta en beneficios que alimentan las políticas nacionales. Se calcula que aproximadamente 150,000 personas con VIH se han beneficiado con esta negociación, que por otra parte convocó adhesiones y siendo originalmente subregional culminó siendo regional.

En el año 2009 se consideró dentro del Plan estratégico del ORAS CONHU actualizar la Política de medicamentos, lo que se concretó con la Resolución REMSAA XXX/455 del 27 de marzo del 2009 que aprobó la propuesta elaborada por la Comisión Técnica subregional para la política de acceso a medicamentos. En forma sucinta la Política tiene un objetivo principal:

*“Lograr que la población de la sub región andina cuente con medicamentos eficaces, seguros y de calidad, promoviendo su uso racional y garantizando el acceso a medicamentos esenciales.”*

Se mantiene el énfasis en los medicamentos esenciales y los genéricos ambos en el marco de un adecuado control de calidad desarrollando cuatro líneas estratégicas:

- Acceso a medicamentos
- Calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos
- Uso racional de los medicamentos
- Investigación y desarrollo

Esta primera política andina abre el camino para armonizar otras políticas nacionales en un marco sub regional y así durante la actual gestión de la Secretaría Ejecutiva se aprueban otras dos Políticas Andinas.

## **POLÍTICA ANDINA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS**

La importancia de las tecnologías sanitarias<sup>115</sup> en un contexto de constante innovación tecnológica y con la enorme incidencia que tienen esas mismas tecnologías en los costos de los sistemas de salud ha sido una constante entre las preocupaciones de los Ministerios de Salud de la Subregión. La efectividad, el índice costo-beneficio y otros términos técnicos pueblan los documentos de gestión de cualquier sistema de salud poniéndolos a disposición de los decisores quienes deben tomar la decisión adecuada en un contexto cambiante y complejo.

La política andina de evaluación de tecnologías sanitarias fue aprobada en la REMSAA extraordinaria de Caracas en junio del 2010 y desarrolla tres líneas estratégicas.<sup>116</sup>

- Fortalecimiento del rol rector de la autoridad sanitaria de los países andinos en la evaluación de tecnologías sanitarias
- Implementación de la evaluación de tecnologías sanitarias en la sub región andina
- Ejes transversales a la evaluación de tecnologías sanitarias

El mismo documento incluye un Plan de acción detallado que entre otros puntos destacados propicia la creación de una base de información de tecnologías sanitarias, la conformación de Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en cada país así como el establecimiento de convenios de cooperación técnica con organismos de cooperación internacional.

<sup>115</sup> La International Network Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) define las tecnologías sanitarias como: “Any intervention that may be used to promote health, to prevent, diagnose or treat disease or for rehabilitation or long-term care. This includes the pharmaceuticals, devices, procedures and organizational systems used in health care.”

<sup>116</sup> Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/2 Política Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

---

**POLÍTICA ANDINA EN SALUD PARA  
LA PREVENCIÓN DE LA  
DISCAPACIDAD Y PARA  
LA ATENCIÓN,  
HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN  
INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD**

El tema de la discapacidad sin duda, como otros temas de salud, no es un tema exclusivamente sectorial, abarca a la sociedad en su conjunto pero en un contexto de sistemas sanitarios que enfrentan aun grandes brechas sanitarias es mucho más difícil de afrontar por el sector salud. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud señalan a un 10% de la población mundial con algún grado de discapacidad, concordante con estimaciones latinoamericanas, pero mucho más preocupante para el ámbito sub regional es la estrecha relación entre la pobreza y la discapacidad. En efecto la pobreza y su correlato, la exclusión e inequidad son los factores que más inciden en la existencia de discapacidades en la población.

El ORAS - CONHU en la misma REMSAA en la que aprueba la Política andina de medicamentos, crea una “Comisión técnica sobre Prevención, Atención y Rehabilitación de la discapacidad” a la cual encarga entre otros puntos que desarrolle un “Plan Andino sobre discapacidad”. La Comisión con el apoyo de la Vicepresidencia de la República de Ecuador a través de un Convenio con el ORAS CONHU, fue más allá y presentó una propuesta de Política Andina la que fue aprobada en la REMSAA extraordinaria de diciembre del 2010.<sup>117</sup>

## **9.6 BALANCE PROSPECTIVO**

Los resultados que hemos reseñado brevemente son consecuencia de un proceso en el cual los

cuarenta años del ORAS - CONHU pueden esquematizarse en periodos. El primero es el inicial coincidente con la década de los 70, en el que el fuerte impulso político integracionista dio origen al Convenio, pero este tuvo escasa viabilidad práctica por la coexistencia de agendas sanitarias nacionales que enfatizaban el aumento de oferta y cobertura.

La segunda etapa es la que coincide aproximadamente con la década de los 80 en la que, habiendo decaído el impulso político, el Convenio Hipólito Unanue se torna en un espacio exclusivamente técnico con escasa proyección en las políticas realmente aplicadas en la subregión, pero que sin embargo acumula experiencias y permite la generación de experiencias e información que identifica los problemas en los que las políticas podrían coincidir.

La tercera etapa, siempre determinada por el entorno político, es la de cambio acelerado, paralelamente a las reformas estructurales de nuestros países en la década de los 90; la integración recibe un fuerte impulso político al cual el Convenio Hipólito Unanue se adapta incorporándose con notable impulso a su evolución de nuevo órgano político sin perder su carácter técnico.

El cuarto periodo el que, al igual que los anteriores, metodológicamente podemos hacer coincidir con décadas, es el de la primera década del nuevo milenio y que ha marcado sin duda la consolidación del ORAS - CONHU. Es un periodo de plenitud de capacidades en el que asumiendo el largo proceso que con luces y sombras ha signado el desarrollo institucional el Convenio evoluciona a Organismo Andino de Salud y brinda sus mejores frutos.

Nos encontramos ahora en un quinto periodo iniciado en la segunda década del tercer milenio y en el que la concertación de Políticas Públicas Andinas en Salud es el principal objetivo sobre la base de Planes y Programas que

---

<sup>117</sup> Resolución REMSAA Extraordinaria XXV/2 La Política Andina en Salud para la prevención de la discapacidad y para la atención, rehabilitación / rehabilitación integral de las personas con discapacidad

se han desarrollado con un enorme beneficio a la población de la subregión en estos primeros cuarenta años del Organismo Andino de Salud.

Dentro del conjunto de órganos del Sistema Andino de Integración, todos sus integrantes muestran avances, no cabe duda, para el ORAS - CONHU las políticas concertadas y las estrategias comunes marcan un período que podemos calificar de espléndida madurez; y que por eso mismo augura ser el inicio de un período que se presenta aún más auspicioso.

Pese a los grandes avances realizados en la salud de los países integrantes del ORAS - CONHU durante los 40 años de vigencia de este; la subregión andina continúa siendo, dentro de América Latina, el conjunto de países que presenta mayores inequidades, a la vez que América Latina en su conjunto es también una de las regiones del mundo en la cual es mayor la inequidad dentro de un complejo proceso social y económico:

Somos la región más urbanizada del mundo en desarrollo, con más del 70% de nuestros ciudadanos viviendo en ciudades y megalópolis, para fines de los 90 la pobreza afectaba a 35% de los hogares, llegando a pobreza extrema el 14% de los mismos.

Por esa razón, al analizar los logros del proceso integracionista andino en salud, por ejemplo en función de las metas del Milenio (MDM), se puede encubrir en las cifras promedio de los indicadores nacionales de salud una profunda desigualdad; por ello es necesario identificar, dentro de cada país, a la población sometida a exclusión y a extrema pobreza, a fin de dirigir hacia ellos los mayores esfuerzos. Es sobre ese punto sobre el cual probablemente han ocurrido más cambios en los últimos años.

En principio la pobreza, tradicionalmente vinculada con la ruralidad, cada vez adquiere un perfil más urbano; evidentemente por la migración, pero en todo caso algo digno de tomarse

en cuenta. Esto no quiere decir que no exista pobreza extrema en las zonas rurales, pero en el campo existen cada vez menos hogares y por consiguiente una menor población, con lo cual sus problemas se sumergen en el océano de las grandes cifras macroeconómicas favorables. Según cifras de Torres y Mujica, el 60% de los pobres de América latina viven en zonas urbanas. Adicionalmente, el perfil poblacional de los nuevos pobres ha cambiado: la pobreza se ha feminizado y rejuvenecido ya que han aumentado los hogares encabezados por mujeres entre los sectores más desfavorecidos, con un aumento de niños y de jóvenes sin empleo. Los hogares formados por una sola persona, generalmente un adulto mayor, consecuencia de la transición demográfica, también han aumentado.

En el ámbito rural y también urbano marginal se reconoce grupos de “pobres entre los pobres” si se aplica un enfoque étnico, la “nueva pobreza” incluye a los pueblos indígenas que secularmente han estado excluidos de los beneficios sociales. El acceso a servicios básicos de saneamiento, servicios de salud y educación de estos pobladores está muy por debajo de los promedios nacionales en todos los países de la subregión. Un estudio realizado en 2001 por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) revela que en el Perú, 80% de la población indígena era pobre, mientras que la población no indígena que se situaba por debajo de la línea de la pobreza era el 50%. Cifras que si aplicáramos cualquier indicador de salud y en cualquier país de la subregión se repetirían.

Tras un largo y complicado devenir se puede evidenciar que el ORAS-CONHU ha encontrado un adecuado equilibrio entre el impulso político integracionista que alumbró sus orígenes y la articulación con las agendas sanitarias nacionales, las que debe reconocerse que persistirán —válidamente por cierto— en cualquier escenario previsible. Se proyecta así el ORAS - CONHU al futuro, como uno de los



Órganos de avanzada del Sistema Andino, que desde sus propios logros sectoriales apuntala el proceso general integracionista, con el adecuado equilibrio que genera viabilidad política para todo el proceso.

El ORAS - CONHU, desde su propia denominación, ha sabido equilibrar su carácter, conservando el nombre de Hipólito Unanue, el científico auroral de la independencia que como estadista siempre actuó en el delgado margen que permite la contraposición entre lo ideal y lo necesario, pero al mismo tiempo la Institución se proyecta al futuro como el órgano abanderado de la agenda social andina que pretende así expresar la voluntad política integracionista de nuestros países, en una nueva forma de integración en la cual el énfasis radica en los beneficios directos y concretos que el proceso lleva hacia nuestros millones de conciudadanos.

En esa ruta han sido varias generaciones de funcionarios de los países andinos los que en su debido momento y circunstancia han contribuido a lo que hoy calificamos de espléndida madurez, pero lo que sin duda enorgullece más a todo el Sistema de Integración es que el ORAS - CONHU ha logrado impactos directos en el bienestar de cientos de miles de ciudadanas y ciudadanos de la subregión y lo que es inclusive más gratificante, todo indica que lo mejor aún está por llegar. El objetivo de la integración andina se inscribe en un proceso mayor, la Comunidad Sudamericana de Naciones; pero al mismo tiempo se dirige al ciudadano común, a aquel que por los programas de fronteras se ve beneficiado por acciones que de no existir el ORAS - CONHU, difícilmente tendrían el desarrollo alcanzado, se plasma también en los miles de beneficiarios que se espera del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, Malaria y Sida y los que continúan beneficiándose de los logros de procesos de negociación conjuntos para adquisición de medicamentos.



## 9.7 CUARENTA AÑOS POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS

El aporte del ORAS - CONHU al mejoramiento de las condiciones de vida y la salud de los pueblos ha sido una de las expresiones más hermosas que ha tenido el anhelo integrador de los ministros de Salud y de los gobiernos de los países andinos.

Desde su origen, las autoridades transmitieron al ORAS - CONHU la idea de que si los problemas urgentes de las poblaciones andinas eran prácticamente los mismos, no tenía ninguna razón buscar soluciones aisladas.

La patria se volvió grande en estos cuarenta años. El ideal integracionista que animó a los ministros de Salud para enfrentar unidos a las enfermedades se ha mantenido a lo largo de este tiempo, ya que desde sus primeros trabajos el ORAS - CONHU ha tratado de conocer como un todo el estado de la salud de los países andinos, impulsando el trabajo conjunto, articulado y armónico en salud.

Las experiencias de estos cuarenta años dejaron evidencias de cuáles son las limitaciones de enfrentar de manera solitaria a las enfermedades o con las herramientas que adquieren los médicos y demás profesionales de la salud durante su formación académica.

Una de esas limitaciones tiene que ver con la necesidad de respaldo político al más alto nivel para que las acciones en defensa de la salud pública sean materializadas en decisiones que benefician a toda la población.

La necesidad de articular planes entre los distintos países para que desde cada uno de los Estados los gobiernos den fuerza política a la voluntad que nacía en cada una de las acciones, fue otra de las lecciones de estos cuarenta años.

Los problemas de la lucha por el acceso a los medicamentos, contra las enfermedades, contra las muertes provocadas por la tuberculosis, la malaria y el dengue, entre otras causas, tienen ahora un puente común que une a todos los países andinos al identificar estrategias conjuntas que suman esfuerzos técnicos y políticos.

Esta es una muestra más de que la integración que nació en ORAS - CONHU siguió avanzando más allá de los límites de la salud, tuvo un alcance multidimensional, una dimensión que cuestionó por igual a ricos y pobres para convertirse en la base de un proceso mayor que une a los pueblos en su búsqueda de una vida mejor.

Esta vida mejor, como lo demuestra el trabajo de cuarenta años, sólo puede lograrse si todos trabajan coordinadamente y en la misma dirección. Por ello que la integración en salud ha sido determinante para abrir ese camino por el que transitan otras formas de integración que nos acercan al futuro que buscan los pueblos.

El trabajo de ORAS - CONHU también ha ganado en eficacia y eficiencia. Cuenta ahora con un plan estratégico que incluye 5 líneas estratégicas que fueron identificadas en el análisis de situación en la subregión andina que se realizó en el 2008.

Una evaluación rápida demuestra el compromiso y trabajo de los países a través de las diferentes Comisiones Técnicas que ha permitido importantes logros como la aprobación de políticas andinas como las de Medicamentos, Atención a personas con discapacidad, Evaluación de Tecnologías Sanitarias y otras que como las de Recursos Humanos, Salud sexual y reproductiva en adolescentes e Intercultu-



ralidad están en proceso de aprobarse en la XXXIII REMSAA.

Este plan estratégico se convirtió en una herramienta dinámica que permitió por un lado cumplir con lo planificado pero además incorporar otros temas que surgieron de las necesidades planteadas por los países, ya sea por decisión de las Comisiones Técnicas, por disposición de los ministros de Salud o por decisiones estratégicas de la Secretaría Ejecutiva.

El nuevo Plan Estratégico es un gran reto y una expresión más de que existe un sentimiento de identidad y solidaridad andina que debe perennizarse en la historia futura que seguirán construyendo los pueblos andinos.

En este Plan se persigue consolidar los avances logrados en el plan estratégico que termina en el 2012 especialmente consolidando las experticias nacionales y subregionales para abordar los ejes centrales de los sistemas universales de salud como son : El acceso a medicamentos de calidad y bajo precio; Evaluación de tecnología sanitaria para mejorar la calidad de la atención y ser eficientes en el uso de recursos; Recursos humanos suficientes y ubicados donde son necesarios; Evaluación de la inversión en salud para una toma de decisiones basada en la evidencia; Enfoque de interculturalidad en las acciones de salud; Vigilancia y respuesta sanitaria; Modelo de atención basada en la atención primaria y otros temas en los que el Organismo Andino ha mantenido un liderazgo a nivel continental.

Pero a su vez incluye acciones estratégicas para enfrentar los nuevos desafíos de la salud andina y global como son las enfermedades no transmisibles, el dengue, emergencias y desastres, la protección de la salud pública como responsabilidad del Estado, la incorporación de tecnologías como la telemedicina y de observatorios de sistemas de salud.

En esa línea de pensamiento el gran objetivo del nuevo Plan estratégico 2013-2017 es trabajar junto a los países andinos para que consoliden sus Sistemas Universales de Salud considerando que es el mejor mecanismo social que permite garantizar la inclusión de todos los ciudadanos para que reciban atención de salud con calidad y de acuerdo a sus necesidades.

El impacto del nuevo plan debe reflejarse en que los países andinos alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio y más específicamente los Objetivos Andinos de Desarrollo Social, tales como Incrementar a 100% la cobertura de servicios de salud, Reducir la mortalidad infantil y neonatal, Reducir la mortalidad materna, Reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y la incidencia de sífilis congénita, Reducir la letalidad por dengue grave a menos del 2%, Disminuir la mortalidad prematura por Enfermedades no Transmisibles (ENT) en el grupo etáreo entre 30 y 70 años, Reducir el embarazo adolescente, Reducir la desnutrición crónica infantil y Reducir el porcentaje de población con sobrepeso y obesidad.

Para ello una de las tareas claves es lograr que los planes andinos y sobre todo las políticas subregionales de salud ayuden a consolidar las políticas públicas nacionales de los 6 países y viceversa.

Hasta la fecha, el eje central que ha motivado el accionar del ORAS - CONHU ha sido el de unir todos los esfuerzos de los países para orientarlos hacia un solo objetivo, que no es otro que el de conseguir una vida saludable basada en el respeto al derecho a la salud como derecho social fundamental y su disfrute como condición imprescindible para el desarrollo.

Ese ha sido el objetivo principal del trabajo realizado en este tiempo para consolidar a la salud como eje de integración de los pueblos andinos y como resultado de un esfuerzo que



debe comprometer a todos los sectores de los gobiernos.

Se reiteró la convicción de que la Patria Grande es América. Se cumplió el encargo de los ministros de salud de armonizar y complementar agendas con los diferentes espacios de integración existentes, se ha participado y contribuido socializando los avances de los países andinos en los organismos multilaterales de más incidencia en la región.

Con Unasur se han programado y compartido eventos, convergiendo de esta manera las agendas técnicas. Se ha reforzado la relación con otros organismos como la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Comisión Económica para América Latina. Se cumplió el mandato de los ministros de hacer una intensa abogacía para sensibilizar a las más altas autoridades para que prioricen la lucha contra las enfermedades no transmisibles. Se continúa trabajando e integrando la lucha contra la TBC, el dengue, la malaria, la Hepatitis B y el VIH SIDA en las fronteras.

Se concluyó exitosamente la primera versión del Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO) y para continuarlo, se avanza en la implementación del proyecto PASAFRO II.

Continúa el trabajo vinculado al acceso a los medicamentos, tanto a través de mecanismos como la compra conjunta o promoviendo criterios éticos sobre la promoción de los mismos y definiendo estrategias para los medicamentos genéricos.

Se ha avanzado en la generación de evidencia de la magnitud e impacto de las migraciones de los profesionales de la salud y en la formulación de la política de Recursos Humanos con énfasis en poblaciones migrantes.

Otro aspecto de la labor tiene que ver con el reconocimiento de las poblaciones origi-

narias como sujetos de derecho y no como objeto de las políticas. Otro tema que evidencia el aporte del sector Salud a la integración está relacionado con la situación de las personas con capacidades diferentes, en función de quienes se ha formulado y aprobado la política para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación/rehabilitación integral de las personas con discapacidad, así como el plan andino para su implementación.

Se apoyó la creación del plan andino de prevención del embarazo en adolescentes que está en plena ejecución.

Se ha priorizado el tema de los sistemas universales de salud. Se ha resaltado la importancia de la inversión en el sector para responder a los requerimientos de crecimiento económico, bienestar humano y desarrollo social.

Se implementó el Proyecto “Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario” (PASAFRO), el mismo que integró los esfuerzos de Ecuador, Colombia, Perú y Venezuela en la lucha contra malaria y logró reducir un 50% de su incidencia. Esta iniciativa desplegó un esfuerzo formidable movilizándolo el trabajo comunitario y su importancia fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud que otorgó a Ecuador y Colombia el premio de países campeones en la lucha contra la malaria.

Han transcurrido 40 años de trabajo, de esfuerzo y de logros de importancia vital para la salud de los pueblos andinos pero lo hecho hasta el momento, si bien es importante, no debe impedir ver lo mucho por hacer, especialmente, porque se necesitan políticas armónicas que traduzcan los avances macroeconómicos en progresos reales y concretos de la salud, la educación y el bienestar general de los ciudadanos.

El trabajo del ORAS - CONHU está directamente relacionado con el logro de los objetivos de todos los gobiernos. En los hechos, desarro-



llo y salud son casi sinónimos. Sin salud no podría haber desarrollo, sin poblaciones saludables no podría lograrse las metas de empleo ni las poblaciones podrían educarse o cultivar sus virtudes culturales. Por eso es preocupante que en los países andinos casi un 40 por ciento de las personas no estén cubiertas por algún sistema de salud o que, en promedio, todavía mueran más de veinte niños por cada mil nacidos vivos.

La experiencia adquirida al frente del ORAS - CONHU indica que sin salud es imposible cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por ello es que quienes laboran en el Organismo demuestran con hechos su compromiso por aliviar las enfermedades de las personas, propósito imposible de conseguir sin terminar con la pobreza y la miseria en que todavía viven millones de seres humanos en la región andina.

El trabajo no ha sido sencillo, porque mejorar la salud es hacer mejor la vida humana en un mundo cambiante.

Los países andinos tienen todas las condiciones para estar bien. Bolivia, Venezuela, Colombia, Perú, Ecuador y Chile son potencias en cuanto a recursos naturales. Se llaman países andinos pero no es sólo la Cordillera de los Andes lo que los une. Tienen la Amazonía, la zona desértica, el Océano Pacífico en fin, millones y millones de hectáreas de tierra generosa, bañada por un sol espléndido y con fuentes de agua que se cuentan entre las más abundantes del planeta...

Pero su potencial no son sólo las riquezas naturales. Tienen una historia común, antes y después de la llegada española, pues el dominio colonial si bien marcó diferencias fundamentales no pudo borrar las raíces compartidas sino que unió la historia de las luchas por la independencia, estrechando lazos y abrazos entre próceres y libertadores.

La rebelión del indígena peruano Túpac Amaru conmovió las conciencias de Bolivia, Ecua-

do y Colombia; Simón Bolívar y José Antonio Sucre nacieron en Venezuela y sellaron la independencia de Ecuador, Perú y Bolivia; la quiteña Manuelita Saenz, es recordada con fervor en todas las patrias andinas; el genio de los colombianos Antonio Nariño, Santander y del chileno Bernardo O Higgins trascendió las fronteras de entonces, tanto como las ideas de Francisco de Miranda, Pablo de Olavide y Francisco Eugenio Espejo, que animaron a los patriotas de todos nuestros países.

La labor de Hipólito Unanue, médico, naturalista y meteorólogo peruano en cuyo homenaje nuestra institución tomó su nombre, trasciende las fronteras de la ciencia y de su país al fundirse con la de otros luchadores por la independencia.

A ellos los unieron épocas de dolor, de crisis y, sobre todo, de lucha y esperanza en que sus ideales se verían realizados algún día.

En Bolivia se han reducido notablemente los índices de pobreza extrema. Con legítimo orgullo está muy cerca de lograr el primer objetivo de desarrollo del milenio. Ha descendido también la tasa de desempleo abierto, la desigualdad y la mortalidad infantil.

Cierto que la tuberculosis continúa siendo un problema de salud importante, pero su incidencia ha disminuido considerablemente. Allí se lucha con énfasis contra la enfermedad de chagas y la malaria. Las tareas para contrarrestar el embarazo en adolescentes y la desnutrición crónica son también notables.

En Bolivia el Ministerio de Salud y Deportes ha puesto en marcha el Sistema Plurinacional de Investigación en Salud y lleva adelante un enorme esfuerzo conceptual para diseñar un sistema de salud que haga realidad el derecho de salud para todos.

Chile sigue asombrando con los niveles de desarrollo económico que año a año se ven refle-

gados en el mejoramiento del estado de salud de la población. Las políticas redistributivas y los subsidios que se orientan de manera directa hacia las poblaciones más vulnerables hacen que se vayan acortando las diferencias que existen entre quintil más altos y más bajos en materia de ingresos.

Se han logrado avances importantes: aumenta la cobertura de acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado; se reduce la incidencia de enfermedades infectocontagiosas, de problemas materno infantiles y de mortalidad evitable o prematura. No obstante ello, enfermedades no transmisibles y de orden mental constituyen retos para el sistema de salud.

Desde una perspectiva de determinantes sociales, la situación de la salud en Chile tiene múltiples oportunidades para vencer los grandes desafíos que se le presentan. En ese contexto, los problemas generados por la contaminación ambiental, la obesidad y las enfermedades crónicas hacen de la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020 una herramienta clave para la lucha contra la inequidad.

En vísperas del 40 Aniversario del ORAS - CONHU, Colombia superó una de las epidemias de dengue más extendidas de la década. Registró una disminución de las muertes provocadas por la violencia y avanzó en el control de las enfermedades provocadas por vectores. Se vive allí un reconocido proceso de modernización de hospitales públicos y del sistema de Salud. Los avances en asuntos sociales tales como la lucha contra la pobreza, el desempleo, el analfabetismo; permiten encarar de mejor forma los problemas de más de cinco millones de personas desplazadas por la violencia.

Colombia mejora también su capacidad de respuesta frente a los desastres naturales. La labor del Ministerio destaca la situación de las mujeres que enfrentan problemas relacionados con las inequidades sociales y el embarazo adolescente.

En Ecuador es visible la preocupación aumentar el gasto público en salud, que aumenta año

a año; la esperanza de vida supera los 75 años y el incremento sostenido del salario básico, garantizan el mejoramiento continuo de las condiciones de vida.

El Ministerio de Salud Pública lidera la transformación del sector, orientado a garantizar la equidad y el acceso universal y gratuito a servicios de calidad y calidez. El Modelo de Atención Integral a la Salud, basado en equipos básicos, propone un esquema destinado a hacer realidad los beneficios consagrados en la Constitución de la República.

Las condiciones de estabilidad política y económica del país hacen prever que en el futuro se ampliará la disponibilidad de medicamentos y el número de enfermedades cubiertas integralmente por el Estado, lo cual tendrá un impacto definitivo en la salud de los ecuatorianos.

En el Perú se vienen reduciendo tanto la pobreza total como la pobreza extrema. El país crece a un ritmo promedio de seis por ciento y ello constituye la base material para el mejoramiento de la salud de sus pobladores. Avanza la extensión de los servicios de luz eléctrica, agua potable y alcantarillado; de recolección de residuos y se reducen de manera sostenida las desigualdades.

No obstante esos indicadores, la pobreza afecta a casi el 52 por ciento de la población quechua o aymara, es decir, el doble que en la población cuya lengua materna es el español. Un tercio de los hogares pobres se abastecen de agua de río, acequia o manantiales y una tercera parte de la población rural no cuenta con un sistema de eliminación de excretas.

El país espera poder cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud y es considerable el esfuerzo que se realiza por enfrentar los grandes desafíos que presentan las enfermedades.

Venezuela es una nación que reduce las desigualdades. En los últimos cinco años, descen-



dió el nivel de la pobreza y la proporción de hogares que vivían en extrema pobreza. La alimentación como derecho humano fundamental e inalienable es prioritaria y se viene elevando las coberturas de los servicios de agua potable y alcantarillado.

En el cumplimiento de los objetivos en asuntos de salud desempeñan un rol importante las misiones Barrio Adentro, que han sido institucionalizadas como parte de la estrategia para superar la exclusión y permiten una adecuada atención primaria en salud para toda la población.

La formación de médicos integrales comunitarios que contribuyan al fortalecimiento del sistema nacional y la red asistencial, con énfasis en la atención primaria, es uno de los principios que rigen el trabajo en salud en Venezuela.

En ese contexto de nuevos avances la labor del ORAS - CONHU ha centrado su accionar en la promoción del establecimiento de políticas andinas que constituyan el soporte para la definición de políticas nacionales orientadas a poner a disposición de la población los medicamentos que requieran para el tratamiento de sus enfermedades; para el diseño de estrategias que permitan la evaluación de las tecnologías sanitarias de acuerdo a las necesidades específicas de cada país y para contar con lineamientos que sirvan para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación y rehabilitación integral de las personas con capacidades especiales.

El trabajo desarrollado por el ORAS - CONHU se ha llevado a cabo con el valioso apoyo de instituciones y organismos de integración y cooperación internacional, quienes a través de convenios y acuerdos de cooperación, contribuyeron significativamente en el logro de los resultados y por ende con los mandatos de los Ministros de Salud de los países andinos. Esta cooperación además fortaleció la capacidad

técnica y administrativa del ORAS - CONHU y de los equipos técnicos de los países andinos a través de cursos de capacitación e intercambio de experiencias.

No podemos dejar de mencionar y reconocer el apoyo de las instituciones que pertenecen al Sistema Andino de Integración – SAI, a los Organismos de Naciones Unidas; así como a los países con quienes tenemos convenios bilaterales, España, Francia e Italia. Muchos son los acuerdos de cooperación y convenios firmados con universidades, organismos de cooperación internacional, organismos no gubernamentales e Instituciones públicas y privadas que con su experiencia y compromiso integracionista apoyaron al ORAS - CONHU en esta ardua labor de contribuir a LA INTEGRACIÓN ANDINA EN SALUD.

ORAS - CONHU aporta sus conocimientos y capacidad en este cambio de época en que la región se está transformando. Sus logros han sido muchos y muchos más los retos por vencer, por lo cual en momentos en que la América Andina enfrenta unida la inequidad y la pobreza, reafirma su decisión de mantener el trabajo orientado a alcanzar la sociedad justa y solidaria que permita a todos los ciudadanos, hombres y mujeres, mejorar sus capacidades y disfrutar plenamente de la vida en sociedad.





XXX REMSAA, Lima, marzo de 2009



XXXI REMSAA, Buenos Aires, junio de 2010



## CAPÍTULO X



# NUEVOS RETOS PARA LA SALUD ANDINA







Luego de cuatro décadas de impulsar la integración andina en salud y en el último quinquenio, de contribuir a la integración sudamericana, podemos decir que el ORAS - CONHU se ha consolidado en experiencia y logros palpables.

En los dos últimos años ha concentrado sus esfuerzos en la construcción de políticas públicas subregionales para optimizar los esfuerzos individuales de los países, concentrar recursos y avanzar juntos con objetivos claros, evitando acciones dispersas y marcando una nueva etapa con visión técnica y política que responda a los nuevos desafíos con nuevas acciones.

Su trabajo se orienta a ser el ente articulador de la integración andina en salud, impulsar y promover la experiencia andina a otros bloques de integración y convertirse en un referente de integración en salud sudamericana y continental, contribuyendo con el quehacer diario de los ministerios con políticas consensuadas y armonizadas para garantizar el Derecho a la Salud.

Nuestro sueño es que avancemos con políticas de salud subregionales que se conviertan en los países en políticas de Estado que garanticen el acceso universal y el derecho a la salud. Dicho de otro modo, se trata de alinear las políticas y planes subregionales a las políticas y planes nacionales y también en sentido contrario, de tal forma que los Ministerios puedan concentrar sus esfuerzos en los avances nacionales que servirán como insumos para los avances subregionales y continentales. Esta estrategia permitirá avanzar juntos.

En los últimos años, nuevos perfiles epidemiológicos, cambio climático y amenazas naturales han cambiado han incidido en el escenario de salud, social y político y que han surgido otros espacios de integración y cooperación a nivel continental. Ciertamente también que instituciones como UNASUR, MERCOSUR, ALBA entre otros o los organismos internacionales están en constante cambio, pero este proceso debe ser visto como una ventana de oportunidades para la complementación y, en esa perspectiva, la experiencia del ORAS - CONHU como ente consolidador de experiencias no puede ser desaprovechada.

El aporte del ORAS - CONHU al mejoramiento de las condiciones de vida y la salud en la región debe crecer apuntalando el anhelo integrador de los Ministros de Salud y de los gobiernos de los países andinos buscando soluciones conjuntas a problemas comunes.

Las grandes ideas y el entusiasmo por vencer los innumerables desafíos; la intranquilidad e impaciencia para que las cosas estén siempre mejor, la insatisfacción de los próceres, precursores y héroes de la independencia debe acompañarnos siempre.





XXVI REMSAA Extraordinaria, Lima, diciembre de 2011



XXVI REMSAA Extraordinaria, Lima, diciembre de 2011



# CELEBRACIÓN DEL 40 ANIVERSARIO DEL ORAS - CONHU



Develación del busto a Don Hipólito Unanue en el frontis del Ministerio del Perú



Distinción de la Municipalidad de Lima como "Huespedes Ilustres" a los Ministros de Salud Andinos





Reconocimiento de honor a los ex secretarios ejecutivos del ORAS - CONHU



Celebración con los Ministros de Salud Andinos, ex Ministros, ex Secretarios Ejecutivos, Representantes de Agencias de cooperación Internacional, Representantes de Organismos Regionales y Funcionarios del ORAS - CONHU





# COMISIONES TÉCNICAS DEL ORAS - CONHU



Comisión Andina de Discapacidad



Comisión Andina de Prevención del Embarazo no planificado en Adolescentes



Comisión Andina de Recursos Humanos en Salud



Comisión Andina de Riesgos y Desastres





Comisión Andina de SIDA

Comisión Andina de Nutrición



Comisiones Andinas de Evaluación de  
Tecnologías Sanitarias y Medicamentos

Comisiones Andinas de Salud  
Intercultural y de la Red Andina de  
Vigilancia Epidemiológica



Comisión Andina de Salud y Economía





# ANEXOS

---

# ANEXO 1

## CONVENIO HIPÓLITO UNANUE SOBRE COOPERACIÓN EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA

Los Gobiernos de las Repúblicas de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, representados por sus Ministros de Salud;

Con el propósito de hacer realidad los objetivos del Acuerdo de Cartagena de “Promover el desarrollo equilibrado y armónico de los Países Miembros” y Procurar un mejoramiento persistente en el nivel de vida de los habitantes de la subregión”, y conscientes de que para ello, es imperativo coordinar los esfuerzos del Área Andina en materia de salud;

De conformidad con la Declaración de Bogotá y la de los Presidentes de América en Punta del Este, quienes consideraron que “El mejoramiento de las condiciones de la salud es fundamental para el desarrollo económico y social de la América Latina”;

Consecuentes con las declaraciones y recomendaciones de los Ministros de Salud de las Américas reunidos en Washington D.C., en 1963 y en Buenos Aires en 1968, quienes señalaron que “La salud cubre acciones tan diversificadas que prácticamente interviene en todas las grandes inversiones para el desarrollo”;

Considerando que el “Convenio Andrés Bello de Integración Educativa, Científica y Cultural de los Países de la Región Andina” suscrito en Bogotá el 31 de enero de 1970, se propone aplicar la ciencia y la tecnología a la elevación del nivel de vida de los pueblos de la región;

Conscientes de que el ser humano es medio y fin de todas las acciones para el desarrollo;

Teniendo en cuenta la preocupación de los Ministerios de salud de los países del Área Andina en relación con los problemas comunes a los mismos, que ha motivado la celebración en los últimos años, de diferentes Convenios Sanitarios Fronterizos Bilaterales y Multilaterales;

Resuelven suscribir el presente Convenio que en homenaje al insigne médico peruano, llevará el nombre de “Hipólito Unanue”;

### ARTICULO 1

El Convenio tiene por objeto mejorar la salud humana en los países del Área Andina, para lo cual se iniciarán acciones coordinadas que además hagan realidad los propósitos enunciados precedentemente;

### ARTICULO 2

Los Gobiernos darán carácter prioritario a la solución de los problemas que en forma semejante, afectan a los países del área, entre los cuales se encuentran;

- Los fronterizos de salud, especialmente los vinculados con las enfermedades transmisibles y con las migraciones poblacionales;
- La desnutrición,
- El saneamiento ambiental,



- La protección materno infantil,
- La educación sanitaria de las poblaciones,
- La contaminación ambiental,
- La salud ocupacional.
- Los que van a derivarse del incremento de la producción y del comercio intrarregional, en lo que se refiere a alimentos, drogas y productos biológicos.
- Los relacionados con casos de desastre, los cuales requieren de la complementación subregional para hacer más rápida y efectiva la cooperación de los países;
- Los que se refieren al control del uso y eliminación del tráfico ilícito de drogas que causan adicción;

### ARTICULO 3

Las acciones que se proponen desarrollar para la consecución de estos fines son las siguientes:

- Reactualizar los Convenios Sanitarios Fronterizos, para dar énfasis al incremento de la infraestructura de Servicios de Salud y al mejoramiento de los programas de control de las enfermedades transmisibles;
- Estudiar el riesgo de transmisión de enfermedades relacionadas con las migraciones de población, el tránsito de personas, animales y cosas y formular las medidas preventivas correspondientes;
- Intensificar el intercambio de experiencias y establecer un sistema de comunicación oportuna y permanente;
- Informarse mutuamente de la manera más rápida y eficiente, con respecto a las enfermedades transmisibles;
- Propiciar estudios, desarrollar normas y programas de control en relación con la contaminación de las aguas, del suelo y de atmósfera;
- Promover estudios, formular normas y desarrollar programas de salud ocupacional;
- Estudiar las necesidades de los países del Área Andina con respecto a drogas, productos biológicos de uso humano y veterinario, su control de calidad y buscar soluciones para permitir que estén al alcance de todos los sectores de la población;
- Preparar normas sanitarias comunes que regulen el comercio de alimentos, tanto de origen animal como vegetal, entre los países del Área Andina;
- Estudiar las necesidades y capacidad industrial de los países del Área Andina en relación a equipos, instrumental, mobiliario y suministros varios para hospitales y otros establecimientos de salud fijando normas de calidad uniforme con el objeto de buscar soluciones coordinadas que reduzcan el costo de las acciones de salud;
- Prestarse mutuamente servicios de asistencia técnica en aquellos aspectos en los que los países tengan un nivel de desarrollo relativamente superior a los demás;
- Realizar investigaciones conjuntas de las materias pertinentes e intercambiar información sobre los proyectos que se tengan o preparen en este campo;
- Realizar reuniones periódicas para que los técnicos de los diferentes países del área estudien los problemas comunes en los distintos campos de la salud y formulen las recomendaciones del caso;
- Realizar el estudio de la situación actual del sector salud con respecto a los recursos humanos para determinar las necesidades de formación de personal a todos los niveles, teniendo como marco de referencia los Planes Nacionales de Salud y el proceso de integración. Lo anterior con miras a la posible complementación ante las necesidades de formación y capacitación del personal de salud en los países del Área Andina;
- Establecer un sistema de intercambio de personal de salud, de acuerdo a las posibilidades de cada país y propiciar becas en aspectos que sean de interés para los países del Área Andina;
- Procurar que las legislaciones nacionales de salud, de acuerdo con las normas técnicas, simplifiquen los requisitos sanitarios para el tránsito de personas entre los países del Área Andina, así como el



intercambio de equipos y materiales;

- Efectuar los estudios y establecer los mecanismos necesarios para prestarse mutuamente la más eficiente cooperación en caso de desastres;
- Realizar estudios de las medidas conjuntas que conviene sean adoptadas por los países del Área Andina para controlar el uso y combatir el tráfico ilícito de drogas que causan adicción;

#### ARTICULO 4

Los países signatarios procurarán que las Legislaciones Nacionales de todos los países miembros incorporen, específicamente, el derecho a la salud, reafirmando al mismo tiempo las responsabilidades que les caben a los Estados de otorgar los medios que permitan ofrecer servicios integrales de salud a toda la población;

#### ARTICULO 5

Los Ministros de Salud convienen en convocar anualmente la “Reunión de Ministros de Salud”, en la cual se estudiarán los problemas antes mencionados, se formularán planes de acción, y se designará la próxima sede.

Asimismo, los Ministros de Salud acuerdan crear, hasta tanto se estructuren los organismos definitivos, un Comité Coordinador de los Acuerdos de la I Reunión de Ministros de Salud de los Países del Área Andina, integrada por los representantes que los Gobiernos designen y que se reunirá periódicamente;

Este Comité contará con una Secretaría que funcionará en forma continua en el país sede de la I Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, hasta que se estructuren los organismos definitivos o hasta la realización de la siguiente reunión;

#### ARTICULO 6

Considerando la importancia que para el desarrollo integral de sus países significa el presente Convenio, las Partes, acuerdan ponerlo en conocimiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y solicitar que preste su colaboración y apoyo para llevar a la práctica las Resoluciones de la “Reunión de Ministros de Salud de los Países del Área Andina” en los aspectos que tales acuerdos así lo requieran.



---

## ANEXO 2

### PROTOCOLO ADICIONAL AL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Los Gobiernos de las Repúblicas de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, representados por sus Ministros de Salud con el propósito de ampliar y hacer realidad los objetivos del Convenio Hipólito Unanue suscrito en la ciudad de Lima, Perú, el día 18 de diciembre de 1971, y el Acuerdo de Creación de los Organismos Permanentes del Convenio suscrito en la ciudad de Quito, Ecuador, el 6 de julio de 1973, RESUELVEN suscribir el presente PROTOCOLO ADICIONAL.

#### TÍTULO I DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO

Art.1. De conformidad con el Art. 1 del Convenio Hipólito Unanue, queda establecido que su objetivo primordial es el de mejorar las condiciones de salud en los países del Área Andina con el fin de elevar el nivel de vida de los habitantes de esta subregión. Asimismo y siendo semejantes los problemas de salud que afectan a estos países, los Miembros del Convenio se comprometen a cumplir los siguientes objetivos específicos:

- a) Establecer las prioridades que corresponda a fin de fortalecer los programas destinados a la prevención, fomento y recuperación de la salud;
- b) Procurar que los países signatarios incluyan en sus legislaciones nacionales el derecho a la salud y la responsabilidad que les corresponde a los Estados de otorgar los medios que permitan ofrecer servicios integrales de salud;
- c) Proponer la solución rápida y efectiva de los problemas fronterizos de salud, especialmente los vinculados con las enfermedades transmisibles y con las migraciones poblacionales;
- d) Combatirla desnutrición en todas sus manifestaciones, buscar su solución, e intercambiar experiencias sobre la materia;
- e) Mejorar las condiciones del medio ambiente, estableciendo las normas de prevención y control de la contaminación ambiental, que sean compatibles con el desarrollo económico-social
- f) Dar cumplimiento a los programas de protección materno-infantil y bienestar familiar;
- g) Cumplir y fortalecer los programas de educación para la salud de la población, procurando, cuando fuere necesario, la cooperación del Convenio Andrés Bello;
- h) Desarrollar e intensificar los programas de salud ocupacional y establecer relaciones al efecto con el convenio Simón Rodríguez;
- i) Adoptar medios para asegurar la cooperación con los órganos del Acuerdo de Cartagena y otros organismos internacionales en los aspectos relacionados con la salud, como los referentes a la producción, el comercio, el consumo, la tecnología y el control de calidad de los alimentos, medicamentos, drogas, productos biológicos, cosméticos, pesticidas, insecticidas y equipos e implementos médico-quirúrgicos y odontológicos;
- j) Establecer las bases para una coordinación adecuada en casos de desastres que requieren de la complementación subregional, para hacer más rápida y efectiva la cooperación de los países;
- k) Perfeccionar los mecanismos necesarios para el control del uso de estupefacientes y drogas que causan adicción;
- l) Coordinar y uniformar los aspectos básicos de las legislaciones sanitarias nacionales que propendan a la creación de normas jurídicas comunes a la subregión andina;
- m) Crear y mejorar los mecanismos de cooperación y procedimientos para desarrollarla investigación en las ciencias y tecnologías de la salud, de acuerdo con las posibilidades existentes;

- 
- n) Fomentar entre los países el intercambio de estudios, diseños y proyectos de infraestructura sanitaria y de atención médica, que permitan la toma de decisiones y la ejecución rápida de programas;
- o) Estimular, coordinar y acelerar los programas de formación y capacitación del personal de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades y prioridades de cada uno de los países; y establecer nexos de cooperación subregional en este campo;
- p) Propiciar la creación y desarrollo de centros especializados de atención e investigación en aspectos de salud que sean de utilidad para todos los países de la subregión.

Art. 2. Para la consecución de los objetivos o fines señalados en el artículo anterior, los órganos del Convenio ejecutarán las acciones que ellos mismos determinen de acuerdo con sus facultades, y todas aquellas que señala el artículo 3 del Convenio Hipólito Unanue.

## **TÍTULO II DE LOS ÓRGANOS DEL CONVENIO**

Art.3. Las funciones del Convenio se realizarán de conformidad a lo dispuesto en su artículo 5 y en el Acuerdo de Creación de sus órganos Permanentes, por los siguientes órganos:

- a) La Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA)
- b) El Comité de Coordinación (Comité)
- c) La Secretaría Ejecutiva del Convenio (Secretaría)
- d) Las Comisiones Asesoras (Comisiones)

## **CAPÍTULO I DE LA REUNIÓN DE MINISTROS DE SALUD DEL ÁREA ANDINA**

Art. 4. La REMSAA es el órgano máximo del Convenio y estará integrada por los Ministros de Salud de los Países Miembros. Los Ministros de Salud podrán estar acompañados por delegados debidamente acreditados. Cada País Miembro tendrá derecho a un voto.

Art. 5. Al constituirse la REMSAA, elegirá a los integrantes de su Mesa Directiva, de conformidad con su Reglamento, todos los cuales permanecerán en sus funciones hasta la fecha de la próxima.

Art. 6. La REMSAA celebrará sesiones ordinarias una vez al año y extraordinarias, para atender asuntos urgentes e impostergables, cuando fuere convocada por el Presidente o a petición de dos o más países. En cada reunión anual la REMSAA designará el país sede y la fecha en la cual se realizará la siguiente reunión ordinaria.

Art. 7. Son funciones de la REMSAA

- a) Determinar la política general y establecer las prioridades para la consecución de los objetivos del Convenio;
- b) Evaluar los resultados de las actividades del Convenio;
- c) Nombrar el Secretario Ejecutivo del Convenio;
- d) Aprobar el presupuesto anual de gastos y fijar las contribuciones de los países contratantes;
- e) Considerar los informes del Comité, del Secretario y de las Comisiones Asesoras
- f) Dar instrucciones a los Órganos del Convenio sobre los asuntos en los cuales se considere conveniente estudio, investigación, acción o informe;
- g) Crear las Comisiones Asesoras que considere necesarias para el cumplimiento de los propósitos del Convenio;
- h) Considerar las recomendaciones de los organismos internacionales de Salud que tengan relación con las actividades del Convenio;
- i) Dar instrucciones al Comité y a la Secretaría para llevar a la atención de los Países Miembros cualquier asunto relacionado con la salud, que estime conveniente;

- 
- j) Adoptar resoluciones que permitan cumplir los objetivos que persigue el Convenio;
- k) Celebrar convenios con agencias internacionales para la consecución de los fines del Convenio;
- m) Conocer, resolver y disponer todos los asuntos de interés común que no estén encomendados a otros órganos del Convenio y que sean necesarios para cumplir sus finalidades.

Art. 8. La REMSAA adoptará resoluciones con el voto favorable de por lo menos dos tercios de sus Miembros. En caso de voto negativo, éste podrá ser razonado y la materia deberá ser estudiada nuevamente en otra sesión de la misma REMSAA. Si aún se mantuviese el voto negativo, la decisión sobre la materia se tomará por la mayoría ya establecida en este artículo.

## CAPÍTULO 2 DEL COMITÉ DE COORDINACIÓN

Art. 9. El Comité es el órgano técnico del Convenio, constituido por un representante titular de cada país miembro. Cada representante tendrá un representante alterno.

Art. 10. Son funciones del Comité:

- a) Programar y coordinar las acciones necesarias para lograr el cumplimiento de las resoluciones y recomendaciones de la REMSAA;
- b) Asesorar a la REMSAA en los asuntos que sean de su competencia;
- c) Presentar a la REMSAA informes evaluativos sobre los logros alcanzados en el desarrollo de los programas;
- d) Revisar el programa y presupuesto anual presentado por la Secretaría Ejecutiva del Convenio para elevarlo, con informe, a la REMSAA;
- e) Ejercer las demás funciones que la REMSAA le encomiende.

Art. 11. El Comité Coordinador se reunirá ordinariamente por lo menos dos veces al año. Una de estas reuniones se efectuará inmediatamente antes de la REMSAA y la otra en la oportunidad que determine el Reglamento. Podrá reunirse en forma extraordinaria cuando sea convocado por el Presidente de la REMSAA de conformidad con su Reglamento.

## CAPÍTULO 3 DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA DEL CONVENIO

Art. 12. La Secretaría estará a cargo de un funcionario designado por la REMSAA y durará en sus funciones un período de dos años pudiendo ser reelegido una sola vez.

Art. 13. El Secretario deberá ser ciudadano de cualesquiera de los países miembros; será responsable de sus actos ante la REMSAA; actuará con sujeción a intereses comunes; se abstendrá de cualquier acción incompatible con el carácter de sus funciones; no podrá desempeñar, durante el período de su cargo, ninguna otra actividad profesional, remunerada o no; y no solicitará ni recibirá instrucciones particulares de ningún gobierno, ni entidad nacional, internacional o regional.

Art. 14. Son funciones de la Secretaría:

- a) Realizar las acciones necesarias para obtener el cumplimiento de las resoluciones y recomendaciones de los órganos del Convenio;
- b) Actuar como organismo de enlace entre la REMSAA y el Comité de Coordinación;
- c) Estudiar los diferentes aspectos relacionados con la aplicación del Convenio y proponer soluciones, de oficio o a petición de la REMSAA y demás órganos del Convenio;
- d) Elaborar el programa y presupuesto anual del Convenio para su estudio por el Comité y aprobación por la REMSAA;
- e) Ejecutar el presupuesto, conforme a las instrucciones de los órganos del Convenio;
- f) Servir de órgano de relación con los organismos internacionales y regionales y con los gobiernos de los países que no pertenecen a la Región, en lo relativo a la aplicación del Convenio y a la ejecución



- del plan de trabajo anual, de conformidad con las instrucciones
- g) Proponer para la aprobación de la REMSAA, los proyectos de reglamentos internos de los órganos del Convenio;
  - h) Proponer a la REMSAA la formación y estructura de las Comisiones Asesoras;
  - i) Llevar un registro del progreso de los diversos trámites administrativos nacionales e internacionales relacionados con el cumplimiento del Convenio y el plan de trabajo anual;
  - j) Preparar de acuerdo con el Presidente de la REMSAA, las reuniones de los órganos del Convenio;
  - k) Preparar el informe anual a la REMSAA sobre las actividades que realice;
  - l) Preparar la agenda de la REMSAA.

Art. 15. La Secretaría tendrá una sede fija, que la escogerá la REMSAA, y el personal técnico que se determine al aprobar el presupuesto anual.

Art. 16. Los gastos de funcionamiento de la Secretaría se financiarán mediante el aporte de los Países Miembros en la proporción que fije la REMSAA.

Art. 17. El Secretario Ejecutivo del Convenio gozará en los países integrantes de la subregión andina de las inmunidades y privilegios diplomáticos necesarios para el ejercicio de sus funciones. El Gobierno del país sede deberá suscribir con el Convenio un acuerdo destinado a reglamentar lo dispuesto en el párrafo precedente.

#### **CAPÍTULO 4**

##### **DE LAS COMISIONES ASESORAS**

Art. 18. La REMSAA creará las Comisiones Asesoras que considere necesarias para estudiar e informar sobre los asuntos del convenio.

Art. 19. Las Comisiones presentarán sus informes al Comité, el cual será el encargado de hacerlos llegar a la REMSAA, a través de la Secretaría, con las observaciones y recomendaciones que le merecieren.

#### **TÍTULO III**

##### **DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DEL CONVENIO**

Art. 20. El Convenio «Hipólito Unanue» es una persona jurídica con capacidad suficiente para la realización de sus objetivos y el ejercicio de sus funciones, y, en este sentido podrá:

- a) Contratar;
- b) Contraer obligaciones de acuerdo a la legislación de cada país miembro;
- c) Comparecer en juicio;
- d) Conservar fondos de cualquier moneda y hacer las transferencias

Para los efectos administrativos señalados en este artículo, la representación del Convenio estará ejercida por el Secretario Ejecutivo, quien tendrá la obligación de comunicar anualmente las actuaciones que realice en uso de ella a la REMSAA.

#### **TÍTULO IV DISPOSICIONES GENERALES**

Art. 21. Cada País Miembro organizará en su Ministerio de Salud una Oficina de Coordinación, la cual estará encargada de mantener las relaciones con el Convenio y velar por el cumplimiento de las resoluciones adoptadas por sus órganos.

Art. 22. Cada País Miembro rendirá un informe anual sobre las medidas adoptadas y el adelanto logrado de conformidad con las resoluciones de la REMSAA.

Art. 23. Los Países Miembros facilitarán a la Secretaría las leyes, reglamentos, resoluciones, acuerdos, informes técnicos y estadísticas oficiales, de importancia, referentes a salud que hayan sido publicados en sus territorios.

Art. 24. Las reformas al Convenio Hipólito Unanue y a este Protocolo podrán ser propuestas por los Países



Miembros individualmente o por el Comité Coordinador de la REMSAA y presentadas ante el Secretario Ejecutivo seis meses antes de su consideración.

El Secretario remitirá a los Países Miembros las reformas propuestas por lo menos cuatro meses antes de su consideración por la REMSAA, con el objeto de que éstos las estudien y formulen ante el Comité las observaciones que les merezcan.

Art. 25. El presente Protocolo tiene duración indefinida pero podrá ser denunciado. No obstante, la denuncia no surtirá efecto sino después de transcurrido un año de su presentación, la cual se efectuará ante la Secretaría.

Art.26. El presente Protocolo deja sin efecto cualquier disposición en contrario que se haya adoptado anteriormente,

#### **TÍTULO V DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

1. La ratificación del presente Protocolo Adicional implicará la ratificación del Convenio Hipólito Unanue.

2. Este Protocolo entrará en vigor cuando cuatro países hayan comunicado su aprobación y ratificación a la Secretaría del Convenio. Para los Países restantes, la fecha de entrada en vigor será la de comunicación del respectivo instrumento de aprobación y ratificación, de acuerdo con sus procedimientos legales. El instrumento de ratificación será depositado ante la Secretaría del Convenio, la cual deberá comunicar la fecha del depósito a los países miembros que hayan firmado el presente Protocolo.

3. La Secretaría Ejecutiva del Convenio continuará provisionalmente a cargo de un funcionario

4. El Comité de Coordinación deberá presentar, dentro del lapso de seis meses, a partir de la firma de este Protocolo, un estudio completo sobre la Secretaría Ejecutiva, como se define en los Artículos 12 al 17.

5. La IV REMSAA considerará el proyecto de Secretaría Ejecutiva preparado por el Comité de Coordinación, y una vez aprobado, procederá a elegir la sede del Convenio y el Secretario Ejecutivo.

En fe de lo cual, los plenipotenciarios que suscriben el presente Protocolo firman en nombre de sus respectivos Gobiernos, en la ciudad de Caracas, a los veintinueve días del mes de noviembre del año mil novecientos setenta y cuatro en seis originales todos ellos igualmente válidos



## **ANEXO 3**

### **DECISION 445 ADSCRIPCIÓN DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE AL SISTEMA ANDINO DE INTEGRACIÓN**

EL CONSEJO ANDINO DE MINISTROS DE RELACIONES EXTERIORES,

VISTA: La Declaración de los Ministros de Relaciones Exteriores de Bolivia, Ecuador, Venezuela, del Ministro de Industria, Turismo y Negociaciones Comerciales Internacionales del Perú, de la Viceministra de Relaciones Exteriores de Colombia y del Subsecretario de Relaciones Exteriores de Chile, representantes de los Países Miembros del Convenio Hipólito Unanue, de esta misma fecha;

DECIDE:

Primero: Aprobar la adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración.

Segundo: Encomendar al Secretario General de la Comunidad Andina que, en consulta con los gobiernos de los Estados Miembros del Convenio Hipólito Unanue, prepare la propuesta de adscripción y reestructuración del mismo y la someta a la consideración del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores y al Ministro de Relaciones Exteriores de Chile para que, de común acuerdo, procedan a su aprobación.

Dada en la ciudad de Quito, Ecuador, a los diez días del mes de agosto de mil novecientos noventa y ocho.

---



---

## ANEXO 4

### DECISION 449 TÉRMINOS DE LA ADSCRIPCIÓN AL SISTEMA ANDINO DE INTEGRACIÓN Y REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

EL CONSEJO DE MINISTROS DE RELACIONES EXTERIORES DE LA COMUNIDAD ANDINA;

VISTOS: Los artículos 6 y 8 del Acuerdo de Cartagena; el Tratado de Creación del Convenio “Hipólito Unanue” sobre Cooperación en Salud de los Países del Area Andina; El Protocolo Adicional al Convenio Hipólito Unanue y la Decisión 445 del Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores y la Propuesta 18/ Rev.1 de la Secretaría General de la Comunidad Andina; y,

CONSIDERANDO: Que en la Declaración de Quito de 10 de agosto de 1998, los Ministros de Relaciones Exteriores de los países miembros, así como los países miembros del Convenio Hipólito Unanue, manifestaron su voluntad conjunta de adscribir y permitir la adscripción de este último al Sistema Andino de Integración;

Que mediante Decisión 445 del 10 de agosto de 1998 se aprobó la adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración;

Que dicha Decisión también fue aprobada por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, en representación de su país;

Que en consecuencia es necesario establecer los términos según los cuales dicha adscripción deberá funcionar en adelante e instrumentar la reformulación del Convenio requerida con tal objeto;

Que, en cumplimiento de la indicada Decisión es necesario asimismo aprobar una nueva reglamentación del Convenio Hipólito Unanue que responda a la necesidad de profundizar el proceso de modernización, del Convenio y dotarlo de mayor autonomía, continuidad, eficiencia y operatividad dentro del Sistema Andino de Integración, proceso que fue sancionado positivamente por la Reunión de los Ministros de Salud (REM-SAA), en la XIII reunión extraordinaria celebrada en Lima, Perú, durante los días 19 y 20 de Junio de 1997.

Que la Propuesta de la Secretaría General ha sido elaborada de común acuerdo con la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue;

DECIDE:

Artículo Primero.- Aprobar los términos de adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración que figuran como Anexo I de la presente Decisión.

Artículo Segundo.- Aprobar el nuevo Reglamento de Organización y Funciones del Convenio Hipólito Unanue que figura como Anexo II de la presente Decisión.

Dada en la ciudad de Santafé de Bogotá, a los veintiséis días del mes de febrero de mil novecientos noventa y nueve.



## ANEXO I

### TERMINOS DE LA ADSCRIPCION DEL CONVENIO HIPOLITO UNANUE AL SISTEMA ANDINO DE INTEGRACIÓN

Artículo 1.- El Convenio Hipólito Unanue, mediante Declaración del 8 de agosto de 1998, aceptada en la misma fecha por el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores de la Comunidad Andina, manifestó su voluntad de formar parte del Sistema Andino de Integración. En consecuencia, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente Decisión, esta Institución adquiere la calidad de “Convenio Social del Sistema Andino de Integración”.

Artículo 2.- La adscripción al Sistema supone por parte del Convenio, su sometimiento a las directrices y normas emanadas del Sistema, así como el establecimiento de mecanismos de coordinación entre éste y los demás órganos e instituciones del Sistema. En este sentido, las políticas de integración en materia de salud se implementarán conforme al Memorando de Entendimiento suscrito por la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue y la Secretaría General de la Comunidad Andina que regirá los mecanismos de trabajo entre dichas Secretarías y entre los órganos decisorios del Sistema Andino de Integración y del Convenio.

Artículo 3.- El seguimiento y control del cumplimiento de las iniciativas legislativas aprobadas en el marco de la adscripción, corresponderá a la Secretaría General y órganos de la Comunidad Andina que correspondan y al Convenio Hipólito Unanue, de conformidad con sus respectivas competencias.

Artículo 4.- Siguiendo lo establecido en el artículo 33 del Tratado de Creación del Tribunal de Justicia del Acuerdo de Cartagena, las controversias que surjan entre los Países Miembros del Convenio Hipólito Unanue podrán resolverse, a través de los mecanismos jurisdiccionales previstos en dicho Tratado, sus modificatorias y ampliatorias.

Del mismo modo, los conflictos de carácter administrativo o laboral se sustanciarán conforme a los procedimientos previstos en el Protocolo Modificador del Tratado de Creación del Tribunal de Justicia del Acuerdo de Cartagena, a partir del momento en que éste entre en vigencia.

Artículo 5.- El Convenio Hipólito Unanue podrá establecer coordinaciones con el Parlamento Andino, en su calidad de órgano deliberante del Sistema Andino de Integración a fin de promover la adopción de iniciativas legislativas en los Países Miembros del Acuerdo Cartagena.

Artículo 6.- El Convenio Hipólito Unanue establecerá relaciones de trabajo y coordinación con los demás órganos e instituciones del Sistema Andino de Integración.



---



---

## ANEXO 5

### DECISION 528 DESIGNACIÓN DEL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE SOBRE COOPERACIÓN EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA COMO “ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE”

EL CONSEJO ANDINO DE MINISTROS DE RELACIONES EXTERIORES,

VISTAS: Las Decisiones 445 y 449 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores y la Propuesta 73 de la Secretaría General;

CONSIDERANDO: Que, mediante la Decisión 445 del Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores, se aprobó la adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración;

Que, a través de su Decisión 449, el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores aprobó los términos de la adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración y asimismo aprobó un nuevo Reglamento de Organización y Funciones para el Convenio Hipólito Unanue;

Que, en la Resolución REMSAA XXIII/372 del 10 de diciembre de 2001, los Ministros de Salud de los Países Miembros del Tratado de Creación del Convenio Hipólito Unanue sobre Cooperación en Salud de los Países del Área Andina, acordaron designar el mencionado Tratado con el nombre de “Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue”;

Que los Ministros de Salud de los países miembros del Convenio Hipólito Unanue solicitaron al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores modificar la normativa comunitaria, con el fin de reflejar la nueva designación del Convenio Hipólito Unanue;

Que la nueva denominación facilita la identificación del Convenio en su nuevo rol y posición en el Sistema Andino de Integración;

DECIDE:

Artículo Primero.- Modificar el artículo 1 del Anexo I de la Decisión 449 que contiene los Términos de la Adscripción del Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración, el cual quedará redactado en los siguientes términos:

El Convenio Hipólito Unanue mediante Declaración del 8 de agosto de 1998 y Resolución REMSAA Extraordinaria XIV/1, aceptada en la misma fecha por el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores de la Comunidad Andina, manifestó su voluntad de formar parte del Sistema Andino de Integración.

En consecuencia, esta Institución adquiere la calidad de Convenio Social del Sistema Andino de Integración y se le designará con el nombre de “Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue”.

Artículo Segundo.- Facultar a la Secretaría General para que, sobre la base de lo establecido en la presente Decisión, elabore un texto unificado de los Términos de la Adscripción del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue al Sistema Andino de Integración.

Dada en la ciudad de Lima, Perú, a los siete días del mes de julio del año dos mil dos.

---

## ANEXO 6

### RELACIÓN DE SECRETARIOS EJECUTIVOS DEL ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

<b>Nombre</b>	<b>País</b>	<b>Periodo</b>
<b>Dr. Alfredo Lynch Cordero</b>	Perú	<b>1971-1972</b>
<b>Dr. Rene Calle Cabrera</b>	Ecuador	<b>1973-1974</b>
<b>Dr. Daniel Orellana</b>	Venezuela	<b>1975-1976</b>
<b>Dr. Alfredo Lynch Cordero</b>	Perú	<b>1977-1980</b>
<b>Dr. Roberto Acosta Borrero</b>	Colombia	<b>1981-1985</b>
<b>Dr. Arcadio Andrade Duque</b>	Venezuela	<b>1986-1987</b>
<b>Dr. Hugo Urquieta Morales</b>	Bolivia	<b>1988-1989</b>
<b>Dr. Nazario Román Armendáriz</b>	Ecuador	<b>1990-1991</b>
<b>Dr. Carlos Bazán Zender</b>	Perú	<b>1992-1996</b>
<b>Dr. Juan Luis Gonzales Reyes</b>	Chile	<b>1997-2000</b>
<b>Dr. Mauricio Bustamante García</b>	Colombia	<b>2001-2005</b>
<b>Dr. Oscar Feo Istúriz</b>	Venezuela	<b>2006-2010</b>
<b>Dra Caroline Chang Campos</b>	<b>Ecuador</b>	<b>2010- actualidad</b>

---

## ANEXO 7

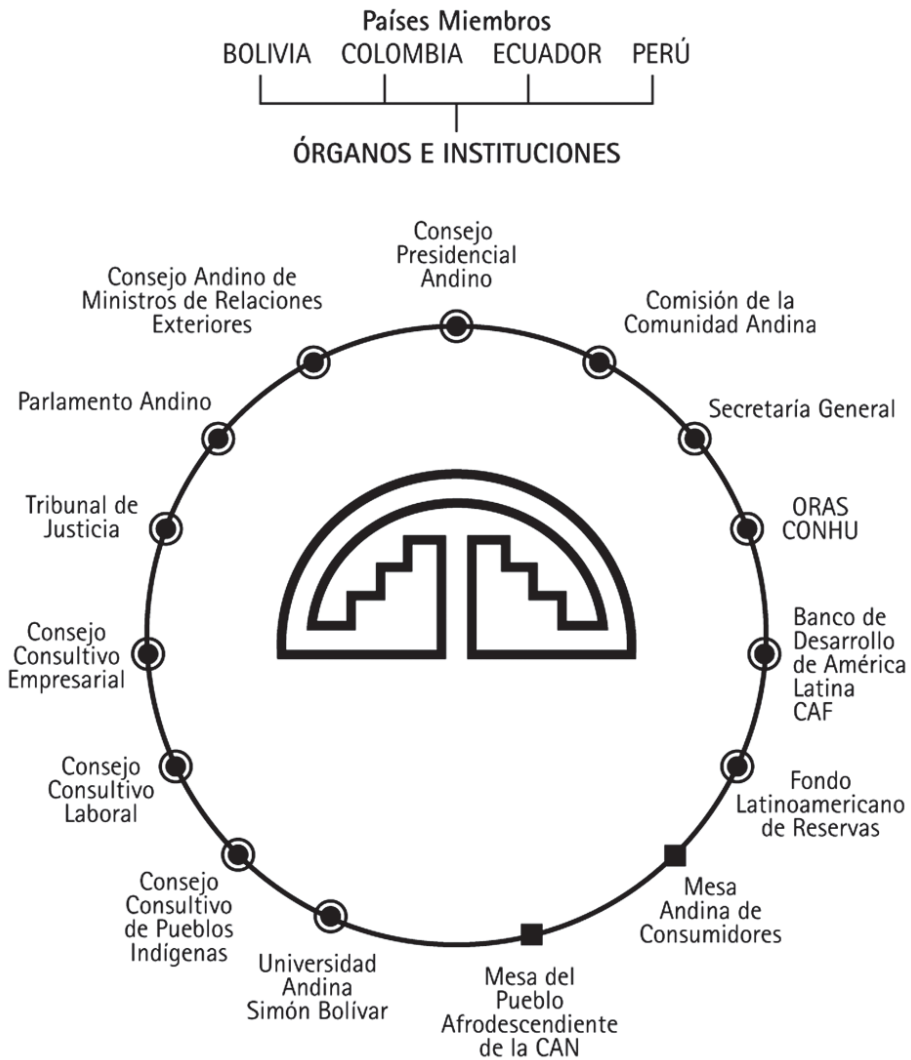
### LISTADO DE PAÍSES OBSERVADORES

1. ESPAÑA	REMSAA VIII/133 – CARACAS, VENEZUELA, 1981
2. BRASIL	REMSAA X/164 – SANTA CRUZ, BOLIVIA, 1983
3. PANAMÁ	REMSAA XI/182 – LIMA, PERÚ, 1985
4. ARGENTINA	REMSAA XV/261 – SUCRE, BOLIVIA, 1991
5. CUBA	REMSAA XV/261 – SUCRE, BOLIVIA, 1991
6. GUYANA	REMSAA EXT. IX/1 – WASHINGTON D.C., 1994
7. PARAGUAY	REMSAA EXT. VIII/2 - GINEBRA, SUIZA 1994
8. URUGUAY	REMSAA EXT. VIII/1 - GINEBRA, SUIZA 1994
9. REPÚBLICA DOMINICANA	REMSAA XXXII/470 - SANTIAGO DE CHILE, 2011



## ANEXO 8

### ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA ANDINO DE INTEGRACIÓN



---

## ANEXO 9

### VIDA Y OBRA DE HIPÓLITO UNANUE

#### LA OBRA

La obra de Hipólito Unanue (1755-1833) es el más destacado de los Médicos ilustrados peruanos, está aún insuficientemente estudiada; su actividad múltiple, que desbordó el ámbito médico y científico y abarcó campos tan disímiles como el periodismo, o la reforma aduanera cuando fue Ministro de Hacienda, es ya suficiente complejidad, pero a eso se añade su participación en política en el proceso de la emancipación, lo que ha sesgado en particular los estudios hacia esas actuaciones, en las que ciertamente tuvo un papel destacado, pero que no tuvieron la larga influencia que su obra médica tuvo en el desarrollo de la Medicina Ilustrada americana en el siglo XVIII y comienzos del XIX.

Aun en el campo de la Medicina, su actividad también puede diferenciarse en una primera y más conocida: la actividad fundacional, y de renovador de la educación médica, como creador del primer anfiteatro anatómico peruano y de las “Conferencias Clínicas” que reunieron por primera vez en América a médicos y cirujanos, entonces profesiones separadas y en muchas ocasiones enfrentadas. También fue uno de los fundadores y pilares de la revista Mercurio Peruano, órgano de difusión de los criollos ilustrados y desde el cual impulsó múltiples medidas de corte sanitario como la vacunación, la creación de cementerios, la higiene y saneamiento público, entre otras medidas de salud pública. No puede dejarse de mencionar que es el fundador de la Escuela de Medicina de San Fernando en la Universidad de San Marcos, Lima, Perú. A esta ingente obra relativamente estudiada se añade un amplio campo casi no revisado: sus conceptos médicos y su particular posición entre el respeto a las tradiciones y conceptos galénicos y la adopción de los resultados de las nuevas investigaciones y teorías naturales y médicas. Gran parte de sus conceptos pueden encontrarse en su obra más conocida “Observaciones sobre el Clima de Lima y su influencia en los seres organizados, en particular el hombre”, obra con la cual, por primera vez en el ámbito iberoamericano, introduce el concepto de la relación estrecha del medio ambiente en la génesis de las enfermedades y en la naturaleza de las mismas, estableciendo que los estudios médicos deben orientarse a la realidad circundante al lugar del ejercicio, puse sólo así la medicina podrá ser efectiva. Ese carácter, que desde una perspectiva de índole científica alienta la conciencia de la nacionalidad, será un sesgo de toda su obra, la que ya desde las páginas del Mercurio Peruano había alentado re-descubriendo para la mirada de los criollos ilustrados la geografía de las tierras amazónicas o los monumentos de los antiguos como denominaba en forma inclusiva a los Incas y otras culturas precolombinas.

Otra característica destacada de toda su obra, y en particular del “Clima de Lima” es que a pesar de su extensión y mostrar lo esencial de su pensamiento no se orienta al especialista solamente, sino que está siempre abierta a un lector culto. Si queremos revisar los aspectos más específicos de su obra debemos remitirnos a textos complementarios, algunos publicados en el Mercurio Peruano entre 1791 y 1794, así como a diversas monografías, discursos y memoriales, algunos inéditos y otros reunidos tras su muerte en la colección “Obras literarias y científicas de Hipólito

Unanue” editada por su familia en 1914 en Barcelona. Inclusive en ese caso notamos en toda la obra de Unanue una dicotomía: su obra escrita, aun cuando repleta de explicaciones científicas y modernas, no es propiamente una obra científica dedicada a científicos, siempre tiene un carácter de divulgación cuando no de “educación del príncipe”, carácter que lo semeja con algunas interpretaciones de la obra de Feijoo. Por referencias de sus contemporáneos y discípulos sabemos que en su magisterio en la cátedra, bien de anatomía, o luego de Prima de Medicina, como en su actividad pública tenía la rigurosidad del tratado científico. Debe destacarse su defensa de America en la disputa propia del siglo XVIII que planteaba una infantilidad de la naturaleza americana que se trasladaba a sus habitantes y que trataba así de justificar el dominio de las potencias europeas sobre nuestros territorios, así como de menospreciar a sus habitantes. Estas tesis sustentadas por en el extremo por Corneille de Paw quien llegó a afirmar la degeneración del poblador americano por efecto de su clima y ambiente encontraron una replica científica y sustentada en Unanue.

## **EL PERSONAJE**

Unanue nace el 13 de agosto de 1755 en Arica, entonces parte de Perú y actualmente puerto fronterizo de Chile, criollo, hijo del Vizcaíno Antonio Unanue y una criolla ariqueña, Manuela Pabón, desde muy joven fue educado para el sacerdocio. Inició estudios en la escuela parroquial de la pequeña ciudad portuaria, pasando luego por sus dotes al Seminario de Arequipa, de allí fue enviado a Lima, bajo el cuidado de su tío el religioso Pedro Pabón, del Oratorio de San Felipe de Neri para continuar estudios, pero por razones que se desconocen abandona los estudios eclesiásticos e ingresa a estudiar Medicina en la Universidad de San Marcos. Ciertamente Pedro Pabón era entonces catedrático de Anatomía en San Marcos, pero titular de una cátedra sin alumnos, con una exigua dotación económica y que era en realidad una muestra del estado deprimido de los estudios médicos hasta las reformas de Unanue. La profesión médica estaba entonces muy desprestigiada y además escasa de cultivadores, pero si nos remitimos a la formación universitaria la situación era an más dramática: un censo de miembros del claustro de San Marcos a fines del XVIII, da las siguientes cifras, de un total de 313 miembros, solo 12 eran médicos, en cambio habían 172 juristas, y 124 teólogos, las cátedras también reflejaban esa situación, de un total de 35 cátedras existentes, doce estaban concedidas a diversas órdenes religiosas que mantenían un equilibrio siempre alerta entre ellas para evitar la supremacía de alguna sobre las otras. Las que conservaba la Universidad también se diferenciaban entre sí: existía una marcada diferencia entre las de Teología y Derecho, y las de Medicina, estas últimas o no tenían dotación económica para pagar a los catedráticos o en algún caso recibían la mitad de las otras.

En la Universidad, tuvo Unanue maestros como Gabriel Moreno, médico y naturalista, sucesor como cosmógrafo oficial del virreinato de Cosme Bueno, médico aragonés quien había introducido en la élite criolla el pensamiento ilustrado. Durante sus estudios Unanue se vinculó, como tutor y luego amigo, con el heredero de una de las fortunas más grandes del virreinato: don Agustín Landaburu, y eso le abrió las puertas de la corte virreinal en la cual pronto destacó al influjo lejano de la difusión de las ideas modernas desde la península, ideas que ya habían tenido recepción en profesores suyos como Gabriel Moreno y Cosme Bueno, pero no habían alcanzado el respaldo de las autoridades. Los planes de Unanue recibieron gran apoyo de su protector el virrey Francisco Gil de Taboada y Lemos, cierto es que experimentado con los fracasos de sus

predecesores en modernizar San Marcos. Durante este periodo se incorpora a la Sociedad Aman-tes del País e inicia la edición del “Mercurio Peruano” (1791-1795) órgano de los ilustrados pe-ruanos, y en el cual es uno de sus más concurridos colaboradores con el seudónimo de “Aristio”.

En 1789, con el apoyo del virrey, Unanue obtuvo la cátedra de Anatomía, pero solo luego de haberse presentado previamente a las oposiciones para las Cátedras de Prima de Medicina, luego Vísperas y finalmente Anatomía. La cátedra de Prima estaba reservada para el Protomédico, pero al vacar solía haber una promoción general desde las otras cátedras menores. Así ocurrió y la obtuvo el catedrático de Vísperas, dejando vacante esta, la que en nuevas oposiciones fue otorgada al de Método de Galeno, y la vacante de este por el de Anatomía, dejando esta última cátedra libre, la de menor dotación, que no contaba con alumnos y por tanto la de menor presti-gio. Unanue cambiaría radicalmente esta situación, pues contando con el apoyo del Virrey creó el Anfiteatro Anatómico, dando cumplimiento a una cédula de 1753 en la que ordenaba la erección del mismo en el marco de las reformas universitarias peninsulares, pero que nunca se había lle-vado a cabo. Cabe señalar sin embargo que ya se realizaban “anatomías” desde 1693 vinculadas a la enseñanza de cirujanos.

La inauguración del Anfiteatro fue un acontecimiento desusado aun en la Lima virreinal acos-tumbrada a continuos certámenes literarios y homenajes al Virrey por parte de la Universidad. Unanue leyó su discurso “Decadencia y restauración del Perú”, en el cual presenta su convicción ilustrada del predominio de la anatomía para el desarrollo de la Medicina, pero a su vez muestra por primera vez y claramente cómo sus preocupaciones científicas se vinculan con las necesi-dades o políticas de gobierno. En efecto, su discurso propugna el estudio de la anatomía porque con esta mejorará la Medicina lo que incidirá en un aumento de población. Este concepto, que se enmarca en el poblacionismo, era un concepto caro a los mercantilistas y que aseguraría la mejora de la industria y la defensa territorial.

Al culminar su mandato en 1796 el virrey Gil de Taboada encarga a Unanue su memoria, reci-biendo en cambio las mejores recomendaciones para su sucesor Ambrosio O’Higgins. En los siguientes años Unanue alterna la cercanía a los virreyes con su labor estrictamente docente en el Anfiteatro. Instaura en él, desde 1794, las “Conferencias clínicas” en las que se imparte enseñan-za de Medicina y Cirugía en forma conjunta y además al lado de la cama del paciente.

En 1802, es nombrado Protomédico interino, lo cual añadido a su condición de catedrático de Anatomía, y propulsor del Anfiteatro Anatómico, le da la fuerza necesaria para acometer la refor-ma de la educación médica de Perú. El virrey entonces es Fernando de Abascal, considerado uno de los más hábiles conductores en esa difícil época. A pesar de su permanencia en la Universidad, para entonces ya Unanue estaba convencido que cambiar desde dentro a un San Marcos tradicio-nalista y aferrado al no-cambio era muy difícil y por eso propone la creación del Real Colegio de Medicina de San Fernando que se comienza a construir en 1808 e inicia labores en 1811.

Al poco de fundar el Colegio de Medicina, fue elegido dentro del grupo de diputados que repre-sentaría al Virreinato del Perú en las cortes de Cádiz, viajó a España pero al llegar ya se había producido la restauración en el trono de Fernando VII, y sólo pudo cumplir con encargos diver-sos como conseguir la oficialización del Colegio de Medicina y Cirugía que había fundado, y por cierto un encargo personal de su antiguo amigo Agustín de Landaburu, quien por sus afinidades



con los franceses y por tanto su cercanía al gobierno impuesto por Napoleón, había sido considerado traidor y por tanto se habían embargado sus amplias propiedades. El Rey concedió a Unanue diversos favores, entre ellos el de desembargar las propiedades de su amigo. El destino quiso que Agustín de Landaburu falleciera antes de ejecutarse el embargo y que por unas cláusulas del testamento hecho previamente, Hipólito Unanue, quedara como único heredero. Al regresar a Lima, Unanue se vio convertido en uno de los propietarios más poderosos con extensos fundos y hasta la concesión de la plaza de toros. Estas nuevas obligaciones alejaron a Unanue de la actividad académica dedicándose por algún tiempo a sanear su inesperada fortuna. Esta, sin embargo, no disminuyó en lo absoluto su gran influencia, pues se le reconocía como un sabio.

El proceso de la independencia americana se había iniciado y desde el sur con San Martín y desde Venezuela con Bolívar, los ejércitos patriotas se dirigían hacia el virreinato peruano, núcleo del poder español en América. San Martín desembarcó en las cercanías de Lima y el virrey nombro una comisión de notables para que dialogara con él. Unanue fue delegado del virrey, pero la actitud satanizadora hacia los ejércitos patriotas que siguió a esa entrevista lo decidió finalmente y se inclinó por apoyar la causa emancipadora. El virrey ante el fracaso de las negociaciones abandonó la capital, a la cual entró San Martín proclamando la independencia el 28 de julio de 1821. Comienza así la última etapa de la vida pública de Unanue. San Martín lo nombra Ministro de hacienda y el viejo Unanue realiza importantes reformas en un periodo particularmente difícil. A la partida de San Martín y el advenimiento de Bolívar, Unanue continuó como miembro del Consejo, recibiendo así el singular privilegio de haber sido hombre de confianza de los dos grandes libertadores.

La última etapa de su vida se inicia cuando Bolívar a su vez se retira del Perú, y Unanue, ante la reacción existente, se retira a sus propiedades en el sur de Lima, de donde no sale sino hasta su muerte que ocurre el 15 de julio de 1833 a los 78 años de edad.

## **EL LEGADO**

Hipólito Unanue fue uno de esos hombres que desde su particular ámbito de competencia, en su caso la ciencia y la medicina, tomó conciencia de su condición esencial de americano. Su defensa de la naturaleza americana ante las acusaciones de infantilismo y minusvalía del Conde Buffon y Corneille de Paw, lo colocan a la vanguardia de otros ilustres defensores de esta causa como Thomas Jefferson. Su reivindicación de las culturas originarias y sus grandes monumentos lo ubican como un precursor de la identidad americana basada en nuestros ancestros y su énfasis en la ciencia y el conocimiento de nuestra realidad tanto geográfica, como zoológica y botánica lo convierten en un precursor de la ciencia y la medicina en toda la región andina. En su obra medica se encuentran en germen los grandes temas que ocuparan a la medicina del futuro, la influencia decisiva del medio ambiente en la conservación de la salud, la importancia capital del saneamiento y las condiciones higiénicas para evitar la enfermedad e incluso la necesidad de contar con recursos humanos adecuados a las particularidades culturales de nuestro continente. Al conocer la obra de Hipólito Unanue se encuentran las múltiples razones por las que se tomo su nombre para simbolizar el espíritu del Organismo Andino de Salud.