

## AMÉRICA LATINA: ESPACIOS DE AVANCE EN TORNO AL DERECHO A LA SALUD

Mónica Bolis<sup>34</sup>  
Roberta de Freitas<sup>35</sup>

El estudio de los avances en torno al derecho a la salud en América Latina debe comenzar en el ámbito de los instrumentos internacionales y los grandes mandatos y políticas globales. En este ámbito se ha evidenciado una transformación importante que abarca desde la asociación de los Estados con el fin de lograr la *seguridad colectiva* por medio de la definición de unos mecanismos conjuntos para la resolución del conflicto, hasta el reconocimiento la relación intrínseca que existe entre *la salud y la seguridad humana*. En esta nueva visión, las oportunidades de salud y sus resultados trascienden la atención médica, para vincularse a condicionantes de naturaleza social, económica, ambiental, política e institucional<sup>36</sup>.

Como consecuencia de la necesidad de garantizar la seguridad colectiva, hasta la creación de las Naciones Unidas los Estados, los Estados se asociaron con el fin de resolver conflictos internacionales por medio del arbitraje y el desarme. Si bien lo que inspiró a la unión entre Estados fue preservar su integridad, al crear la Organización Internacional del Trabajo en 1919, los países comenzaron a reconocer la existencia de una serie de derechos, más bien asociados a lo laboral, al fomento de las oportunidades de empleo digno y a la preservación de la salud para la población trabajadora. Entre los derechos reconocidos en los convenios suscritos por los países se encuentran la fijación de límites de horas de trabajo, la protección de la maternidad, el trabajo nocturno, la edad mínima para trabajar, el descanso semanal, la prevención de enfermedades profesionales, las condiciones para el trabajo subterráneo, etc.

La cooperación internacional, en materia de salud propiamente dicha, también se vio reflejada en acciones globales de salud instrumentadas en una serie de conferencias y convenciones internacionales específicas –sea a nivel global o regional en las Américas–. La Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas celebrada en Washington en 1902 dio origen a la Oficina Sanitaria Panamericana, cuyas funciones se van contextualizando paulatinamente, hasta que se emite un Código Sanitario Panamericano (1924) como instrumento normativo de la salud pública centrado en la cooperación regional para adoptar medidas comunes encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los países de los gobiernos signatarios, fundamentalmente a través del comercio internacional.

Con la Carta de las Naciones Unidas en 1945 y la creación de esta organización orientada a la cooperación internacional para la solución de los problemas internacionales, se

34 Asesora Principal, Legislación en Salud, Área de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud, OPS/OMS.

35 Consultora del Programa de Cooperación Internacional en Salud, Gerencia de Sistemas de Salud, OPS/OMS en Brasil.

36 OMS. Onceavo Programa de Trabajo 2005-2015. Citado por BOLIS, M. “Experiencias internacionales sobre el tratamiento del riesgo en salud”. *Revista de Direito Sanitário*. Centro de Estudios e Investigaciones de Derecho Sanitario, Núcleo de Investigaciones de Derecho Sanitario da USP. v. 8 – n.3 – Nov. 2007/Fev. 2008. pp 11-38.

incorporaron nuevas variables a la conformación de la normativa internacional con impacto en salud. La primera de ellas tiene que ver con una preocupación por los aspectos de carácter económico, social, cultural o humanitario, y por el desarrollo. La segunda se orienta a lograr que los mencionados fines se realicen con base en el *estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos*, en aplicación de principios de no discriminación (o no distinción) por motivos de raza, sexo, idioma o religión. Se produce entonces un cambio importante sustentado en garantizar derechos para todos y en abrir el abanico a la cooperación internacional a preocupaciones distintas a la prevención o protección contra la traslación de un riesgo de salud pública, para insertarse en la connotación más amplia del desarrollo económico y social.

Lo anterior sienta las bases para que la comunidad internacional comience a diseñar otros instrumentos de carácter internacional o regional dirigidos a garantizar derechos, abarcando sucesivamente diversas temáticas con incidencia sobre la salud, y con una gran amplitud. Existen los de carácter más genérico –que tocan a todos los aspectos relativos a la dignidad humana–, como la Declaración Universal de Derechos Humanos o los Pactos Internacionales (de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y culturales), o aquellos instrumentos enfocados determinados grupos, como la mujer, la infancia, las personas con discapacidad, las poblaciones indígenas, o a temáticas también específicas, como el combate de riesgos internacionales, la prevención de la violencia, la intolerancia, la discriminación racial.

Desde el ámbito más específico a salud, es importante mencionar tres instrumentos que sientan importantes bases para la concreción del derecho a la salud con ámbito global. El primero de ellos es la Constitución de la OMS que establece que *El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*. Con posterioridad, la Declaración de Alma Ata de 1978 sigue a la Constitución de la OMS al reiterar que la salud es un *estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* y que es un derecho humano fundamental. La Declaración establece, asimismo, que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención muchos otros sectores además del sector de la salud. Enfatiza la participación al expresar que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Por otra parte, establece para los gobiernos el mandato de formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud (APS) como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

La Renovación de Atención Primaria en la Región de 2007, por su parte, retoma el tema estableciendo que el sistema de salud basado en la APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los

niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud y ejecutar acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad<sup>37</sup>.

En relación con los aspectos de salud pública en particular, a partir del año 2000 se emiten dos instrumentos, el *Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco* de 2003 y el *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. Estos cuerpos legales internacionales se sustentan en la cooperación mundial para la protección de la salud humana, la necesidad acciones *multisectoriales integrales y respuestas coordinadas* y el respeto de la dignidad y derechos humanos. Al mismo tiempo, resaltan la importancia de las legislaciones nacionales como mecanismo para cumplir sus objetivos. Desde el ámbito específico de los derechos, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), por ejemplo, no solo requiere que las autoridades sanitarias encargadas de ponerlo en práctica tengan conocimiento de sus implicaciones, sino también que existan legislaciones que a nivel nacional protejan los derechos de los individuos en relación con la autonomía de la voluntad, la libertad de circulación, el tratamiento no discriminatorio, la necesidad de conducir interrogatorios de acuerdo con las normas de cortesía y el respeto a la dignidad humana y el manejo idóneo de los datos<sup>38</sup>.

Más allá del entorno creado por los instrumentos internacionales, en América Latina se han ido configurando otros espacios de debate e interacción para la garantía de derechos. La dimensión social, y en particular los temas de salud, han adquirido mayor relevancia; se han ampliado las iniciativas de integración y/o cooperación en el área de la salud en las Américas. Estas iniciativas responden a los compromisos que han asumido los gobiernos de la Región en diversos encuentros y foros internacionales tales como las Cumbres de Presidentes y de Ministros de Salud de los organismos subregionales, como por ejemplo, Comunidad Andina de Naciones (CAN), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), y más recientemente, la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR). Los tratados fundacionales de los organismos de integración subregional incluyeron objetivos generales en el ámbito de la salud. En algunos de estos organismos se crearon entidades con funciones específicas para abordar la salud como tema de integración, mientras que en todos ellos existen instancias políticas integradas por las Reuniones de los Ministros de Salud de los respectivos países, si bien las resoluciones que se adoptan no tienen carácter vinculante.

Desde sus orígenes la CAN desarrolló una experiencia de integración incorporando la cooperación política y desarrollo social. En 1971 se creó el Organismo Andino en Salud/ Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), con el principal objetivo de dinamizar políticamente la integración y cooperación en salud, particularmente en las zonas de frontera. Sus

37 BOLIS, M. La fuerza de los instrumentos internacionales de derechos humanos. Presentación realizada para la Reunión del *Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde 2010*, celebrada en la Ciudad de Panamá, Panamá, 7 de mayo de 2010.

38 BOLIS, M. *Experiencias internacionales sobre el tratamiento del riesgo en salud*.

acciones han buscado poner en común y en red, las competencias, capacidades y recursos instalados en los propios Ministerios de Salud de los Países Miembros. Esto ha permitido desarrollar iniciativas en las áreas de atención de la salud en zonas fronterizas, la vigilancia epidemiológica, la conformación de redes binacionales de servicios en salud en las fronteras, el desarrollo de programas de prevención y la ampliación de coberturas. La CAN dispone actualmente de un Plan Estratégico 2009-2012<sup>39</sup>, el cual fue aprobado por los Ministros de Salud reunidos en la XXI Reunión Extraordinaria, en diciembre de 2008<sup>40</sup>.

**CARICOM** fue establecido en 1973 con el fin de conformar un mercado común. Aunque su tratado fundacional expresa en el preámbulo preocupación por los temas sociales, los objetivos que figuran explícitamente en dicho texto son básicamente económicos. Sin embargo, como parte de las instituciones de CARICOM, en el área de la salud específicamente se estableció la Conferencia de Ministros de Salud, encargada de formular las políticas y acciones necesarias para la realización de los objetivos de la Comunidad en este ámbito.

En 2001 los países miembros de CARICOM firmaron la Declaración de Nassau, mediante la cual se creó la Asociación Pancaribeña contra el VIH/Sida (PANCAP). Entre los avances de cooperación destaca el desarrollo de un mecanismo regional para la compra de medicamentos antiretrovirales para combatir el VIH/Sida, así como de otras enfermedades crónicas en la Región, a través de acciones que aseguren la oferta oportuna de medicamentos seguros, efectivos y de calidad. La iniciativa se presentó a la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002.

Desde 2006 los países miembros de CARICOM se encuentran estudiando una propuesta para armonizar la regulación de medicamentos. Además, por decisión de los países, en 2010 se creó la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), que unificó los cinco institutos regionales de salud del Caribe, los centros de investigación epidemiológica, nutrición, salud ambiental, así como los laboratorios antidrogas del área. El objetivo de esta unificación es lograr que la entidad pueda responder colectivamente a los desafíos de salud regionales, coordinar esfuerzos y respuestas ante desastres, así como implementar políticas para combatir enfermedades y epidemias, y poner en común recursos necesarios para reforzar la lucha contra el VIH/Sida y las enfermedades crónicas no transmisibles.

El **MERCOSUR** fue creado en 1991 con el propósito de constituir un mercado común entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. El tema salud ingresó al **MERCOSUR** en 1992 en la discusión sobre armonización de las normas sanitarias para la libre circulación de mercancías en el SGT 3 Normas Técnicas (Comisión Productos de Salud). En 1995 se constituyó la reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, como la estructura política jerárquicamente superior del MERCOSUR para la salud. La reunión de Ministros de

39 BUSS, P. M.; FERREIRA JR. Regional cooperation and integration in health in South America: the contribution of Unasur-Health. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2699-2711, 2011.

40 "Este Plan Estratégico de mediano plazo, ha sido elaborado en concordancia con las líneas de acción que en materia de salud han sido encomendadas por los Jefes de Estado en el marco de la UNASUR. Sistema Económico Latinoamericano (SELA)". In: *Experiencias de cooperación en el sector de la salud en América Latina y el Caribe: balance crítico y propuestas de acción de alcance regional*. Caracas: SELA, SP/RRC-ICSALC/DT n. 2-10; 2010.

Salud está relacionada con el Consejo del Mercado Común y tiene la responsabilidad de definir la política y las estrategias de salud para el MERCOSUR. En 1996 se aprobó la creación del SGT 11 Salud<sup>41</sup> para armonizar legislaciones y coordinar acciones entre los Estados participantes en lo referente a servicios, bienes, materias primas y productos del área de salud, vigilancia epidemiológica, vigilancia en salud y control sanitario. Hasta el momento, dada la lógica económica de creación del MERCOSUR, los avances más significativos en salud radican en la armonización de reglas de vigilancia sanitaria para la circulación de productos, fundamental para la constitución de un mercado común, y en la regulación de algunos aspectos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades e intercambio de informaciones en salud, acciones comunes muy importantes en la medida que se intensifican los flujos de personas.

El abordaje de los temas de salud en el **SICA**<sup>42</sup> se delegó al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA); su actividad se encuentra enmarcada jurídica e institucionalmente por la Declaración de San Salvador, que lo crea en 1991. La Agenda Sanitaria Regional es el instrumento a través del cual el COMISCA ejerce la rectoría en salud a nivel regional. Durante la XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana realizada a fines de enero de 2009 en Tegucigalpa, se aprobó la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana: 2009-2018. Esta Agenda constituye el instrumento político con enfoque integracionista establecido por los gobiernos de la Región, y en ella se identifican los objetivos estratégicos de la misma plasmados en Seguridad Alimentaria y Nutricional, VIH/Sida, Salud y Trabajo, Enfermedades de Transmisión por Vectores y seguridad en salud<sup>43</sup>. La Agenda se basa en los principios de integración, derecho al nivel de salud más alto posible, solidaridad y participación, igualdad del hombre y la mujer, respeto a la diversidad étnica y socio-cultural y Atención Primaria de Salud. Se alinea con la Agenda de Salud para las Américas, lanzada por los Ministros de Salud de las Américas en Panamá, en junio de 2007<sup>44</sup>.

En el **ALBA**<sup>45</sup> también se observan elementos de integración basados en principios de cooperación, solidaridad y complementariedad, incorporando un fuerte contenido social en área de salud a través de la participación de las organizaciones y actores sociales. A partir de Plan Grannacional para el desarrollo de la Misión Salud, la Comisión Social del ALBA ha desarrollado la **Misión Milagro Internacional** (intervenciones quirúrgicas oculares gratuitas) que cuenta con la cooperación de Cuba y que ha atendido a más de un millón de pacientes de

41 MERCOSUL Saúde. [acceso: 2010 ene 12]. Disponible en: <<http://www.mercosulsaudedevsite.com.br>>, acceso el: 22 marzo 2011.

42 El Protocolo de Tegucigalpa, suscrito por seis presidentes centroamericanos el 23 de diciembre de 1991, actualiza el marco jurídico de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA) suscrita en Panamá en diciembre de 1962.

43 Sistema Económico Latinoamericano (SELA). *Experiencias de cooperación en el sector de la salud en América Latina y el Caribe: balance crítico y propuestas de acción de alcance regional*. Caracas: SELA, SP/RRC-ICSALC/DT n. 2-10; 2010.

44 OPAS/OMS.

45 El Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) se estableció formalmente en diciembre de 2004 con un acuerdo entre Caracas y La Habana. Más adelante, se unieron Bolivia (2006), Nicaragua (2007), Dominica y Honduras (2008) y Antigua y Barbuda y San Vicente y las Granadinas (2009).

Bolivia, Nicaragua, algunos países centroamericanos, caribeños y de Suramérica; y la **Misión Barrio Adentro** llevada a cabo en Venezuela, en la que participan más de 23.000 colaboradores cubanos de salud que brindan cobertura a una población de más de 17 millones de personas que requieren diagnósticos médicos, medicamentos, vacunas, prótesis y tratamientos físicos, ginecológicos y atención geriátrica.

Otro proyecto importante del ALBA en el área de la salud es el *Centro Regulador de Medicamentos del ALBA*, que tiene por finalidad establecer un Registro Sanitario Único para facilitar la accesibilidad a medicamentos eficaces, seguros y con calidad. Este Centro emite un registro sanitario de medicamentos válido en todos los países miembros y tiene funciones relacionadas con el sistema de regulación de medicamentos, inspecciones, análisis de laboratorio, liberación de lotes y vigilancia posregistro, para garantizar la calidad, seguridad, eficacia y adecuada información de los medicamentos<sup>46</sup>.

La creación de **UNASUR**<sup>47</sup> se inserta en un mundo en el cual la constitución de organismos regionales amplios, comprometidos con el desarrollo de cada país así como de toda la Región, es cada vez más importante. El Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Sudamericanas expresa como sus objetivos *construir, de manera participativa y consensuada, un espacio de integración y unión en lo cultural, social, económico y político entre sus pueblos, otorgando prioridad al diálogo político, las políticas sociales, la educación, la energía, la infraestructura, el financiamiento y el medio ambiente, entre otros, con miras a eliminar la desigualdad socioeconómica, lograr la inclusión social y la participación ciudadana, fortalecer la democracia y reducir las asimetrías en el marco del fortalecimiento de la soberanía e independencia de los Estados*<sup>48</sup>.

A partir de la Agenda Suramericana de Salud (Plan Quinquenal 2011-2015)<sup>49</sup> y con el fin de consolidar la integración en salud de América del Sur a través de políticas basadas en acuerdos comunes, actividades coordinadas y esfuerzos de cooperación entre los países, el Consejo Sudamericano de Salud (UNASUR SALUD)<sup>50</sup>, se encuentra trabajando en cinco áreas prioritarias: 1. Escudo epidemiológico; 2. Desarrollo de los sistemas de salud univer-

46 Sistema Económico Latinoamericano (SELA). *Experiencias de cooperación en el sector de la salud en América Latina y el Caribe: balance crítico y propuestas de acción de alcance regional*. Caracas: SELA, SP/RRR-ICSALC/DT n. 2-10; 2010.

47 Concebida en el 2004, durante la reunión de Cuzco y oficializada durante la Primera Cumbre de Jefes de Estado de la Comunidad Sudamericana de Naciones, en Brasilia, en septiembre de 2005, con la aprobación de la gobernanza de la entidad, está formada por doce países de Sudamérica: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinám, Uruguay y Venezuela.

48 União das Nações Sul-Americanas (Unasul). Tratado Constitutivo da União de Nações Sul-Americanas. [acceso 2011 feb 20 Disponible en: <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2008/05/23/tratado-constitutivo-da-uniao-de-nacoes-sul/?searchterm=constitui%C3%A7%C3%A3o-unasul>>].

49 Presentada y aprobada en la reunión ordinaria del Consejo de Salud Suramericano del 28 de abril de 2010, con objetivos, resultados esperados y actividades establecidas por área de trabajo. União de Nações Sul-Americanas (Unasul). Saúde. *Plano Quinquenal 2010-2015*. [acceso: 2011 oct 10]. Disponible en: <[http://www.unasursalud.org/images/stories/documentos/plan\\_quinquenal\\_ingles.pdf](http://www.unasursalud.org/images/stories/documentos/plan_quinquenal_ingles.pdf)>].

50 La estructura del Consejo incluye un Comité de Coordinación, compuesto por representantes de los Ministerios de todos los países; una Secretaría Técnica, compuesta por el país que ocupa la Presidencia *Pro Tempore* de Unasur, pero el país que la ocupó inmediatamente antes, es el país que la ocupará inmediatamente después, con el fin de darle continuidad al proceso, y Grupos Técnicos (GT) se dedicarán a desarrollar la Agenda.

sales; 3. Acceso universal a los medicamentos; 4. Promoción de la salud y acción sobre los determinantes internacionales; 5. Desarrollo y gestión de recursos humanos.

En su implementación UNASUR SALUD presenta enfoques políticos y conceptuales para contribuir a un mejor abordaje de las cuestiones identificadas, fortaleciendo a los países para confrontar sus necesidades de manera colaborativa. Este enfoque resulta esencial para el desarrollo de un pensamiento crítico en los países de Américas, que se traduzca en cooperaciones y posiciones consensuadas<sup>51</sup> que los fortalezcan durante los debates y foros internacionales del sector salud y afines.

Un ejemplo concreto de la actuación conjunta de UNASUR se evidenció durante las negociaciones de la Declaración de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud<sup>52</sup>, una declaración de carácter político que expresa el compromiso de los Estados en tomar medidas para reducir las inequidades en la salud. Dicha Declaración será elevada por los países a la Asamblea Mundial de Salud en 2012, como señala el coordinador-ejecutivo del Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAG), José Gomes Temporão: *Evidentemente vamos a continuar luchando para implementar lo que está en la declaración, y también para construir un tratado internacional sobre Determinantes Sociales de la Salud, a ejemplo de lo que se hizo en la salud con el Convenio Marco.*

También en UNASUR se comienza a observar el fortalecimiento de acciones integradas de cooperación entre los países a partir de la consolidación de la Red de Instituciones Estructurantes de los Sistemas de Salud, conformada por: la Red de Institutos Nacionales de Salud (RINS), la Red de Escuelas Técnicas de Salud (RETS), la Red de Escuelas de Salud Pública (RESP), la Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC), la Red de Oficinas de Relaciones Internacionales en Salud (ORIS)<sup>53</sup>. Destaca, asimismo, la creación del Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS) que se propone *promover el intercambio, la reflexión crítica, la gestión del conocimiento y la generación de innovaciones en el campo de la política y gobernanza de la salud, colocando a disposición de los Ministerios de Salud de América del Sur las mejores prácticas y evidencias para calificar la gestión de la salud. Se dedica también al desarrollo de líderes de sistemas, servicios, organizaciones y programas en el área de la salud, así como al apoyo técnico a las instituciones de gobierno del sector salud*<sup>54</sup>.

Gran parte de las iniciativas mencionadas pueden llegar a duplicar los compromisos asumidos por los gobiernos de la Región en otros foros internacionales de mayor alcance, como los plasmados en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas o los establecidos en la Agenda de Salud para las Américas: 2008-2017, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). No obstante, *el valor agregado del abordaje regional se hace más evidente cuando los problemas que deben enfrentarse exigen soluciones armónicas*

51 Buss P. M.; FERREIRA JR. *Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde*. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde (RECIIS) 2010; 4(1): 46-58.

52 El documento sintetiza las aspiraciones de los 140 países reunidos en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tema (CMDSS) en la ciudad de Río de Janeiro en octubre de 2011.

53 Todas las Instituciones han sido creadas por Resoluciones del Consejo de Ministros de Salud de Unasur.

54 ISAGS. Disponible en <<http://isags-unasul.org/site/sobre/?lang=es>>.

*y coordinadas regionalmente, tanto en el ámbito político, como técnico y financiero*<sup>55</sup>. (Traducción nuestra). Se suma a esto la necesidad de que la sociedad civil reconozca la importancia de estas negociaciones como espacios de avance para el derecho a la salud, entendiendo que para lograrlo no solo se requiere un buen gobierno a nivel de instancias políticas; sino también que los movimientos sociales asuman la integración en salud como una tarea prioritaria.

---

55 BUSS, P. M.; FERREIRA JR. *Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul-Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)*. R Eletr de Com Inf Inov Saúde. (RECIIS) 2010; 4(1):81-93.