

LA SEGURIDAD GLOBAL EN SALUD EN EL MARCO DE LOS ACUERDOS DE INTEGRACIÓN MERCOSUR

Claudia Madies

Ministerio de Salud, Argentina

El acceso equitativo a los bienes y servicios de salud, tomando en consideración los determinantes sociales, no está solo circunscrito al ámbito de salud, sino que abarca el espectro de acción del Mercado Común del Sur (MERCOSUR).

El MERCOSUR tiene como antecedente legal, la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI), conformada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Cuando Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay firmaron en 1991 el Tratado de Asunción por el que se creó el MERCOSUR, se estableció en el artículo 20 que, después de cinco años de la firma del Tratado, podrían integrarse al mismo otros países de la ALADI, como Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, que actuaban como países asociados. En 2006, Venezuela manifestó su intención de ingresar como socio pleno, e hizo las gestiones pertinentes a tal fin. Aún hoy se encuentra pendiente la ratificación del tratado de adhesión respectivo, por parte del poder legislativo de algunos Estados miembros, para que se formalice definitivamente esta inclusión en el MERCOSUR. En el ínterin, Venezuela está participando con algunas características particulares. También Chile, por iniciativa propia, participa en algunas comisiones de trabajo con algunas peculiaridades. En este caso, Chile no participa con voz y voto en el SGT11, pero sí muy activamente en la Comisión de Vigilancia, como se describirá más adelante.

El MERCOSUR tiene una estructura compleja por ser un mecanismo de integración. A la cabeza se ubica el Consejo del Mercado Común y una instancia inferior es el Grupo del Mercado Común. Del Consejo del Mercado Común depende la Reunión de Ministros, entre los cuales están los ministros de salud; y el Grupo del Mercado Común. De éste último, dependen los subgrupos de trabajo. El Subgrupo de Trabajo-11 (SGT-11) es el que corresponde al campo de la salud.

La Reunión de Ministros es una instancia de decisión política, mientras que el Subgrupo de Trabajo es una instancia deliberativa. Dentro de la instancia deliberativa del SGT-11 hay tres comisiones: la Comisión de Atención de Servicios de la Salud, la Comisión de Productos de la Salud y la Comisión de Vigilancia en Salud, que tiene una Subcomisión de Control Sanitario, Puertos, Aeropuertos y Fronteras. La Reunión de Ministros trata de dar prioridad a la armonización de las políticas de salud; la función del SGT-11 es armonizar las legislaciones para después elevar las conclusiones a los órganos superiores.

Otros antecedentes del MERCOSUR incluyen el Protocolo de Ouro Preto de 1994, convenios bilaterales, comités de fronteras —el tema de las fronteras estuvo muy presente desde el inicio— e iniciativas del Cono Sur, como INCOSUR entre otras. Específicamente, en 1996 se creó el subgrupo de trabajo para salud, el SGT-11.

MERCOSUR nació en el contexto de la necesidad del intercambio comercial y ha ido avanzando en las perspectivas de armonización de políticas sociales en una integración realmente completa. Si bien, originalmente fue un acuerdo aduanero y arancelario, que no incluyó temas sociales, uno de sus objetivos iniciales era el desarrollo con justicia social. Recién en 1994, en ocasión de la firma del Protocolo de Ouro Preto, se creó una estructura para el MERCOSUR. Se establecieron dos órganos vinculados con el Consejo que tienen mucha importancia en materia social: la Comisión Parlamentaria Conjunta y el Foro Consultivo Económico y Social. Es decir que hay un componente de equidad que se relaciona con los determinantes sociales y se orienta a observar el efecto que tiene sobre los bienes públicos globales y la seguridad global, en la medida que se incluye el acceso a bienes y servicios de salud.

Si bien no es el punto en que me voy a centrar, no quiero dejar de mencionar estos avances que hubo en el MERCOSUR y los nuevos impulsos para el relanzamiento del MERCOSUR para lograr realmente una acabada integración regional, sin perjuicio de otras actividades que también se están realizando para llegar a integraciones más abarcadoras, como las de la CAN.

En la Reunión de Ministros de Salud, los comités y comisiones que están trabajando en los distintos temas abordan las siguientes temáticas:

- Núcleo de articulación I
- Vigilancia de enfermedades transmisibles
- Medicamentos
- Dengue
- Reglamento Sanitario Internacional
- VIH/SIDA
- Control del tabaco
- Salud sexual y reproductiva
- Salud y desarrollo
- Gestión de riesgo y reducción de la vulnerabilidad
- Salud ambiental y salud del trabajador

Me interesa subrayar, en materia de seguridad, el tema del dengue, la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, la de gestión de riesgo y reducción de vulnerabilidad, y la salud ambiental. Estos son todos aspectos vinculados con el tema de la seguridad y están bajo dependencia directa de los Ministros, que son las autoridades políticas con potestad de decisión.

El reglamento interno de la Reunión de Ministros de Salud tiene pautas muy claras en relación con su función de encaminar soluciones negociadas en materia de salud pública y definir prioridades en esta materia, así como acompañar los resultados de las negociaciones sobre temas sanitarios. Sobre el particular, normativamente hay una mención especial a las acciones conjuntas de protección y atención de la salud y prevención de riesgos.

La Argentina realizó una evaluación que se presentó al MERCOSUR en el primer semestre del 2006 sobre la Reunión de Ministros y sobre los avances logrados. La misma permite apreciar la diversidad de temas que tratan las comisiones. Se observó que hay una comisión que trata la implementación del Reglamento Sanitario Internacional y otra que se ocupa de la reducción del riesgo. Estos son temas muy vinculados que tendrían que tratarse juntos. Hasta el primer semestre de 2006 había nueve acuerdos sobre dengue, seis acuerdos sobre SIDA, cinco sobre Reglamento Sanitario Internacional. En realidad eran acuerdos dispersos; y ello pone en evidencia la necesidad de trabajar más en la articulación, coordinación y simplificación de la modalidad de trabajo, como se hizo recientemente con las comisiones del SGT-11.

Dentro de la Reunión de Ministros, se estableció el Grupo Técnico Asesor de Análisis, Evaluación e Implementación del Reglamento Sanitario Internacional, aún antes de que se aprobara el Reglamento. En enero de 2005 se logró consenso con respecto a una propuesta de los Estados del MERCOSUR, Bolivia y Chile, relativa al documento preliminar del Reglamento. Posteriormente también hubo otro acuerdo sobre la revisión del Reglamento, que se firmó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el que participaron activamente Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

Esos acuerdos entre nuestros países tuvieron una fuerte influencia en el seno de la Asamblea Mundial de la Salud al discutirse la aprobación del Reglamento, porque se vio que sostenían una posición subregional y no posiciones individuales con respecto a la versión que finalmente se aprobó.

La aprobación del Reglamento por parte de la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2005 marcó —dentro del MERCOSUR—, el cambio de ese grupo técnico en una comisión intergubernamental que trabaja para la Reunión de los Ministros de Salud en la aplicación del Reglamento. Dentro de esta comisión, se declaró como prioridad trabajar en las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta relacionadas con los anexos I A y 1 B del Reglamento Sanitario. El primero se refiere a las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de los servicios en salud en general, y el segundo a los puntos de entrada y salida de los países.

Si bien se avanzó mucho sobre estos aspectos, en mi opinión faltó avanzar a nivel global en los temas del Reglamento que eran de aplicación urgente. Esto afectó también al ámbito del MERCOSUR que se concentró en aspectos estructurales de más largo plazo, como son los del desarrollo de capacidades básicas, o la compatibilización normativa, pero descuidó los referidos a su inminente entrada en vigor, a mediados del año 2007, y las medidas necesarias para viabilizarla. Recién en la reunión del primer semestre de 2007 en la comisión respectiva, se detectó que existía esta dificultad. Ante esa situación, se solicitó el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud para que en el segundo semestre de 2007 se trabajara en estos temas con rapidez, bajo la Presidencia pro tempore del Uruguay.

Otra comisión intergubernamental importante que depende de los ministros es la Comisión Intergubernamental para el Control del Dengue. A raíz de los brotes de dengue que hubo en nuestra subregión, la Comisión tiene como objetivos importantes lograr reducir los índices de infestación por *Aedes aegypti*, reducir la incidencia del dengue y la letalidad causada por la enfermedad. Realmente se realizaron acciones regionales muy concertadas, que incluyeron asistencia técnica y mucha movilización dentro del MERCOSUR para dar apoyo al Paraguay, que era el país que estaba sufriendo a los problemas más acuciantes en esa materia.

La Comisión Intergubernamental de Gestión de Riesgos y Reducción de la Vulnerabilidad tiene líneas vinculadas a los marcos normativos específicos, participa en una red regional de información, evalúa la efectividad de la respuesta a ese tipo de problemas, fomenta planes nacionales, establece mecanismos de coordinación de asistencia humanitaria, y brinda, promueve y recibe cooperación técnica internacional. Esta Comisión debería estar vinculada con la del Reglamento con más fuerza porque, de lo contrario, todo lo que se trabaja para el Reglamento parece estar más asociado con el tema de enfermedades transmisibles y no está incluyendo los otros riesgos que se incorporan en la revisión del Reglamento. Además, eso está muy vinculado con la visión de los técnicos que venían trabajando, en el tema y que aún no han podido incorporar esta nueva dimensión porque continúan circunscribiéndolo a la vigilancia de las enfermedades transmisibles, sin considerar los otros riesgos que ahora están contemplados en el Reglamento Sanitario Internacional. Estos son entonces los avances de la Reunión de Ministros.

Para explicar los avances del Subgrupo de Trabajo en Salud, es necesario conocer un poco de la historia de este subgrupo. Si bien surgió del Grupo de Mercado Común, tuvo como antecesor al Subgrupo de Trabajo 3. El SGT-3 se limitaba al intercambio de productos. Cuando se habla de integración regional, lo primero que aparece son las transacciones comerciales. Por eso, la mayor parte de los avances dentro del MERCOSUR se relacionan con la normativa referida a productos, mientras que todo lo referido a la vigilancia y los servicios apareció con más lentitud.

Hasta 1995, el nombre del ST-3 era Grupo de Normas Técnicas. Luego pasó a ser el Subgrupo de Reglamentos Técnicos. Por una resolución de 1996 se formalizó su función: de eliminar obstáculos técnicos al comercio y compatibilizar los sistemas de control para el reconocimiento mutuo. Dentro de este subgrupo se creó en 1998 la

Comisión de Vigilancia en Salud, cuyos propósitos centrales se refieren al intercambio de información sobre enfermedades transmisibles y sus factores de riesgo, la armonización de directrices o normativas vinculadas con la vigilancia epidemiológica, el control sanitario de riesgos y el agravamiento de la salud.

La resolución 06/05 define a la vigilancia epidemiológica como un conjunto de acciones. Es decir que se actualizó esta visión dirigida a la identificación de los factores de riesgo de presentación de enfermedades, su distribución y tendencia, con el objetivo de identificar y adoptar medidas de promoción, prevención y control. Nuevamente, se trató de una mirada muy cercada por el tema de enfermedades que no abarcaba todos los riesgos.

Esta Comisión de Vigilancia en Salud tenía dos áreas muy definidas: la de Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica y la de Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Terminales y Puntos de Frontera. Ambas lograron avances muy importantes. Por ejemplo, se creó un sistema de notificación de enfermedades entre los Estados Partes que se aprobó en el año 2001 y generó una lista de enfermedades de notificación obligatoria entre los países. Los países han sido muy prolijos para cumplir con esta notificación en forma sostenida. De esta manera, se obtuvo un mapeo de los distintos brotes que se presentan en forma sistemática.

La Subcomisión de Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Terminales y Puntos de Frontera armonizó la legislación con procedimientos estándares para el control de carga, pasajeros, e ingresos y egresos de los países. La subcomisión fue prolífica y produjo un número significativo de normas pero, con la aparición de la nueva versión del Reglamento Sanitario Internacional, debió comenzar a trabajar en su compatibilización y adecuación al Reglamento.

Los cambios recientes en la conformación de la Comisión dieron lugar a una estructura donde desapareció la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica y sus competencias pasaron a la Comisión de Vigilancia en Salud, que ahora incorpora los riesgos para la salud que no se circunscriben solo a las enfermedades transmisibles o no transmisibles.

Este cambio dio lugar a la formulación del Reglamento Técnico de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades Priorizadas y Brotes entre los Estados Partes, que no solo incluye el listado de enfermedades, sino la definición de casos, el diagnóstico de laboratorio, las medidas de control y prevención, y el sistema de información.

En la lista de enfermedades de notificación obligatoria se incluyó, en su momento, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Se debe subrayar que el MERCOSUR actuó muy rápidamente cuando se presentó el problema del SARS para emitir reglamentaciones vinculadas con las declaraciones de los viajeros. Por lo tanto, cada uno de los posibles riesgos incluidos en la lista del MERCOSUR ha puesto a prueba la capacidad de respuesta para generar mecanismos regulatorios efectivos para hacer frente a una posible amenaza. Se deben tener en cuenta tanto las dificultades

que aparecieron, así como las fortalezas que se ejercitaron para aplicar a las futuras regulaciones que se necesiten establecer en la materia.

Sobre las enfermedades no transmisibles, la posición del MERCOSUR es tratar de incluir sus tendencias en este esquema, no solo vigilar la evolución de las enfermedades trasmisibles en el marco de este relevamiento que realiza este Subgrupo.

Pasaremos ahora a describir la evolución de la Reunión de Ministros y el SGT-11 del MERCOSUR en relación con los ocho puntos que se trabajaron en la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2007, referidos a seguridad sanitaria:

1. Sobre enfermedades emergentes y con relación al SARS, hubo avances regulatorios que después quedaron sin efecto en base a la situación de la enfermedad, pero que sirven como antecedentes: Por ejemplo, la declaración de viajeros se podría poner en práctica en relación con el Reglamento Sanitario Internacional.
2. Con respecto al análisis sobre las consecuencias económicas de distintos brotes, no hubo un avance importante; si bien dentro del Grupo de Ministros está la Comisión de Economía para la Salud, no hubo un análisis del tema en el marco del MERCOSUR.
3. En relación con las crisis internacionales y emergencias humanitarias, lo más importante fue que se brindó asistencia técnica en materia de dengue a los países que la solicitaron.
4. Con relación al terrorismo químico, nuclear y biológico, en la región se realizaron simulacros que sirvieron para que los representantes trataran de ver qué pasaría eventualmente, pero siempre más en referencia a enfermedades que a otro tipo de riesgos.
5. Sobre los cambios ambientales, durante un tiempo se realizaron actividades compartidas entre el Subgrupo de Trabajo en Salud y el Subgrupo de Ambiente; ello permitió compartir algunas experiencias más orientadas a la prevención que a la seguridad.
6. Sobre el VIH/SIDA existe una comisión de trabajo de la Reunión de Ministros.
7. Hubo también avances importantes en el establecimiento de normativa para las acciones conjuntas en la región y sobre los derechos de los pacientes.
8. Asimismo, hubo un avance importante y negociaciones intrarregionales y extrarregionales sobre los precios de los antirretrovirales, así como en nuestra posición sobre el tema y las posibilidades de integración que existen. Por supuesto, también se realizaron y se siguen realizando muchas reuniones en relación con las patentes medicinales en general, además de aquellas relacionadas estrictamente con el VIH/SIDA. Asimismo, esas

reuniones se deben valorar como una oportunidad que se presenta en el MERCOSUR para favorecer el acceso a los medicamentos.

9. Sobre el tema de la seguridad sanitaria y en relación con el Reglamento Sanitario Internacional, además de estas comisiones intergubernamentales para la aplicación del mismo, se debe realizar un esfuerzo para anticiparse a los posibles riesgos y al desarrollo de las capacidades necesarias para ello. Porque así como nuestra región tuvo una capacidad de acción muy fuerte cuando se discutió el Reglamento, se está rezagando en liderar los cambios, e instruir adecuadamente a los técnicos, en concertar las alianzas que se deben concertar, en pedir la asistencia que se necesita para poder avanzar y conocer los avances de otras regiones de modo de estar a la altura de una posible amenaza. Nuestros países han comprometido una respuesta que aún no están instrumentando con la celeridad suficiente. Probablemente ello, se debe a que el desarrollo de capacidades necesarias excede a la autoridad sanitaria, y requiere involucrar a muchos más actores y recursos.
10. Sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud, se está trabajando en la evaluación de las capacidades básicas, en la red de laboratorios, en la asistencia que está dando la OPS; también se han destinado fondos para dar asistencia a los países y en estos proyectos de financiamiento se debe apoyar a los países que tienen menos posibilidades de desarrollo, a los países más pequeños. Ese es el gran desafío del MERCOSUR.

En algunas instancias y en su carácter de mecanismo de integración, el MERCOSUR busca la forma de acercar a los países que tienen menos desarrollo a los países que están más avanzados. Por ejemplo, la Argentina ha organizado muchísimos talleres de asistencia técnica a otros países en el caso de productos. En otros aspectos, el Brasil también presta mucho apoyo. Es que para el MERCOSUR, la forma de hacer llegar esta asistencia y sostenerla en el tiempo representa un desafío que, aunque excede el área de la salud, debe incluir por supuesto el fortalecimiento de los sistemas de salud de la región.

Por otra parte, la forma federal de gobierno tiene una gran incidencia en la internalización de normas y la efectiva integración de nuestros países. En el Brasil hay mecanismos de audiencias públicas que a veces dificultan la incorporación de normas. En la Argentina se debe llevar a cabo una armonización interna que no se hizo durante la década pasada. Recién a comienzos del 2002, a través del Consejo Federal de Salud se comenzó a llevarla adelante. Así que esto resulta difícil en estos dos países que tienen la complejidad de una organización política federal. Es más simple en el Paraguay y el Uruguay.

El tema de las prioridades en salud fue un dilema en los primeros años. En los últimos tiempos, se instaló con fuerza, en la agenda política, con miras a una integración no sólo económica, sino social y se ve que hay muchas iniciativas, o sea que hay también un avance en esta materia, que es compartido por todos los estados miembros del MECOSUR.

Hay una alta rotación de los interlocutores por los cambios políticos y hay países que tienen más posibilidad de tener una estructura técnica específica para el MERCOSUR y otros que no la tienen y asignan funcionarios a tareas múltiples, entre los cuales me incluyo. El modelo de contactos representa un costo alto. Se han generado reuniones virtuales y otros mecanismos automáticos, pero realmente el costo afecta a los países que tienen una capacidad financiera limitada y limita las posibilidades de participación.

Por último, hay una diversa jerarquización política de los temas, que a veces complica el avance de la agenda; otras veces los técnicos se concentran mucho en un aspecto muy específico y pierden de vista la mira política. Debería haber una conexión muy aceitada, de la que no siempre se dispone con el dinamismo que las situaciones exigen.

Sobre los logros de la integración, hubo oportunidad de alcanzar consensos internos muy importantes; es más el MERCOSUR es una herramienta trascendente para conseguirlos. La Argentina puso en práctica esta estrategia y le fue muy bien. Por ejemplo, en el seno de la Comisión de Servicios del SGT11 del MERCOSUR el país se adhirió a la Matriz Mínima para el Ejercicio Profesional con datos para los profesionales y, sobre la base de que esta es una necesidad del MERCOSUR, está generando la Matriz Mínima de Datos de Profesionales para el interior del país. El MERCOSUR le sirve para alcanzar una armonización interna que nunca se había hecho. Realmente, es una oportunidad para estos consensos internos, sobre todo en países que tienen estructura federal. Seguramente los países con una forma de gobierno unitaria también tienen este tipo de problemas con sus instancias descentralizadas. Es necesario un círculo virtuoso pedagógico que nos permita ver otras iniciativas de integración, como la de la Comunidad Europea, para comprobar si realmente podemos aprender y anticiparnos a los problemas teniendo en cuenta esas lecciones.

El sector privado participa en algunas reuniones del SGT11, por ejemplo, referidas a servicios y productos, lo hacen los colegios profesionales y la industria farmacéutica, respectivamente. El resguardo que ponemos de común acuerdo los países miembros del MERCOSUR es que no participen con poder de voto, pero creemos que es pertinente escucharlos cuando debemos establecer estos mecanismos de integración que favorezca el intercambio de estos servicios y bienes.

Para nosotros hubo avances regionales muy importantes. El ejemplo de lo que ocurrió con el Reglamento Sanitario muestra el modo en que podemos funcionar, no solo en el MERCOSUR, sino también en relación con la región andina. Tanto con respecto al tema del Reglamento Sanitario Internacional como el de las patentes, creemos que realmente hay muchos campos donde replicar esta experiencia y que tampoco podemos hacerlo solos. Necesitamos la asistencia y apoyo técnico de expertos en tema, como las universidades y las organizaciones como la OPS.

También hemos podido utilizar requisitos mínimos y comunes que son útiles para una buena estrategia de consenso. Inicialmente, tratamos de establecer requisitos de mayor exigencia y eso fue un impedimento para lograr la integración. Así que la

visión de establecer requisitos mínimos, básicos e imprescindibles y de buscar la forma de apoyar aquellos países que no pueden cumplir con estos requisitos mínimos, es la única vía que nos ha permitido que el MERCOSUR avance hacia una real integración regional.

Todas estas decisiones del MERCOSUR están poniendo de manifiesto la voluntad política de su relanzamiento que debe enfocarse no solo en la institucionalidad, sino en reconocer que existen asimetrías y problemas comunes. Asimismo, se necesita la participación de la sociedad civil para que valore en que medida la salud pública realmente representa beneficios para estos consensos y para el trabajo conjunto entre los países, y que también afecta la economía: dado, que si tenemos ciudadanos enfermos, nuestras economías se resienten. Los problemas, las amenazas y las preocupaciones relacionadas con la salud trascienden las fronteras nacionales y pueden ser influenciados por circunstancias o experiencias de otros países. En consecuencia, esos aspectos son mejores atendidos por soluciones cooperativas.

El MERCOSUR también debe tener una agenda que guarde relación con la realidad de los ciudadanos, su acceso a los servicios y productos para la salud, en un escenario donde buena parte de la población no tiene acceso a los servicios o los medios para combatir la enfermedad.

Es importante considerar que los aspectos económicos son indisolubles de los sociales. La dimensión social debe reclamar para sí un espacio necesario y que este tenga el mismo nivel e importancia de la dimensión comercial y económica, no ya desde el punto de vista de un tratado aduanero, sino con una mirada dirigida a satisfacer las necesidades más elementales de nuestros ciudadanos.

Así, lo que aprendimos durante el desarrollo del MERCOSUR es que mejorar la seguridad sanitaria incentiva la integración y la participación explícita y específica de algunos países. Por ejemplo, el hecho ya aludido de que Chile, como Estado Asociado -tiene voz, pero no voto- en nuestras comisiones del SGT11, pero que no obstante ello, sí participe muy activamente en la Comisión de Vigilancia, por iniciativa propia, constituye un gesto que fue muy bien recibido por nuestros países, y que en los hechos facilitan que ese país tenga voto en dicha Comisión. Destaco lo valioso y prolífico de esta participación, que es además una demostración de que el tema de la seguridad puede convocar más allá de los temas económicos, sociales u otros, e incluso de las restricciones legales.

La detección de los problemas de salud pública y la respuesta de la región favorecen rápidamente acuerdos y consensos. El SARS, el dengue, el VIH/SIDA o los problemas regionales que tenemos nos lo demuestran.

El sistema del MERCOSUR con la definición del listado de enfermedades, el mapeo de las enfermedades en la región, los simulacros, la asistencia técnica, el apoyo y la capacitación favorecen la comunicación técnico política para la inmediata prevención y contención de riesgos.

El desafío más importante en materia de seguridad sanitaria es estar atentos a dichos riesgos, prevenirlos y realmente estar presentes en tiempo real para responder cuando corresponde, y por ende, cumplir con los compromisos que asumimos para atender a nuestras realidades compartidas.

El MERCOSUR es una instancia que puede aportar soluciones si nos ocupamos de ella realmente y la jerarquizamos, si estamos atentos a las asimetrías, a los problemas de base que nos afectan. Sin duda, atender a ciertas estrategias o profundizar algunas soluciones que han encontrado otras regiones, y aprender de sus experiencias, nos permitirá avanzar más rápidamente.

Gracias.