

Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas

Luisa Guimaraes Queiroz¹ e
Ligia Giovanella²

Como citar: Queiroz LG, Giovanella L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. Rev. Panam Salud Publica. 2011;30(2):182–8.

SINOPSE

O presente artigo descreve a conformação dos espaços institucionais da saúde no Mercosul, com análise de temas e resultados e considerações sobre a construção da agenda regional e sobre as repercussões de processos de integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde. Abordou-se a organização, funcionamento, pauta e resultados alcançados nos foros específicos de saúde do Mercosul (Reunião de Ministros de Saúde e Subgrupo de Trabalho 11), buscando analisar a arquitetura e os temas incluídos na agenda regional, traçando paralelos com a experiência europeia. O objetivo desta reflexão é identificar de que modo o trabalho nas estruturas do Mercosul contribui para a construção de uma agenda regional, na perspectiva de que a integração possa contribuir para a redução de desigualdades de acesso à saúde na região.

Palavras-chave: política de saúde; saúde na fronteira; agenda de prioridades em saúde; saúde mundial; cooperação internacional.

¹ Ministério da Saúde, Brasília (DF), Brasil. Correspondência: luisa.guimaraes@solar.com.br

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Fundado em 1991, o Mercado Comum do Sul (Mercosul) alcançou a modalidade de união aduaneira em 2004. Trata-se de etapa intermediária antes de estabelecer-se o mercado comum — livre circulação de bens, serviços, capitais e pessoas —, modalidade de integração vislumbrada pelos países fundadores: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Com avanço paulatino, aderem ao Mercosul, como Estados Associados, Venezuela, Bolívia, Chile, Peru, Equador e Colômbia.

Com motivações inicialmente essencialmente econômicas, o Mercosul, ainda que não concluído e enfrentando dilemas políticos e estruturais, contempla realizações em diversas políticas públicas: educação, justiça, cultura, transportes, energia, meio ambiente e agricultura. Para a saúde, existem dois foros específicos: Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (RMS) e Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde).

Neste artigo, descreve-se a conformação dos espaços institucionais da saúde no Mercosul, com análise de temas e resultados e considerações sobre a construção da agenda regional e as repercussões de processos de integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde. São descritas a construção da institucionalidade da saúde e a organização, funcionamento, pauta e resultados alcançados na RMS e no SGT 11 Saúde. Além disso, são analisados a arquitetura e os temas incluídos na agenda regional, traçando paralelos com a experiência europeia. O objetivo desta reflexão é identificar de que modo o trabalho nas estruturas do Mercosul contribui para a construção de uma agenda regional, na qual a integração possa contribuir para a redução de desigualdades de acesso à saúde na região. Os estudos que fundamentam os conteúdos aqui abordados resultam de pesquisa (1, 2) sobre integração econômica e políticas de saúde.

UNIÃO EUROPEIA

No caso do mercado comum europeu, as quatro liberdades de circulação — de bens, serviços, capitais e pessoas — repercutiram de forma intencional e não intencional na saúde, impondo a inclusão gradual desse tema na agenda de acordos (3, 4). Na perspectiva histórico-institucional e de funcionamento, a criação do mercado europeu, a partir de 1951, aproximou vencedores e vencidos no pós-guerra por meio de sistema de decisão em torno de objetivos comuns: paz, solidariedade e desenvolvimento social. Para abolir barreiras e reduzir desigualdades territoriais, foram adotadas instâncias supranacionais em campos onde a União Europeia (UE) é mais efetiva que a ação de cada país. A construção da UE tem sido longa, de expansão gradual, e não isenta de crises (5).

Na UE, cada país manteve os próprios sistemas e serviços de saúde, que estão fora das diretivas de livre concorrência. Foi estabelecido um padrão europeu de saúde e construídas estratégias para enfrentar diferenças estruturais que levam a desigualdades entre os países no acesso aos benefícios da integração e comprometem a conformação do mercado interno (6–10).

Para a livre circulação de mercadorias, os sistemas de saúde adotaram padrões sanitários comuns. As compras em saúde passaram a ser feitas por licitação pública regional. No que tange aos medicamentos, optou-se pela constituição de agência europeia regulamentadora. Os equipamentos médicos têm regulamentação comunitária e licitação pública regional para contratação. Os investimentos de capital são livres para hospitais e laboratórios. A livre circulação das pessoas no espaço europeu aumentou o movimento de profissionais de saúde, pacientes e turistas, implicando a necessidade de reconhecimento mútuo de diplomas e de portabilidade de direitos de seguridade e saúde, além da adoção de legislação comunitária sobre segurança no trabalho (3–10).

A ARQUITETURA DA SAÚDE NA ESTRUTURA DO MERCOSUL

A arquitetura institucional do Mercosul é construída por variados arranjos institucionais: conselhos, foros, reuniões, grupos, comissões e comitês, com participação de autoridades e representantes setoriais dos países, diluindo debates e multiplicando procedimentos para alcançar consensos que necessitam de incorporação em cada país para que possam se tornar efetivos na região. Um organograma detalhado está disponível no site do Ministério das Relações Exteriores do Brasil (<http://www.mercosul.gov.br/organograma/organograma-mercotel>). Não foram criadas estruturas supranacionais para assumir regionalmente tarefas necessárias ao funcionamento de mercado (11).

Com o predomínio da perspectiva comercial, a inclusão de temas relacionados às políticas sociais ocorre de forma lenta e subordinada à eliminação de barreiras e à circulação de fatores produtivos (12). Na saúde, a RMS, criada em 1995 (13), é responsável pelo marco político, enquanto o SGT 11 Saúde (14), criado em 1996, é responsável pelo marco regulatório.

Para coordenar atividades no Mercosul, cada país desenvolveu área responsável nos ministérios da saúde. Coordenadores nacionais representam os países e respondem pela organização das atividades, acompanhamento, avaliação e resultados das agendas da RMS e SGT 11 Saúde. Esses coordenadores compõem o comitê coordenador para harmonização dos trabalhos e encaminhamentos dos resultados (15).

A Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul

A RMS objetiva propor medidas para a coordenação de políticas de saúde no Mercosul (13). Carac-

teriza-se como instância de cooperação técnica regional para formular planos, programas, estratégias e diretrizes, refletindo a visão conjunta dos países. É espaço de acordos para soluções partilhadas, cooperativas e promotoras de políticas de saúde entre os Ministros da Saúde. Os acordos — manifestações de adesão política — não necessitam de incorporação ao ordenamento jurídico dos países. A RMS tem competência institucional para formular, acordar e apoiar ações conjuntas de promoção, prevenção, proteção e atenção à saúde. Essas ações são realizadas em cada país utilizando recursos dos sistemas de saúde nacionais.

A RMS se organiza em comissões intergovernamentais (CI) (13). Atualmente, existem 11 CI, criadas entre 2000 e 2006 (tabela 1). Nas CI foram gradualmente incluídos novos temas, ampliando o debate político regional da vigilância de produtos e de doenças transmissíveis para questões de promoção e proteção social da saúde. As CI funcionam como reuniões de trabalho, integradas por dirigentes, especialistas e técnicos representantes dos países, que apresentam e debatem temas à luz das políticas nacionais. Os consensos se efetivam em propostas de acordos, planos, programas, estratégias e diretrizes regionais (13, 15, 16).

Temas de saúde na pauta da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul

Os temas da RMS têm origem em prioridades, problemas ou questões internas de cada país que os países considerem relevantes para a discussão regional (tabela 1). Os interesses consensuais conformam prioridades e planos de trabalho específicos da CI, considerando a percepção de possibilidades de ganhos com o debate regional (1, 2). Observa-se tendência à inclusão de temas amplos e que promovam o conhecimento regional (diagnósticos e estudos, intercâmbio de experiências), privilegiem ações formadoras (atividades educativas, de capacitação, de informação), busquem economia de escala (aquisição conjunta), fortaleçam estratégias (acesso a medicamentos, redes e mecanismos de implementação) e articulem ações entre organismos não governamentais e organismos internacionais (1, 2, 15, 16).

Os acordos firmados até 2007 evidenciam que o número é crescente e que nem todos os temas resultam em acordos (15, 16). Tratam de política de medicamentos, controle de tabaco, controle da dengue, HIV-Aids, saúde sexual e reprodutiva, dados epidemiológicos e doação de órgãos e transplantes.

O Subgrupo de Trabalho 11 Saúde do Mercosul

Até a constituição do SGT 11, temas de saúde faziam parte do SGT 3 (Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade), cujo objeto era eliminar os obstáculos técnicos à livre circulação de alimentos e produtos para a saúde, além de estabelecer padrões de metrologia, conformidade e segurança para a indús-

TABELA 1. Temas de saúde desenvolvidos nas comissões intergovernamentais da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul entre 2000 e 2007

Comissão intergovernamental e temas desenvolvidos ^a	Acordo RMS (número/ano)
Política de medicamentos (criada em 2000)	
Política de medicamentos	01/2000; 05/2000; 02/2001; 04/2003
Banco de dados de preço	02/2000; 06/2000; 01/2005
Acesso a medicamentos antirretrovirais	10/2004
Regimes de patentes e acesso	26/2004; 27/2004
Controle de dengue (criada em 2001)	
Cria comitê regional	08/2000; 01/2001
Política de prevenção e controle da dengue	01/2002; 02/2003; 11/2003; 12/2003; 03/2007; 04/2007
Plano regional de intensificação das ações de controle	13/2004; 14/2004; 08/2005
Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle	03/2007; 04/2007
HIV-Aids (criada em 2002)	
Cria a comissão	02/2002
Áreas prioritárias e plano de trabalho	05/2003
Mortalidade materno-infantil do HIV e sífilis congênita	15/2004; 16/2004
Cooperação na luta contra o HIV/Aids	05/2006
Doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco	14/2006; 15/2006
Controle do tabaco (criada em 2003)	
Estratégia regional	06/2003; 07/2003
Ratificação da Convenção Quadro	01/2004; 02/2004
Política para o controle de tabaco	17/2004; 18/2004; 05/2005; 10/2005
Harmonização de metas	06/2006; 07/2006
Conferência das partes da Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde	08/2006; 09/2006
Saúde sexual e reprodutiva (criada em 2003)	
Cria a comissão	13/2003; 14/2003
Atenção à saúde sexual e reprodutiva	21/2004; 02/2005
Políticas de saúde sexual e reprodutiva	05/2007; 06/2007
Saúde e desenvolvimento (criada em 2004)	
Cria a comissão	07/2004; 08/2004
Gestão de risco e redução de vulnerabilidades (criada em 2004)	
Cria a comissão	05/2004; 06/2004; 09/2004; 22/2004; 23/2004
Plano de ação	04/2005; 12/2005
Saúde ambiental e do trabalhador (criada em 2004)	
Cria a comissão	24/2004; 25/2004
Política de saúde ambiental e do trabalhador	03/2005
Implementação do regulamento sanitário internacional (criada em 2005)	
Revisão/implantação do regulamento	03/2001; 11/2004; 12/2004; 07/2005
Plano de trabalho	09/2005
Sistemas de informação e comunicação em saúde (criada em 2006)	
Cria o núcleo de articulação Sistemas de Informação em Saúde	09/2003; 10/2003
Doação e transplantes (criada em 2006)	
Cria a comissão	03/2006
Política de doação e transplantes	10/2006; 11/2006
Capacitação, marco jurídico e integração de registros	01/2007; 02/2007

Fonte: Mercosul (13) e Brasil (15, 16).

^a Nesta tabela não constam acordos da Reunião de Ministros da Saúde (RMS) anteriores à criação das comissões, nem outros acordos não relacionados diretamente aos temas das comissões.

tria automotora e elétrica (17). Os temas de saúde concentravam-se em produtos farmacêuticos, hemoderivados, sangue, cosméticos e saneantes (12, 14). O SGT 11 Saúde, integrado por dirigentes, especialistas e téc-

nicos representantes dos ministérios da saúde e órgãos vinculados dos países, objetiva harmonizar legislações e regulamentações em áreas de trabalho definidas, visando a promoção e proteção da saúde e da vida, eli-

minação de obstáculos ao comércio regional e atenção integral e de qualidade (15, 18).

Os trabalhos do SGT 11 Saúde ocorrem ao redor de pauta negociadora, que contempla os interesses comuns e temas priorizados pelos países (19). As pautas editadas nos anos de 1998 (20), 2001 (21) e 2005 (22) tiveram vigência definida, enquanto que a de 2007 (18), que continua em vigor, não. A cada área de trabalho do SGT 11 Saúde — produtos, serviços e vigilância — corresponde uma comissão com objetivos e temas específicos. Essas se organizam em subcomissões e grupos *ad hoc* orientados por programas de trabalho anuais (15, 18, 19): a comissão de produtos para a saúde possui subcomissões e grupos de trabalho na área farmacêutica, de psicotrópicos e entorpecentes, sangue e hemoderivados, produtos médicos, cosméticos e saneantes domissanitários; a comissão de serviços de atenção à saúde possui subcomissões de desenvolvimento e exercício profissional e avaliação e uso de tecnologias em serviços de saúde; e a comissão de vigilância em saúde possui uma subcomissão de controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e passos fronteiriços terrestres (15, 18, 19).

As pautas negociadoras estruturam o funcionamento do SGT 11 Saúde ao estabelecer o relacionamento com instâncias do Mercosul, assim como procedimentos para organizar, sistematizar e difundir informações. Preconizam o aperfeiçoamento e a articulação dos sistemas nacionais, mediante cooperação, ações comuns e desenvolvimento de profissionais (18, 20, 21).

Temas de saúde na agenda do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde

A evolução das pautas negociadoras do SGT 11 Saúde expressa a extensão e o aprofundamento gradativo do debate regional para além de aspectos comerciais. A pauta negociadora de 1998 foi harmonizar os parâmetros de qualidade dos bens, serviços e fatores produtivos na área da saúde e os mecanismos de controle sanitário dos países do Mercosul para eliminar obstáculos técnicos e lograr o fortalecimento do processo de integração regional. Em 2001, a pauta foi a harmonização em relação aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área de saúde, critérios para vigilância epidemiológica e controle sanitário, com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo para o processo de integração. Em 2005, a finalidade de eliminar obstáculos à atenção integral e de qualidade foi acrescentada ao texto da pauta de 2001. Em 2007, a pauta foi harmonizar legislações e diretrizes, promover a cooperação técnica e coordenar ações entre os países em relação a atenção à saúde, bens, serviços, matérias-primas e produtos para a saúde, exercício profissional, vigilância epidemiológica e controle sanitário, com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar obstáculos injustificáveis ao comércio regional e à atenção integral da qualidade (17, 18, 20–22). A coor-

denação de ações de atenção à saúde entre os países, com vistas à atenção integral de qualidade, foi incorporada em 2005 (22), quando a área de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira passou a se chamar Vigilância em Saúde, e a de Prestação de Serviços de Saúde mudou para Serviços de Atenção à Saúde. A inclusão da Promoção da Cooperação Técnica e Exercício Profissional ocorreu em 2007 (18).

A Comissão de Produtos para a Saúde, que foi parte do SGT 3, aborda temas como medicamentos, sangue e hemoderivados, produtos médicos e diagnósticos, cosméticos e saneantes (17, 18, 20–22). A Comissão de Serviços de Atenção à Saúde contempla os serviços, desenvolvimento e exercício profissional e uso de tecnologias (18, 20–22). A Comissão de Vigilância em Saúde corresponde a vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e passos fronteiriços (18, 20–22).

Os temas da pauta negociadora respeitam as competências dos ministérios da saúde e as pautas dos demais SGT (14, 15). Este princípio pode repercutir na capacidade de alcançar consensos e implicar lentidão e resultados genéricos. Os ministérios da saúde, embora compartilhem valores comuns incorporados às políticas nacionais, apresentam diferenças na concepção, organização, gestão, financiamento e resultados, além de atribuições específicas. A harmonização é tarefa construída com ajustes complexos para alcançar equilíbrio entre avanços e recuos em cada um dos países (23, 24).

Institucionalização das resoluções do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde: harmonização, internalização e implementação

A institucionalização de resoluções do SGT 11 Saúde para vigência no Mercosul passa por três momentos: harmonização nas comissões, internalização nos países e implementação no Mercosul (15, 25, 26).

A harmonização inicia-se com a inclusão do tema na agenda regional e a conformação de subcomissão correspondente, integrada por representantes de cada país. O trabalho de harmonização implica o levantamento de legislações internacionais, regionais, sub-regionais e nacionais, identificando aspectos para a formulação do projeto de resolução. O projeto de resolução concluído e apreciado em instâncias superiores do Mercosul torna-se decisão ou resolução publicizada, que deve ser incorporada ao ordenamento jurídico de cada país (19, 25, 26).

A internalização é consequente à incorporação da resolução ao ordenamento jurídico em cada país. Essa fase é, em geral, longa, considerando os ajustes necessários para incorporar as mudanças decorrentes do novo regulamento. A publicação pelo país de instrumento próprio e a informação ao Mercosul conclui a internalização. A implementação decorre do alcance em todos os países da internalização, e o tema passa a ter regulamentação regional, finalizando a institucionalização da resolução (19, 25, 26).

Resultados alcançados no Subgrupo de Trabalho 11 Saúde Mercosul

Em 2006, as resoluções oriundas das comissões do SGT 11 Saúde somavam 107: 85 (79%) da comissão de produtos, 16 (15%) da comissão de vigilância e seis (6%) da comissão de serviços (15, 19). O predomínio de resoluções referentes a produtos pode ser decorrente de processos anteriores e de consensos internacionais que facilitaram a harmonização regional. Nas áreas de trabalho de vigilância e serviços existem diversidades e assimetrias importantes que demandam tempos mais longos de negociação (12). Entretanto, pode-se afirmar, com base na análise quantitativa, que a comissão de produtos exibe trabalho de harmonização avançado, envolve grande número de temas e unidades de trabalho relacionados à livre circulação de produtos, condição para o mercado comum. A de vigilância, com volume significativamente menor de resoluções, aborda temas relacionados à livre circulação de mercadorias e de pessoas. A de serviços, mesmo com a pauta sucinta, exibe o maior número de resoluções afetas a assuntos da livre circulação de pessoas (cidadãos e profissionais de saúde) (1).

Tal análise não deve perder de vista a diversidade entre as políticas e sistemas de saúde dos países, nem tampouco o desafio da construção de consensos para a harmonização no Mercosul. O trabalho no SGT 11 Saúde envolve alcançar um ponto de harmonização que signifique avançar no estágio atual de cada país e proporcionar um mecanismo que contribua para a superação de dificuldades internas. A internalização implica muitos procedimentos domésticos e pode significar, para alguns países, maior esforço do que para outros. A tabela 2 descreve o avanço das comissões do SGT 11 Saúde quanto a harmonizações.

ARQUITETURA E TEMAS DA AGENDA REGIONAL DE SAÚDE DO MERCOSUL: CONSIDERAÇÕES

A integração regional é processo difundido globalmente, gradual, motivado por interesses econômicos com objetivo de aproveitamento de vantagens de escala e alcance de benefícios comuns (27, 28). Para consolidar-se, exige convergências, aproximações e harmonizações entre políticas públicas nacionais, de modo a abolir barreiras, facilitar acesso e permitir o consumo de bens e serviços por populações dos países associados. Essas exigências operam transformações internas progressivas nos países, com repercussões nos entes subnacionais (29). A inclusão de temas da saúde é tardia.

Na UE, ainda que com motivações econômicas, a integração influíu nas políticas de saúde dos países e da região. As repercussões da conformação do mercado comum europeu foram complexas em decorrência de assimetrias entre os sistemas de proteção social. Para reduzir tensões e alcançar coesão social, foram impostas aos países orientações comuns, como a ga-

TABELA 2. Harmonizações nas comissões do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde do Mercosul, 2006

Comissão	Temas de saúde harmonizados
Produtos para a saúde	
Medicamentos	— Registro, boas práticas de fabricação, controle e distribuição, inspeção conjunta Psicotrópicos e entorpecentes: autorização de importação e exportação, regulamento técnico sobre controle e fiscalização em zonas francas e áreas aduaneiras especiais
Cosméticos	— Registro, definições, glossário, listas de substâncias permitidas e de uso restrito ou proibido, boas práticas de fabricação e controle
Saneantes	— Registro, definições, glossário, boas práticas de fabricação e controle
Serviços de atenção à saúde	
Prestação de serviços de saúde	— Glossário de termos comuns, requisitos para habilitação de unidades móveis de atenção médica de emergência, requisitos para unidades de terapia intensiva de adultos, informação básica para a caderneta de saúde da criança
Desenvolvimento e exercício profissional	— Especialidades médicas, matriz mínima de registro profissional em saúde
Tecnologias	— Metodologias de avaliação de tecnologias em saúde
Vigilância em saúde	
Vigilância epidemiológica	— Glossário, definição de caso suspeito, confirmado, de doenças prioritárias e de maior acompanhamento, consolidação da situação das doenças prioritárias, normas, diagnóstico de laboratório, controle e esquemas terapêuticos de doenças prioritárias, inclusão da <i>influenza</i> humana, medidas de controle de viajantes, utilização do Regulamento Sanitário Internacional, definição de laboratórios de referência, procedimentos de informação e controle da SARS

Fonte: Mercosul (18) e Brasil (15, 19).

rantia de direitos e o estabelecimento de regras de acesso (1, 3–10). As estruturas supranacionais europeias minimizam os custos das discussões internas para a implementação de decisões comunitárias (11).

A política de saúde é tema sensível nos debates multilaterais por resultar de processos internos de cada sociedade e estar vinculada à cidadania (1, 4–8, 23, 24, 27, 28). No Mercosul, os sistemas de saúde são assimétricos nos aspectos organizacionais, de financiamento e de acesso, o que desafia o movimento de integração regional (1, 12, 15). A arquitetura da agenda da saúde no Mercosul reflete a complexidade de praticar

regionalmente temas relacionados à circulação de pessoas — profissionais, pacientes, trabalhadores, turistas — frente à circulação de produtos.

A análise dos acordos e resoluções alcançados no Mercosul mostra incipiente avanço de temas de saúde na integração (1). Frente às dificuldades e pesos distintos para cada país em discutir e implementar acordos e regulamentações do Mercosul está a expectativa de que o debate regional represente algum ganho. Essa expectativa gera a motivação política que cada país precisa encontrar na participação regional como oportunidade de cooperação e solidariedade, técnica e política.

As repercussões da integração econômica são complexas. Na saúde, tais repercussões demandam a construção de modelo de orientação comum para que não restrinjam direitos adquiridos e ainda impactem em melhorias das condições de vida e de saúde. Implantar um princípio de mobilidade favorecido pelo mercado comum sem corrigir assimetrias entre países induzirá a movimentação de pessoas em busca de melhorar condições e reduzir restrições de acesso aos bens e serviços públicos. A criação de espaços definidos e exclusivos para que os países possam debater e harmonizar as legislações e a política setorial propicia articulações entre saúde e integração econômica regional, com potencialidade para fortalecer as políticas, os sistemas de saúde e a integração.

O estudo da agenda regional do Mercosul demonstra que os temas sociais ganham espaço no processo de integração econômica regional, para além da livre circulação de produtos. Embora a agenda regional do Mercosul exiba densidade de conteúdos *vis-à-vis* a ausência de marco conceitual e de eixo norteador relacionado à saúde na integração, o estabelecimento de direitos comuns de acesso é um desafio ainda pendente.

A análise dos aspectos organizacionais, de funcionamento e de resultados da RMS e do SGT 11 Saúde indica que a fragmentação e a pulverização do debate, a formalidade processual, a baixa interação entre políticas e sistemas de saúde e a reduzida capilaridade de informações comprometem a concretização dos objetivos fundadores do Mercosul. Ou seja, para a existência do Mercado Comum do Sul, é fundamental avançar em alguns aspectos das políticas de saúde, tais como: acesso aos serviços de saúde, simetria na utilização e incorporação tecnológica, reconhecimento mútuo para o exercício profissional, desenvolvimento de localidades fronteiriças, compartilhamento de informações e sistemas de registros e qualidade de bens e serviços.

Para que a integração econômica regional impulsione a saúde na redução de desigualdades, faz-se

necessária a articulação em torno de visão comum de modelo social para a região (1). A partir disso, será possível inverter a origem econômica ou comercial das pautas e incorporar questões relacionadas ao desenvolvimento social, à redução de tensões internas, à promoção da coesão social no bloco e à redução das vulnerabilidades das populações.

Se, por um lado, a construção de um modelo social regional que integre prioridades e considere diferenças de cada sistema e política resulta da busca de harmonização de procedimentos — pressuposto da integração —, de outro é fortemente dependente da confiança no projeto regional. As lições europeias apontam o caminho de harmonização de regras para as políticas de seguridade e proteção social que não visam a instaurar um regime único à escala regional, mas dispor de ferramentas de coordenação de resultados dos sistemas de saúde de cada país que preservem ao cidadão as garantias adquiridas (1, 3–9). Nesse processo, os direitos sociais e de saúde não se restringem aos limites dos estados-nação, mas alargam-se para o bloco regional, na esteira das exigências econômicas, conformando-se novos espaços de regulação.

Agradecimentos. LGQ foi bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

SYNOPSIS

Mercosur's regional health agenda: architecture and themes

This article describes the shaping of institutional health spaces in the Mercosur, with analysis of themes and results and considerations on the construction of the regional agenda and on the effects of regional economic integration processes on health policies and systems. We discuss the organization, operation, focus topics, and results achieved in specific health forums (Meeting of Ministers of Health and Sub-Working Group 11), seeking to analyze the architecture and issues addressed by the regional agenda and drawing parallels with the European experience. The aim of this reflection is to identify how the work done by Mercosur structures contributes to building a regional agenda, with the expectation that the integration can contribute to reducing inequalities in access to health care in the region.

Key words: health policy; border health; health priority agenda; world health; international cooperation.

REFERÊNCIAS

1. Queiroz LG. Integração econômica regional e políticas de saúde: União Europeia e Mercosul [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2007.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/>. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
3. Guimaraes L, Giovanella L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1795-807.
4. Holst J. The potential of regional trade agreements for extending social protection in health: lessons learned and emerging challenges. *Open Health Serv Policy J*. 2009;2:84-93.
5. Lamping W, Steffen M. European Union and health policy: the “chaordic” dynamics of integration. *Soc Scie Quarterly*. 2009;90(5):1361-79.
6. Busse R, Wismar M, Berman PC, eds. The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002. Pp. 1-13.
7. Koivusalo MT. The future of European health policies. *Int J Health Serv*. 2005;35(2):325-42.
8. Condé EAS. Laços da diversidade: a Europa social e o welfare em movimento (1992-2002) [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
9. Guimaraes L, Queiroz VP. Integração europeia e acordos fronteiriços em saúde na euroregião de Extremadura-Alentejo. Em: Mendes JM, Nogueira VM, Simionatto I, Miotto RCT, Dal Prá KR, orgs. Mercosul em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e participação societária. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007. Pp. 36-86.
10. Guimaraes L, Freire JM. Los temas de salud en la Unión Europea: su impacto en la sanidad española. *Cad Saude Publica*. 2007;23(Supl 2):S143-54.
11. Medeiros MA. Prerrogativas estatais, integração regional e lógica distributiva. *Lua Nova*. 2003;(58):141-68.
12. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2001.
13. Mercosul, Reunião de Ministros da Saúde. Decisão N° 3/95 do Conselho do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/Dec_003_095_Reunion%20Ministro%20Saude_At%201_95.PDF. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
14. Mercosul, Criação do Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”. Resolução N° 151/96 do Grupo do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
15. Brasil, Ministério da Saúde. A saúde no Mercosul. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do Mercosul e do Subgrupo de Trabalho N° 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no Mercosul, estágio atual, desafio de integração e perspectivas. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2006.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de informação em saúde do Mercosul. Reunião de Ministros — Acordos. Disponível em: <http://200.214.130.44/mercosulsaude/portugues/reuniao/acordos/index.htm>. Acessado em 14 de janeiro de 2011.
17. Mercosur. Nuevas pautas negociadoras del subgrupo de trabajo N° 3 reglamentos técnicos. Resolução N° 61/97 do Grupo do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/msweb/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_061_097.PDF. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
18. Mercosul. Pauta negociadora do SGT N° 11 “Saúde” (revogação da Resolução GMC N° 06/05). Resolução N° 13/07 do Grupo do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/show—contentid=595. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
19. Brasil, Ministério da Saúde. A saúde no Mercosul. 4ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Mercosul. Pauta negociadora do SGT N° 11. Resolução N° 04/98 do Grupo do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/show—contentid=604. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
21. Mercosur. Pauta negociadora del SGT N° 11 “Salud” (derogación de la resolución GMC N° 4/98). Resolução N° 21/01 do Grupo do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/msweb/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_021_001_Pauta%20Neg_SGT%20N%2011_Acta%202_01.PDF. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
22. Mercosul. Pauta negociadora do SGT N° 11 “Saúde” (revogação da resolução GMC N° 21/01). Resolução N° 06/05 do Grupo do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
23. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS*. 2010;4(1):93-105.
24. Buss PM, 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). *RECIIS*. 2010;4(1):106-18.
25. Mercosur. Directivas para elaboración y revisión de reglamentos técnicos Mercosur. Resolução N° 152/96 do Grupo do Mercado Comum. Disponível em: mercosur.int/show—contentid=606. Acessado em 2 de fevereiro de 2011.
26. Mercosul. Aperfeiçoamento do sistema de incorporação da normativa Mercosul ao ordenamento jurídico dos estados partes. Decisão N° 20/02. Disponível em: mercosur.int/show—contentid=578. Acessado em 1º de fevereiro de 2011.
27. Bolis M, org. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington: OPS; 1999.
28. Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. Em: Ahumada C, Hernández A, Velasco M, eds. Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Santa Fe de Bogotá: Grupo 9 Salud Internacional, Javegraf; 1998. Pp. 24-45.
29. Mariano MP, Barreto MI. Questão subnacional e integração regional: o caso do Mercosul. Em: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, orgs. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo: Edusc; 2004. Pp. 21-47.

Manuscrito recebido em 6 de setembro de 2010.
Aceito em versão revisada em 9 de março de 2011.