



Gottero, Laura

PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD EN POLÍTICAS REGIONALES.
INICIATIVAS DE INTEGRACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DESDE UNA
PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS (MERCOSUR – UNASUR)

Revista Paraguay desde las Ciencias Sociales, revista del Grupo de Estudios Sociales sobre
Paraguay, nº 8, 2017, pp. 151-178

*Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe, Universidad de Buenos Aires
Argentina*

Disponible en: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/revistaparaguay>

RECIBIDO: JULIO 2017

ACEPTADO: DICIEMBRE 2017

**Producción de información en salud en políticas regionales.
Iniciativas de integración de datos epidemiológicos desde una perspectiva
de derechos humanos (Mercosur – Unasur)**

Laura Gottero

Instituto de Justicia y Derechos Humanos (UNLa) – GESP/IEALC/UBA

lauritagottero@gmail.com

Palabras clave: epidemiología, políticas regionales, producción de información, derecho a la salud

Resumen

Este artículo problematiza la construcción de políticas regionales en la articulación entre derecho a la salud, producción de información y derechos humanos, tomando como caso las iniciativas de integración de información epidemiológica elaboradas por los países de Mercosur y Unasur en el periodo 2008-2016. Estas experiencias de políticas constituyen formas concretas y medibles de evaluar el grado de cumplimiento del derecho a la información como una dimensión de los derechos humanos, y en este caso del derecho a la salud, pero su desarrollo discontinuo requiere de un análisis crítico. El devenir de estas líneas de acción en relación con la persistencia de las desigualdades en salud en la región muestra que es necesario debatir qué tipo de información de vigilancia para la salud se debe producir para que el acceso a la salud, y su protección como derecho de todas las personas, tenga una expresión concreta y progresiva en la región.

Health information production in regional policies. Initiatives for the integration of epidemiological data from a human rights perspective (Mercosur - Unasur)

Keywords: epidemiology, regional policies, production of information, right to health

Abstract

This article problematizes the construction of regional policies in the articulation between the right to health, production of information and human rights, taking as a case the epidemiological information integration initiatives elaborated by the Mercosur and Unasur countries in the 2008-2016 period. These policy experiences are concrete and measurable ways of assessing the degree of compliance with the right to information as a dimension of human rights, and in this case the right to health, but its discontinuous development requires a critical analysis. The evolution of these lines of action in relation to the persistence of inequalities in health in the region shows that it is necessary to debate what kind of health surveillance information must be produced in order for access to health, and its protection as a right of all people, have a concrete and progressive expression in the region.

Introducción

Este trabajo pretende constituir un aporte al debate sobre la producción de información producida por los Estados haciendo foco en la construcción regional de políticas, a partir de la labor del Mercosur y la Unasur, y resaltando las líneas de trabajo en las que Paraguay tuvo un rol específico. Para ello, se recortó un objeto de estudio específico: las iniciativas de integración de información epidemiológica en el marco de sistemas desarrollados por los países intervinientes en ambos bloques internacionales. Se considerará que estas experiencias de políticas regionales constituyen formas concretas y medibles de evaluar el grado de cumplimiento del derecho a la información (producción y acceso) como una dimensión de los derechos humanos, y en este caso del derecho a la salud.

La producción de información pertinente para conocer el estado de salud de una población, cuando se articula con otras explicaciones que permiten comprender el escenario de situación, contribuye al fortalecimiento de la perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud. Suele considerarse que la mera existencia de información epidemiológica contribuye con este objetivo, pero la persistencia de las desigualdades en salud y de enfermedades prevenibles muestra que es necesario volver a debatir qué tipo de datos se requiere producir para que el acceso a la salud se garantice y proteja en su carácter de derecho humano universal e interdependiente.

El análisis que se presenta surge del seguimiento y estudio del sistema VIGISAS (Vigilancia para la Salud) en el Mercosur, a través de las actas de reunión publicadas por la Comisión de Vigilancia en Salud (COVIGSAL) durante el periodo 2008-2016¹, espacio encargado de gestionar el funcionamiento de dicho sistema de información epidemiológica. De manera complementaria, y en relación con el VIGISAS, se recopilan los debates suscitados en diferentes órganos de la UNASUR que dan cuenta de los objetivos y expectativas respecto de la producción de información en salud —específicamente, en términos de vigilancia para la salud y epidemiología—, dado que la documentación disponible no permite un seguimiento a través de un único foro, como es el caso del Mercosur. Asimismo, se recuperó en el seguimiento de UNASUR las referencias al VIGISAS-MERCOSUR, con el fin de mostrar el rumbo y las características de los incipientes intentos de articulación entre ambos bloques.

La metodología empleada consiste en un diseño flexible de carácter cualitativo, que comprende un marco teórico-metodológico sobre formulación, implementación y redes de políticas públicas, producción de información y derecho a la salud, así como abordajes conceptuales sobre vigilancia epidemiológica y vigilancia para la salud desde una perspectiva de epidemiología crítica. Con referencia al modo de abordaje analítico que combina enfoques de la epidemiología con los de las políticas públicas y la planificación, con la idea de que una sola disciplina no puede trabajar problemas complejos por más que incorpore elementos de otras ramas de las ciencias (Matus, 2008). De allí que la idea de integración y de “trans-frontera” no sólo remita al objeto de intervención, sino al enfoque teórico y práctico con el que se diseña la acción.

Experiencias de integración en salud, epidemiología y bloques regionales

En el contexto del Mercosur, la construcción heterogénea de una idea de la integración regional comenzó como un conjunto de premisas de carácter económico y comercial, pero con el desarrollo del bloque se observó que la interacción territorial y poblacional en los países que componen este organismo supranacional, especialmente en los escenarios fronterizos, involucraba otras variables del orden cultural, social y comunitario, referentes a la elaboración conjunta de una historia compartida de larga data. Una de las dimensiones más fuertes en

¹ El relevamiento continuó hasta el 2016, pero al momento de enviar este artículo no se habían publicado actas de las reuniones realizadas en ese año.

términos de esa ampliación es la relacionada con la construcción de derechos y de una ciudadanía basada en el enfoque regional (Ferraro, 2013; Abramovich, 2012; Gomes Saravia, 2012), lo que estructura un abordaje de transversalidad de la perspectiva de derechos humanos en las líneas de acción del Mercosur.

Más reciente en el tiempo, Unasur constituye un intento de articulación de las redes preexistentes (Mercosur y Oras-Conhu) en un espacio de interacción regional más amplio y con un enfoque actualizado. La construcción de este bloque latinoamericano trataba de encontrar claves no exclusivamente económicas o comerciales en sus intercambios, y consideraba a la mirada desde lo regional como estructurante de objetivos colectivos por parte de los Estados, y como un elemento potenciador de objetivos nacionales en cada país, no ausente de tensiones y contradicciones (Herrero, 2014; Riggirozzi, 2015; Sanahuja, 2012; Chaves García, 2010).

En ambos bloques, la indagación por las políticas regionales de salud no cuenta con una abundancia de trabajos, tal como lo señaló Sánchez (2007) para el caso del Mercosur. Sin embargo, Riggirozzi (2015) observa que el ámbito de la salud, en los bloques regionales, constituye un ejemplo claro de las nuevas formas de relacionamiento entre los países integrantes, que involucran cuestiones de cooperación regional, formulación de políticas públicas y acuerdo sobre posiciones políticas comunes.

En el ámbito específico de las políticas regionales de salud, señala Castro Quiroz (2012) que el puntapié en la construcción de integración en salud en el contexto de la Unasur sucedió en el 2006, durante la II Reunión de la Conferencia Sudamericana de Naciones (CSN). Allí se acordó la propuesta denominada “Hacia la construcción de una política y agenda regional en materia de Salud”, donde se estableció la articulación entre los espacios de salud de ORAS-CONHU y Mercosur, con el fin de construir estrategias que garantizaran el acceso universal a la salud en los países que conformaban la CSN. Dos años después, la creación del Consejo de Salud Suramericano en el 2008 planteó un desafío en términos de derecho a la salud en el plano regional pero, tal como señalan Velásquez y Cabezas (2009), también generaron nuevas oportunidades de reacomodamiento y redefinición de prioridades en las estructuras institucionales de salud en los diferentes contextos nacionales. Ello puede advertirse con claridad en la coexistencia de planteos epidemiológicos regionales donde la puesta en común de información y de estrategias de abordaje frente a problemáticas comunes de las agendas de salud

parece ser el objetivo fundamental, pero ello se enfrenta en el nivel nacional con la vigilancia de la movilidad y de las fronteras y la construcción de una “soberanía sanitaria” que caracteriza como amenazas a las problemáticas de salud de países vecinos, ensayando para ello medidas de control y “extranjerización” del problema (Gottero, 2015; 2014).

Integración en salud y políticas epidemiológicas para la región

En el marco de dichos procesos heterogéneos y muchas veces contradictorios, las estrategias epidemiológicas regionales combinan prioridades sanitarias nacionales con problemáticas sanitarias en agendas compartidas, y elaboran líneas de acción para enfrentarlas de manera conjunta. En consecuencia, la discusión respecto del modo de recolección, análisis y sistematización de los datos que orientan la acción de salud resulta pertinente con el fin de construir viabilidad y eficacia a las medidas, manteniéndolas en el marco del derecho a la salud. Para un enfoque de este tipo, es adecuado referir la propuesta de Breihl (2010; 2009; 2003) para comprender que la salud colectiva es más que la sumatoria de los casos confirmados sobre una enfermedad y la evaluación de los riesgos. Para el autor, es preciso desburocratizar los sistemas de vigilancia epidemiológica y reformular el sistema de producción de información “para superar la derrota del conocimiento por una información mal construída aunque ampliamente divulgada” (Breihl, 2009, p.194).

La articulación entre sistemas de información en salud y epidemiología conduce a la noción de vigilancia. Los sistemas de vigilancia cumplen un rol clave en la intersección entre producción de información y estrategias epidemiológicas, en tanto desarrollan los mecanismos de recolección y sistematización de datos sobre la base de categorías estandarizadas orientadas a la acción en salud (Chuit, 2001; Valencia et. al., 2003; Berdasquera Corcho, 2002). La vigilancia epidemiológica tiene como objetivo la obtención de información con fines de acción sanitaria, mientras que la vigilancia en salud incluye la vigilancia epidemiológica pero, además, construye y aporta información para establecer los antecedentes, escenarios futuros, circunstancias y situación actual donde se desarrollarán acciones de salud (vigilancia demográfica), así como la estructura de servicios que canalizará dicha problemática de salud pública (Martinez Navarro, 2000; Montesano-Castellanos y Ruiz-Matus, 1995; Sepúlveda et. al., 1994).

Desde la distinción de modalidades de vigilancia, en este artículo se considera que un enfoque de vigilancia para la salud es el que puede, a diferencia de un abordaje exclusivo de vigilancia epidemiológica, conectar las políticas y las planificaciones de salud con una noción de derecho a la salud, y también de derechos humanos también. Por eso, la apuesta por un sistema regional de vigilancia para la salud sienta las bases para una construcción ampliada del derecho a la salud desde la epidemiología sobre la base de un abordaje complejo (Buck, Llopis, Najera y Terris, 1994).

VIGISAS-MERCOSUR: avances y retrocesos de una política integrada de información para la salud

En el contexto del Grupo de Mercado Común (GMC), la Comisión de Vigilancia para la Salud (en adelante, COVIGSAL) representa uno de los espacios más activos dentro del Subgrupo de Trabajo N° 11 (SGT) que se encuentra en la estructura institucional del Mercosur. El SGT N° 11 está compuesto por tres comisiones: la ya referida COVIGSAL —que incluye la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica y la Subcomisión de control sanitario de puertos, aeropuertos, terminales y puertos de frontera (SCOCONTS); ésta tiene sus propias reuniones—, la Comisión de Servicios de Atención a la Salud (COSERATS) y la Comisión de Productos para la Salud (COPROSAL). La formulación y los intentos de implementación del Sistema de Vigilancia de Salud para América del Sur (en adelante, VIGISAS), así como los debates relativos a producción de información, se elaboraron y discutieron desde la COVIGSAL y la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica.

El propósito de establecer un piso mínimo de armonización de información epidemiológica entre los países del Mercosur constituyó un objetivo de política central en los debates de la COVIGSAL, incluso antes de la formulación de un sistema de información para la vigilancia en salud como tal. Esta finalidad se presentó en todas las discusiones de la Comisión, y paulatinamente tomó la forma de lo que sería el “VIGISAS”, así como abrevó en la labor normativa del GMC² y en la observación de experiencias contemporáneas, para darle forma a ese propósito.

² Especialmente, la resolución 13/07 (pauta negociadora del SGT N° 11) —que modifica a su antecesora, la 06/05— y la resolución 22/08 (“Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades priorizadas y brotes entre los Estados

Los cuadros que se presentan a continuación sintetizan los temas tratados con respecto al VIGISAS en las reuniones de la COVIGSAL en el periodo 2008-2016. Se distribuyen por año para facilitar su lectura, de allí que la secuencia de resultados se estructure sobre la base de dichos cuadros y sus comentarios.

Cuadro 1. Formulación e implementación del VIGISAS-Mercosur (2008)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
1/2008	Acuerdo para su implementación.	Los países deben enviar sus datos para cargar el sistema, pero no se especifica el tipo de información que será la más adecuada.
2/2008	Creación de un Comité Gestor ³ . Relevamiento de bases de datos nacionales.	Confección de un cuestionario de pedido de información para todos los países, sin debates expresos sobre el instrumento de recolección.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la revisión documental.

Durante el 2008, las primeras preocupaciones sobre el VIGISAS no se vinculan con el tipo de información que será producida, sino con la estructura tecnológica que soportará esa carga e intercambio de datos.

Cuadro 2. Formulación e implementación del VIGISAS-Mercosur (2009)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
1/2009	Plataforma lista para carga de datos, pero no se expresan acuerdos respecto del tipo de información necesaria.	Armonización de criterios con otros sistemas de información epidemiológica (RAVE). Carga de datos nacionales por parte de los países.
2/2009	Cambio de software de VIGISAS. Se reitera que está listo para su implementación.	Armar glosario técnico, instructivo y manual de capacitación en el uso de la plataforma para cargar los datos, pero no para construirlos.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la revisión documental.

partes del Mercosur”), que fue modificada por la resolución 18/11, que actualizó la lista de enfermedades de notificación obligatoria para la región.

³ El Comité Gestor del VIGISAS tuvo la coordinación de Ivan Allende como representante de Paraguay en la Comisión. Desde el inicio de las conversaciones sobre este sistema, Paraguay tuvo una presencia sostenida en las reuniones.

Entre el 2009 y el 2010, el VIGISAS termina siendo caracterizado como una “herramienta” para la recolección de datos epidemiológicos en la región. En consecuencia, se observa un desplazamiento de la idea de “sistema de información de vigilancia en salud” hacia un rol instrumental con respecto a estrategias de vigilancia epidemiológica. Ello fortalece la predominancia de la mirada técnica —preocupada por la carga de datos y la situación de la plataforma— por sobre la discusión de los contenidos que compondrán ese esquema de información regional, que en consecuencia constituyen la materia prima de la producción de información pensada desde un enfoque de derechos humanos.

Cuadro 3. Formulación e implementación del VIGISAS-Mercosur (2010)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
1/2010	La implementación sigue pendiente.	Elaborar un consenso regional para que VIGISAS sea una <i>herramienta exclusiva</i> de notificación, intercambio y análisis de datos ⁴ : desplazamiento de la “política de información” hacia el “instrumento de recolección”.
1/2010 E ⁵	Presentación de la genealogía del VIGISAS desde el 2008, pero la implementación sigue pendiente.	Propuesta de armonización RAVE-VIGISAS con un software único. Fomentar un abordaje de enfermedades transmisibles en la región con indicadores comunes.
2/2010	Sin carga de datos. El grado de cumplimiento 2010 no hace referencia al VIGISAS.	Se reitera a los Estados que comiencen a usar la plataforma, pero no se indican criterios o categorías con los cuales consensuar la construcción de datos.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la revisión documental.

En el 2011, y tres años después de su propuesta inicial, una estructura preliminar del VIGISAS se encontraba en condiciones de poner en marcha su primera prueba piloto, a la vez que continúan las transformaciones en su denominación. Se hace referencia a ésta como un

4 En simultáneo, varios de los países del Mercosur participan en la Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta (RSVR) de UNASUR, que también establece un parámetro de vigilancia epidemiológica regional para eventos de notificación obligatoria, y será tratada en la segunda parte de este artículo. La RSVR es organizada por un grupo técnico de este organismo intergubernamental que tiene como propósito la articulación de las redes nacionales de vigilancia y respuesta de los países de la UNASUR para monitorear indicadores epidemiológicos, desarrollar estrategias conjuntas para abordaje de enfermedades comunes en la región, y la creación de sistemas de información sanitaria para la toma de decisiones.

5 Reunión extraordinaria de la Comisión.

“software” para el intercambio de información, focalizando entonces en la dimensión técnica/tecnológica del sistema, donde los debates sobre derecho a la salud y epidemiología no son pertinentes.

Cuadro 4. Formulación e implementación del VIGISAS-Mercosur (2011)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
1/2011	Presentación del VIGISAS como un sistema de información que recolecta datos epidemiológicos. Presentación de prueba piloto.	Continúa pendiente la carga de datos, pero no se observa un diagnóstico que permita pensar razones para los obstáculos y las demoras.
2/2011	Se realiza 1º prueba piloto con resultados insatisfactorios.	Todos los países refirieron problemas para utilizar el VIGISAS. Chile solicitó continuar con la carga en la red de información andina (RAVE ⁶), por lo que aún no hay integración del sistema.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la revisión documental.

En la segunda reunión del 2011, se expusieron los resultados de la prueba piloto del VIGISAS, donde todos los países intentaron cargar datos sobre hantavirus y debían comunicar sus dificultades para el uso del sistema. Como resultado, Brasil, Argentina y Paraguay tuvieron problemas con la carga y/o la corrección de datos, sin poder obtener apoyo técnico para resolver el obstáculo; Paraguay refirió inconvenientes para realizar correcciones; Uruguay no pudo ingresar al sistema; y Chile solicitó cargar sus datos en la plataforma RAVE, que ya estaba utilizando⁷.

6 En el transcurso de las reuniones se realizaron intentos de articulación con la plataforma de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (en adelante, RAVE), una red de información epidemiológica compartida y construida por Bolivia, Chile, Ecuador, Colombia y Venezuela, que funciona en el marco del Organismo Andino de Salud, un ente de integración subregional perteneciente al Sistema Andino de Integración que tiene como objetivo respaldar y apoyar las acciones en salud de los países miembros. La RAVE forma parte del escudo epidemiológico en la región andina, cuyo armado representa a su vez uno de los objetivos estratégicos del Organismo Andino de Salud e implica la puesta en práctica de líneas articuladas de salud que implican la producción e intercambio de información, la construcción de consensos sobre acciones sanitarias y la elaboración de estrategias conjuntas para actuar sobre problemáticas de salud regionales. El funcionamiento de la RAVE constituyó un aliciente cuando el VIGISAS encontraba sucesivos escollos para iniciar su uso, sobre todo porque uno de los países del bloque, Chile, ya tenía sus datos cargados en dicha red andina.

⁷ Como consecuencia de estos informes, se resolvió que la carga de datos se realizara “temporalmente” en el sistema RAVE porque ya estaba armonizado con el de Mercosur, y porque ello redundaría en un fortalecimiento de la UNASUR en lo que refiere a las acciones de monitoreo. Estas razones llamativas para posponer la carga de datos en el VIGISAS mantienen la asociación estrecha entre tecnologías de la información y la comunicación, así como una mirada tecnicista de las estrategias de comunicación para la salud. El uso de ambas ideas como sinónimos condiciona

Cuadro 5. Formulación e implementación del VIGISAS-Mercosur (2012)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
1/2012	2° prueba piloto con resultados insatisfactorios.	Debido a la continuación de los problemas para cargar la información, se solicita la contratación de profesionales para la implementación.
2/2012	Contratación de un gestor técnico para la implementación ⁸ .	Elaborar términos de referencia y realizar convocatoria. No se construye una explicación “política” de los problemas que impiden el uso de VIGISAS.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la revisión documental.

Las discusiones observadas en el 2012, con referencia a la trayectoria precedente del VIGISAS, permiten pensar que si este sistema es considerado un programa de carga de datos, no contiene necesariamente en su funcionamiento ningún elemento que conduzca a una perspectiva de vigilancia para la salud, entendida ésta como un planteo integrador que toma el dato epidemiológico y lo contextualiza para elaborar explicaciones contextualizadas, situacionales, que permiten no sólo efectuar un control focalizado sino una prevención ampliada sobre los determinantes sociales de la salud (Breihl, 2009). De allí que sea importante destacar y criticar la referencia al VIGISAS como un software porque implica una lectura reduccionista de esta iniciativa⁹.

Cuadro 6. Formulación e implementación del VIGISAS-Mercosur
--

la profundidad de los debates e impide una discusión abierta sobre qué tipo de datos se pretende cargar, para comunicarlos a quiénes y por qué.

⁸ Si bien el artículo de Hage Carmo et. al. fue publicado en el 2015, su elaboración corresponde al 2012 y, con respecto a esta decisión, los autores/funcionarios expresaban sus expectativas en relación con la potenciación del espacio de salud en Unasur a partir del funcionamiento del sistema: “En la actualidad, la implementación efectiva del VIGISAS entre los países del Mercosur ha sido muy heterogénea, a diferencia de los países andinos que utilizan este sistema para intercambio de informaciones con el apoyo de la RAVE. Así, en líneas generales aún no ha cumplido con las expectativas para lo que fue concebido. Pero nuevas oportunidades se vislumbran en el horizonte. Recientemente, desde la reunión de la Comisión de Vigilancia en Salud del Mercosur realizada durante la última presidencia pro témpore de Argentina (primer semestre de 2012), se logró poner en la agenda y aprobar por el Grupo de Mercado Común la contratación de profesionales con dedicación exclusiva para la gestión del VIGISAS, posibilitando así alcanzar su implementación efectiva. Sin duda, esto representará un marco en el potencial uso del Sistema de Vigilancia para la región” (Hage Carmo et. al., 2015: 124)

⁹ De hecho, las reuniones previas que abordan el grado de implementación del VIGISAS no lo limitan a una categoría de “software” y las tareas pendientes que se refieren no tienen que ver con ese funcionamiento.

(2013-2014)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
2/2013	Se presenta un “plan de sustentabilidad” para la implementación del VIGISAS, basado en la expectativa del trabajo de los consultores aun no contratados. Balance de cumplimiento: VIGISAS “en desarrollo inicial”. Conclusión del diseño “con dificultades”.	Pedido a los coordinadores nacionales de cada país para que colaboren y promuevan el uso del sistema. Se espera la contratación de los técnicos. Conclusión del VIGISAS prevista para junio de 2014.
2014	Reuniones sin registros documentales.	Reuniones sin registros documentales.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la revisión documental.

Los obstáculos observados hasta este momento del proceso de formulación/implementación conducen a reflexionar si el VIGISAS necesita “más técnica” o, por el contrario, un abordaje desde las políticas de salud que re-contextualice estos pedidos del VIGISAS en otro esquema de comunicación inter-estatal relacionado con los enfoques de redes de políticas, concepto multidimensional que permite tener en cuenta que los contextos institucionalizados de las políticas y sus obstáculos, así también los actores y sus acciones o resistencias no son circunstanciales sino que construyen el marco institucional donde “suceden” las políticas estudiadas (Zurbriggen, 2004; Fleury, 2002; Klijn, 1998). Asimismo, la noción de gobernabilidad de Matus (2007b) constituye un concepto operativo que, en esta instancia del análisis del VIGISAS, contribuye a comprender las resistencias y demoras que expresan los actores del proceso, con respecto al uso de la plataforma.

Resulta llamativo que estos largos periodos sin puesta en funcionamiento no conduzcan a una revisión de las premisas del sistema, ni a un diagnóstico que permita indagar posibles razones para estas grandes demoras. Por el contrario, la actitud de los participantes de las reuniones se caracteriza como pasiva —desde el discurso¹⁰— frente a esta importante iniciativa que no encuentra la manera de comenzar su marcha, pero a la vez se manifiesta terca en la indicación de cargar datos sin investigar por qué esta tarea no se concreta.

¹⁰ Esta investigación se realiza desde un marco de análisis documental, mediante el cual los debates, las participaciones y las interacciones entre los integrantes de la COVIGSAL “se hacen discurso”. Lo que se analiza en este trabajo es, precisamente, la documentación oficial del Mercosur que refleja, con sus limitaciones pero también desde su elección de comunicación, el curso de las discusiones sobre sus temas de agenda. Por eso, si bien las actas pueden no representar de manera completa el contenido de las discusiones, constituye el único material disponible de carácter oficial con el que el Mercosur da cuenta de su actividad y deja registro de esas reuniones que son privadas e irrepetibles. Allí reside su valor como documento y como objeto de estudio.

Cuadro 7. Formulación e implementación del VIGISAS-Mercosur (2015- 2016)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
1/2015	Balance de cumplimiento VIGISAS: diseño, implementación y conclusión “en desarrollo”.	Indefinición en la contratación de profesionales. Se reitera la responsabilidad de los países en el tema, frente al GMC, pero las únicas explicaciones que se elaboran son de carácter técnico.
2/2015	Primera etapa de funcionamiento de VIGISAS.	Cuando el sistema se encuentre funcionando (“en breve”), los países designarán responsables para que envíen la información requerida. No se brindan criterios o categorías para que la información se produzca o adecue según el consenso regional.
2016	Reuniones sin registros documentales.	Reuniones sin registros documentales.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la revisión documental.

Puede surgir como una duda pertinente cuál es el modo de financiamiento de estas iniciativas, de tal manera de pensar si esto pudo incidir en su desarrollo. De acuerdo con el análisis documental realizado, en ninguna de las actas o anexos se hace referencia específica a los fondos con los cuales se elabora e implementa el VIGISAS, ni se explicita un presupuesto anual para acciones, aunque pueden encontrarse algunos datos que hacen alusión a un financiamiento mixto. En este sentido, el pedido de enlaces nacionales que coordinen la carga de datos en la plataforma parecería costearse con fondos propios de cada país. De acuerdo con la Res. 18/11 del GMC, el mantenimiento del sistema en su totalidad se reparte entre el Núcleo de Operacionalización y Articulación de Sistemas de Información y Comunicación en Salud (NUSICS) en lo que respecta a la programación y reparación de funciones del VIGISAS, mientras que la gestión de la información (recopilación, sistematización, difusión, etc.) estaría a cargo de la coordinación nacional de la COVIGSAL, ejercida de acuerdo con la presidencia pro témpore del Mercosur —lo que indica un recambio periódico. Esto sugiere que dichas tareas se incluyen en la financiación que cada uno de esos espacios tiene por parte del Mercosur, aunque tampoco se aclara nada al respecto. Finalmente, en el plan de sustentabilidad para el VIGISAS elaborado hacia el final del periodo, se estima que el gasto para la contratación de gestores y el desarrollo de tareas previstas será de 4 mil dólares mensuales, por un lapso mínimo de 9 meses, y

ese financiamiento se realizará vía la Secretaría General del Mercosur, sin especificar el origen de los fondos. Se considera que la falta de explicitación de acuerdos sobre financiamiento y su origen, así como la inexistencia —por lo menos en las actas— de compromisos de rendición de gastos con plazos estipulados, pudieron haber coadyuvado a la situación descrita.

El año 2015 ofrece un panorama que acentúa las tendencias de los lapsos anteriores hasta la postergación: tanto el grado de cumplimiento de metas del 2014 como las actividades propuestas para el año siguiente son idénticos a las del año 2013. De esos informes surge que el VIGISAS se encuentra “en desarrollo” —utilizado ya como un eufemismo— y, en consecuencia, una de las apuestas más importantes en términos de políticas regionales de información en salud se encontraba, luego de siete años, en una fase de concreción incipiente o suspendida.

La enseñanza del VIGISAS: el riesgo de que una política se trate de manera “no política”

El seguimiento de la trayectoria del VIGISAS permite dar cuenta de la existencia de una importante iniciativa para construir una política regional de información y vigilancia para la salud, lo que implica un potencial transformador en la manera de fortalecer las líneas de trabajo en salud pública en el Cono Sur. Pese a esta gran oportunidad de articular planeamientos de salud, se observan compromisos débiles y responsabilidades fragmentarias en la concreción de los pasos necesarios para consolidar paulatinamente esta meta, lo que evidencia la constitución de resistencias y pasividades que revelan la falta de una planificación del “gobierno” asumido por el Comité Gestor, lo que incide en la gobernabilidad del proyecto y en la actitud de los actores involucrados en la política. Estas falencias, lejos de analizarse y reverse, se reemplazan por la preeminencia de la técnica. Sin embargo, la opción tecnocrática se muestra insuficiente e ineficaz en términos de construir acuerdos y convocar responsabilidades, porque éstos no se vinculan con errores técnicos o tecnológicos sino con el diseño de la política y en la construcción de consensos. Las distancias entre vigilancia para la salud y vigilancia epidemiológica son eludidas en la implementación del VIGISAS, entendido como un esquema de información compartida que debería tener una finalidad más amplia que la de la “sala de situación” respecto de enfermedades que figuran en la agenda de varios países. De manera ampliada, la vigilancia en salud permitiría contextualizar esos datos epidemiológicos para elaborar diagnósticos complejos de salud y tomar decisiones que excedan la dimensión técnica y permitan construir explicaciones políticas y

sanitarias más profundas, donde no sólo se encuentren las expresiones observables de los fenómenos sino también las explicaciones que puedan dar cuenta de su lógica estructural (Breihl, 1998). En un segundo lugar, los debates en las sucesivas reuniones reducen el inmenso potencial del VIGISAS y le construyen limitaciones conceptuales, las que surgen cuando se lo empieza a considerar un software o una herramienta, así también cuando no se observa la presencia de debates o consensos sobre producción de información y/o modelos de comunicación para la salud que se encuentran en la base de su puesta en funcionamiento.

La elusión de las dimensiones políticas e interaccionales de este proceso constituye una ausencia significativa con efectos concretos en las instancias simultáneas de formulación e implementación del sistema, etapas que suelen superponerse en la realización de una política y que deben ser sometidas a reflexión y revisión de manera simultánea (Matus, 2007). De hecho, es muy posible que las dificultades que enfrenten los equipos de los países para utilizar el sistema no solamente sean tecnológicas, sino que también permanezcan debates sin saldar respecto de cuáles datos deben ser cargados, por qué, de qué manera y cómo articular los distintos aportes nacionales en función de un acervo integrado, con el fin de que la producción de información permita evaluar el grado de cumplimiento de derechos humanos (en este caso a la salud) en el marco de formulación de una política pública regional.

UNASUR: de la persistencia en la iniciativa a los intentos en la acción

Tal vez aprendiendo de la experiencia histórica del Mercosur, y también porque muchos funcionarios participaron en las discusiones por el VIGISAS-Mercosur y en los espacios de epidemiología propios de Unasur—como es el caso de Paraguay—, es que el bloque regional creado en el 2008 implementó otro tipo de enfoque de trabajo. Asimismo, en las decisiones que subyacen a la formulación de políticas como el Plan Quinquenal Unasur Salud (PQ, 2010-2015) y la conformación de redes y grupos técnicos, se observa una transformación tanto del discurso como de la operatividad de estos espacios, que aun sin lograr un ritmo constante de reunión ni de documentación, plantean su funcionamiento con algo más de dinamismo y adecuación con la agenda sanitaria regional.

La multiplicidad de espacios promisorios y la fragmentación que conllevan cuando no se gestionan de manera coordinada es, también, lo que mostró que desde la producción de

información el primer obstáculo es que no se cuenta con los registros de todas las reuniones, y que hay años donde no consta documentación sobre los debates. Eso obedece, en algunos casos, que no hubo reuniones —lo cual refuerza la impresión de dinamismo inicial e inconstancia posterior— y, en otros, que no pueden hallarse los anexos a los que la discusión referida en las actas hace referencia. Entonces, para realizar cuadros de síntesis como los de la sección anterior, fue preciso recorrer diferentes órganos de Unasur Salud, así como seguir las transformaciones de denominación que el grupo técnico de epidemiología iba adoptando.

Cuadro 8. Iniciativas en producción regional de información epidemiológica – UNASUR Salud (2009)		
Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
I Reunión de Escudo Epidemiológico (2009)	Este grupo técnico resulta encargado de la integración de los sistemas de información sobre vigilancia epidemiológica en el nivel latinoamericano, articulando con Mercosur (VIGISAS) y también con el ORASCONHU (VIGICONHU).	Como parte del objetivo general del grupo, se propone elaborar una propuesta preliminar de política suramericana de vigilancia y respuesta a la reunión ordinaria del SGT 11 (Salud) del Mercosur ¹¹ .
II Reunión de Escudo Epidemiológico (2009 ó 2010)	Sin registros disponibles.	Sin registros disponibles.

Fuente: elaboración propia sobre la base del análisis documental.

Del seguimiento a la temática de producción integrada de información epidemiológica, puede advertirse que este eje de trabajo constituye una inquietud de Unasur Salud desde su inicio. Y, también, el peso discursivo de las denominaciones constituyó un foco de atención para el grupo técnico encargado de los abordajes epidemiológicos. Una muestra de estas consideraciones lo tiene el hecho de que, en la primera reunión del Escudo Epidemiológico (2009), sus participantes acordaron que el término “escudo” no representaba las intenciones de integración en salud que se encontraban detrás de la formación del grupo técnico. En consecuencia, dejaron a un lado esa denominación más defensiva y escogieron llamarse Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta (RSVR).

¹¹ No obstante, en las actas de reunión del SGT 11 – Mercosur no figuran referencias a esta propuesta.

En el plano específicamente epidemiológico, la Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta de Unasur constituyó el resultado de tres eventos: la creación del Consejo de Salud Suramericano, el inicio de las reuniones de mandatarios en el marco de Unasur y la meta de elaboración del Plan Quinquenal 2010-2015 —que será tratado en este capítulo—, tal como señala un informe del Instituto Suramericano para la Gobernanza en Salud (ISAGS) de Unasur (Hage Carmo et. al., 2015)¹².

Cuadro 9. Iniciativas en producción regional de información epidemiológica – UNASUR Salud (2010)

Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
Reunión RSVR – Red Dengue (octubre 2010)	Se establece formalmente la Red Dengue, uno de cuyos objetivos es “integrar información estratégica sobre dengue en la región”. El indicador esperado para este objetivo es que el 100% de los países de UNASUR compartan dicha información.	Actividades previstas para alcanzar el indicador: fortalecer al VIGISAS como sistema de información sobre dengue; organizar una reunión con OPS para armonizar estrategias de vigilancia; armar un documento técnico sobre dengue; trabajar con los equipos de comunicación de riesgos.
III Reunión de RSVR (diciembre 2010)	Se constituye una Red de Dengue, para la cual es preciso que cada país designe un grupo focal. Se explicita que para que la recopilación de las estrategias de vigilancia y respuesta pueda avanzar, se requiere de la formación de subgrupos técnicos.	Establecer un link desde UNASUR para acceder a la plataforma de VIGISAS. Trasladar la coordinación desde la COVIGSAL (Mercosur) a la RSVR en cuanto el VIGISAS empiece a funcionar ¹³ .

Fuente: elaboración propia sobre la base del análisis documental.

En el 2010 se termina de elaborar el Plan Quinquenal (PQ) 2010-2015, cuyos ejes fueron elaborados por los distintos grupos técnicos, entre ellos el Escudo Epidemiológico —llamado luego por su nombre elegido (RSVR)—. Es importante señalar la difusión del Plan porque a partir de su existencia, la labor de la RSVR se orienta en función de los objetivos fijados en dicho documento. El PQ identifica “trazadores estratégicos” que atraviesan los ejes de trabajo, entre los

12 Dicho artículo fue elaborado por funcionarios de los Ministerios de Salud de los países miembros, que a la vez fueron participantes activos de las iniciativas de la RSVR porque oficiaban como representantes por cada uno de los Estados. Este trabajo, casi único en su temática, recorre la labor de este grupo de trabajo sobre epidemiología en la Unasur con el fin de hacer un balance hasta el año 2012 en el que se elabora el texto y establece como uno de los desafíos más claros el de articular sistemas de información a partir del funcionamiento del VIGISAS.

13 Estas propuestas tampoco se encuentran en las discusiones simultáneas sobre el VIGISAS que se dan en el ámbito del Mercosur.

que la producción de información tiene un lugar. En principio, se afirma la necesidad de construir indicadores y protocolos comunes para la región, de tal manera de elaborar un lenguaje común que facilite la comunicación regional. En ese sentido puede entenderse el trazador que indica la articulación de redes de trabajo y desarrollo institucional, para intercambiar experiencias y fortalecer el conocimiento de los países en temas de salud. Finalmente, en el plano específico de la difusión, se establece un trazador de “información y comunicación” del que se afirma que es preciso diseñar mecanismos que permitan la difusión de avances sobre integración en salud.

En el PQ se encuentra el plan operativo de la RSVR. En el contexto del objetivo estratégico de crear efectivamente la Red, dos resultados esperados se vinculan con la producción integrada de información epidemiológica: por un lado, un “Sistema de Información para notificación de enfermedades priorizadas en la región implementado con representatividad del nivel nacional y sub nacional (VIGISAS/RAVE)” y, por el otro, que la información estratégica recopilada e integrada según el primer resultado se emplee también para el funcionamiento de la Red Dengue-Unasur¹⁴.

En la III Reunión de la RSVR (diciembre de 2010, Quito), confluyeron los representantes de la RSVR y miembros del IX Foro Andino de Vigilancia y Respuesta¹⁵. En esta reunión se plantea nuevamente la articulación con el sistema de información del Mercosur y se lo describe tratando de contemplar sin crítica las circunstancias problemáticas que, para ese momento, atraviesa el VIGISAS: “El VIGISAS es un sistema *on line* con seguridad de acceso restringido, con una plataforma amigable y permite compartir información entre países y niveles subnacionales (...) Hasta el momento la administración del sistema la realiza Brasil a través del Núcleo de Articulación de Sistemas de Información y Comunicación de Salud (NUSICS). Actualmente el software está en proceso de desarrollo y fortalecimiento de su estructura dinámica. Además se ha iniciado la implementación en los Países Miembros de UNASUR”.

¹⁴ La creación de la Red Dengue surge de la Resolución de Unasur 3/2009 que estableció que, en el marco del PQ, se debía diseñar un Plan de Dengue para el mismo periodo, gestionado por el entonces llamado Escudo Epidemiológico. Esa decisión se fundamentaba en la necesidad de profundizar el camino señalado por la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) Mercosur, compartiendo experiencias que permitan socializar el conocimiento y la investigación, así como fortalecer las estrategias de control: “Es necesario la elaboración de un Plan construido colectivamente, que sea parte de propuestas de políticas públicas, que permitan priorizar y canalizar recursos a nivel suramericano, y que consolide los esfuerzos ya existentes de los países americanos y los organismos de cooperación, y que de valor agregado a lo que existe”.

¹⁵ La información disponible sobre la reunión se encuentra exclusivamente en el acta, dado que los anexos no fueron publicados, y por lo tanto su contenido puede deducirse de las escasas referencias en el documento obtenido.

A partir de esa breve explicación, se observa que la expectativa por el VIGISAS se mantiene, aunque sea difícil identificar los obstáculos que encuentra el sistema para ponerse en pleno funcionamiento. Si bien no se exponen argumentos que expliquen la decisión de trasladar la coordinación del VIGISAS a UNASUR, puede advertirse que el interés por esta política de información es muy elevado, dado que se plantea utilizar esta plataforma para compartir el listado de ENO de los países de UNASUR y toda información relevante de la Red Dengue.

Cuadro 10. Iniciativas en producción regional de información epidemiológica – UNASUR Salud (2011)

Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
IV Reunión RSVR (junio 2011)	El tema central de la reunión fue el examen de implementación del RSI ante la OPS.	En lo que respecta a sistemas de información, y para las notificaciones relacionadas con el RSI, se plantea como una dificultad de importancia la migración de datos sin evaluar la compatibilidad de contenido (no de software) entre los registros del Mercosur y los de la OPS.
V Reunión RSVR (agosto 2011)	A partir de la solicitud de extensión del plazo para la entrega de los informes respecto de la implementación del RSI ante la OPS, surgen inquietudes fuertes entre los integrantes del grupo: a) cómo van a migrar los datos del Mercosur a la herramienta propuesta por la OPS; b) cuál va a ser la herramienta de la OPS que será utilizada para recabar la información; c) cómo se va a reflejar que hay modos de recolección de la información que no se corresponden con los escenarios latinoamericanos; d) cómo van a conciliar contradicciones entre las directivas de la OPS en el RSI y otras directivas del mismo organismo en otros documentos.	Finalizar examen de implementación del RSI ante la OPS.

Fuente: elaboración propia sobre la base del análisis documental.

Las reuniones de la RSVR en el 2011 se centran en el cumplimiento de un compromiso ante la OPS: redactar un informe de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). En consecuencia, este año sale del foco la importante iniciativa de generar una red de información integrada que permita la construcción de indicadores comunes y un acervo de datos

fructífero para elaborar diagnósticos. No obstante, la importancia estratégica de la información subsiste en los debates como una línea de discusión relevante, tal como lo muestran las inquietudes respecto de cómo el sistema de registro propuesto por OPS podrá efectivamente tomar en consideración las especificidades de los países y sus contextos.

En la segunda reunión del 2011, se anunció la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), órgano dentro de UNASUR que nuclea las acciones en materia de salud, además de llevar a cabo la documentación de la labor de los grupos técnicos y las redes, generar instancias de capacitación y consolidar su posición como un actor regional que incide en la formación de las agendas del bloque y las nacionales. El ISAGS cuenta con un Consejo Consultivo, creado mediante la resolución 02/2011 de UNASUR; se trata de un órgano de funcionamiento permanente que acompaña al ISAGS en el diseño de políticas institucionales y en la toma de decisiones. Como está compuesto los coordinadores titulares de los grupos técnicos y de las redes, al observarse la ausencia de reuniones registradas durante los años 2012 y 2013, se recurrió a las actas de reunión del CC para indagar el curso de las discusiones, y también la consistencia de los intentos de articulación en materia de información para la salud.

Cuadro 12. Iniciativas en producción regional de información epidemiológica – UNASUR Salud (2013-2014)

Encuentro	Iniciativas – Temas tratados	Tareas previstas
III Reunión del Consejo Consultivo ISAGS (marzo, 2013)	Referencia a la necesidad de articular grupos técnicos y redes para evitar la fragmentación y la superposición de acciones.	Se propuso un “análisis de gobernanza” de los GT y las Redes —donde éstos mismos serían consultados—, para elevar las conclusiones al Consejo de Salud Suramericano a través del ISAGS.
IV Reunión del Consejo Consultivo ISAGS (marzo, 2013)	Se plantearon perspectivas críticas respecto de las acciones en información y comunicación en el marco del ISAGS, porque ello también incidía en su posicionamiento en el escenario regional. El instituto debería tener un rol de análisis crítico en la construcción de las agendas globales, así como ayudar a que los países se reúnan y construyan posiciones comunes frente a dichas agendas.	Se reforzó la necesidad de que los grupos técnicos se apropien de las herramientas de comunicación disponibles y articulen con mayor frecuencia con el Centro de Comunicación e Información (CCI) de UNASUR.
VI Reunión del Grupo de Vigilancia,	Tema central: estrategias para la prevención de la chikungunya. En ese contexto, uno de los ejes tratados fue el de la elaboración de	Fortalecimiento de la producción

Alerta y información adecuada para la comunicación de Respuesta riesgos. (agosto, 2014)	para estrategias de comunicación sobre la chikungunya en los diferentes públicos (sociedad, responsables políticos, equipos de salud, etc.). Solicitud ante Mercosur de un informe sobre el estado del VIGISAS.
---	--

Fuente: elaboración propia sobre la base del análisis documental.

En estas fuentes, también se observa cómo la intensidad de los esfuerzos y la relevancia de las propuestas llegan a atenuarse por los largos periodos sin reuniones, así como por la fragmentariedad de las discusiones. Dicha fragmentación que repercute negativamente en la incidencia se observa en la evaluación que hace el Consejo Consultivo en su reunión de 2013, donde señala la necesidad de articular grupos técnicos y redes para evitar la fragmentación y la superposición de acciones. De allí surge la propuesta de un “análisis de gobernanza” (cuadro N°2), y de ese balance también pueden extraerse explicaciones respecto del carácter esporádico e irregular de las reuniones, así como de cierta inconstancia en los tópicos de los debates.

RSVR: la necesidad de repensar la planificación desde las posiciones institucionales

Al igual que sucedió con el estudio de caso de Mercosur, los debates e iniciativas en materia de producción de información en salud en UNASUR —y específicamente en la RSVR— son considerados como una experiencia de política pública, entendida como la expresión de un comportamiento propositivo orientado a objetivos, donde la acción reviste un sentido pero también lo posee la inacción, puesto que ésta surge en determinadas circunstancias como la mejor alternativa frente a una cuestión de la agenda de gobierno (Aguilar Villanueva, 1996). Siguiendo esto, la noción de interacción social como proceso que define la realización de una política (Wildavsky, 1993; Lindblom, 1991), tanto como la de un juego social donde todos los actores involucrados actúan según sus intereses y objetivos sectoriales, tiene relevancia para este análisis (Matus 2008 op. cit.; Pallares, 1988; Subirats, 1993). Y es justamente esta dimensión transaccional, propia de la dinámica de los actores institucionales que participan en la Red, la que requiere más observación a la hora de analizar el desarrollo de la Red y las variaciones de incidencia e implementación de sus importantes propuestas.

En las discusiones suscitadas en las reuniones de la RSVR puede observarse la tensión entre el dinamismo manifestado al inicio de las acciones y el descenso de la intensidad puesta en estos espacios, lo que conspira no sólo con las buenas ideas que acompañan su formación, sino también con la posibilidad de implementar políticas regionales en epidemiología donde la articulación de la producción de información fortalezca el acceso al derecho a la salud. Tal como señalan Garrón, Farías, Giler y Rojas Matos (2012) en un informe específico sobre el estado de implementación del PQ, los diferentes espacios que abordan la salud desde los bloques regionales tienen un objetivo de integración y equipos de trabajo similares entre sí, pero no trabajan en coordinación: “La necesidad de una agenda homogénea entre los países de Suramérica, ha sido una constante en las decisiones de los Estados Miembros, que no presenta mayores avances. Las tensiones diplomáticas como una constante en el tiempo, en la región suramericana podrían haber sido uno de las causantes para que la misma no se concrete, sumado a interés y agendas propias en cada país” (Garrón, Farías, Giller y Matos Rojas, 2012: 3).

Con este antecedente puede explicarse entonces la indicación que surge en la reunión del Consejo Consultivo del 2014, respecto del rol del ISAGS en la agenda regional, pero también se incluyen discusiones respecto de la necesidad de que los grupos y las redes se contacten con el Centro de Información y Comunicación de Unasur para facilitar su funcionamiento. Puede advertirse que esta indicación se refiere a la alternativa de realizar reuniones virtuales para acrecentar la frecuencia de encuentros y el cumplimiento de los objetivos —esto en relación con la fragmentación y la superposición destacada el año anterior. No obstante, dado que los representantes del Consejo son los coordinadores de las redes y los grupos técnicos, esta recomendación es prácticamente autorreferencial y requiere de una respuesta práctica en los espacios donde dichos representantes se desempeñan —por ejemplo, la RSVR. Esta situación donde todas las recomendaciones remiten prácticamente a quienes las están formulando —como si el nombre del espacio desdoblara a las personas que lo integran— hace pensar en la apreciación de Sanahuja (2010) cuando afirma que existen entramados institucionales donde la forma pesa más que la función, y de todas maneras existe una renuencia a construir en términos de obligaciones y compromisos lo pactado en esas reuniones —puesto que la responsabilidad número 1 es la de asistir y promover la realización de las reuniones de trabajo—. Allí se advierte lo que el autor denomina “regionalismo liviano”, donde los consensos no son necesariamente

vinculantes para las partes que los formulan y siempre pasan por el tamiz de las agendas nacionales y de sus particulares circunstancias políticas” (Sanahuja, 2010).

Durante el 2012 y el 2013 no se registran encuentros de la RSVR, y presumiblemente no han existido, pues la VI reunión data del 2014. En dicha ocasión, la Red se ha renombrado como “Grupo Técnico de Vigilancia, Alerta y Respuesta” (GTVAyR), y uno de los temas centrales tratados consistió en las estrategias a seguir para la prevención de la chikungunya. En ese contexto, uno de los ejes tratados fue el de la información, a través de dos propuestas: a) profundizar las acciones de comunicación de riesgos en todos los grupos de recepción (sociedad, responsables políticos, equipos de salud, etc); por el otro, se le solicita a la OPS que “invierta” en la difusión de información en el nivel regional, que permita compartir las experiencias, estrategias, datos y todo tipo de contenido útil para diseñar una prevención transnacional frente a esta enfermedad¹⁶.

La reunión del GTVAyR del 2014 es la última de la que se tiene registro documental, pero a pesar de la ausencia de actas más recientes, el seguimiento dado a las discusiones de este espacio de Unasur permite observar la volatilidad de los temas de agenda, sujetos a las modificaciones dadas por las problemáticas sanitarias urgentes, pero también por el cumplimiento de acuerdos con otros organismos internacionales como la OPS. Este tipo de requerimientos, si bien son cotidianos en el marco de convenios de articulación, demandan un esfuerzo intenso y una dedicación en el tiempo que necesariamente se resta para otros objetivos más orgánicos de la red. Estas metas propias de estos espacios, de continuarse en el tiempo y en la intensidad de su iniciativa, podrían trascender las acciones de re-sistematización de datos recabados de manera casi automática, para avanzar en debates estructurales respecto del tipo de información que un Estado y un bloque regional necesitan para proteger y promover el derecho a la salud de sus sociedades. Las propuestas epidemiológicas condensadas en políticas regionales, dado que necesitan de un sistema de información dinámico y completo para actuar con eficiencia,

¹⁶ En segunda instancia, la importancia otorgada a la información se evidencia en la exposición de un centro de monitoreo en Brasil que se orientó a la vigilancia epidemiológica durante el Mundial de Fútbol realizado en dicho país. La producción de información específica y el diseño de canales de comunicación más dinámicos para difundirla fue la causa, según el relato del acta, de una ausencia de emergencias durante el periodo de funcionamiento del centro de monitoreo. Por lo que la referencia a esta práctica exitosa por parte de Brasil reafirma la importancia de la producción, elección de contenidos y discusión sobre la información que realmente se necesita para la vigilancia en salud.

representan un excelente ejemplo para reflexionar sobre estas aristas del acceso a la salud y su información adecuada desde una perspectiva de derechos humanos.

Conclusiones “en movimiento”: la importancia estratégica de la información desde los derechos humanos

Tanto el Mercosur como la Unasur son —aun con sus circunstancias particulares y los obstáculos en el nivel nacional y regional que afectan su funcionamiento— espacios dinámicos de constante cambio, a partir de los representantes que desarrollan sus órganos de trabajo, de los temas que se vuelven comisiones, redes o grupos, del panorama de cada uno de los países y de la escena internacional en sus múltiples escalas. En consecuencia, tanto la estructura institucional como el ritmo de las reuniones y el tipo de iniciativas denotan también el pulso de los acontecimientos sociopolíticos y el posicionamiento particular de cada funcionario de acuerdo con la gestión nacional desarrollada. Ello suele redundar en la subordinación de temas centrales de agenda regional y por país —como es el caso de sistemas de información y redes de intercambio de conocimiento sanitario—, y así las construcciones de políticas integradas y constantes en el tiempo afrontan de manera negativa el vaivén de circunstancias externas que lentifican o detienen su desarrollo. Cuando ello sucede, el modo de trabajo se vuelve fragmentario, espasmódico, superpuesto y sin conexión respecto de experiencias anteriores o simultáneas, lo que impide la prevención de obstáculos ya encontrados y la elaboración de nuevas estrategias viables de salida frente a dichos problemas. El caso de la producción de información epidemiológica desde una perspectiva de derecho a la salud, a través de las dos iniciativas regionales analizadas, constituye un caso paradigmático de estos procesos.

En ese contexto, el seguimiento del VIGISAS y de las iniciativas en producción de información desarrolladas desde la RSVR —tal es su nombre más duradero— muestran también la relevancia de repensar estrategias de elaboración de datos que actualicen las caracterizaciones y las necesidades de los escenarios latinoamericanos en materia de derecho a la salud. Porque sin un cúmulo de información adecuada para leer los procesos de salud-enfermedad desde un enfoque de derechos, no es posible formular políticas públicas que lean en esa clave los diagnósticos y formulen líneas de acción en concordancia. Ni, en un plano regional, articular esos

datos contruidos en pos de estrategias abarcadoras sobre cuestiones comunes de las agendas sanitarias.

Las características de las discusiones en Mercosur y en Unasur permite ver que los espacios sobre epidemiología, en estos foros, plantean la relevancia de un abordaje regional de política epidemiológica y vigilancia para la salud. En el marco de estas aseveraciones, resulta importante y urgente recuperar la especificidad, las interpretaciones y la amplitud de planificaciones que brinda la construcción de un sistema de información sobre la base de un enfoque de vigilancia para la salud —y no sólo de una vigilancia epidemiológica que detecta alertas de salud sin contextualizar sus causas y sus consecuencias—. Esta tarea representa un objetivo prioritario para reconectar las políticas de salud en el área de la epidemiología con una perspectiva de derecho a la salud como un derecho humano. Porque las explicaciones contextualizadas que son posibles desde la vigilancia para la salud son las únicas que pueden enlazar las urgencias expresadas por la vigilancia epidemiológica en un escenario de desigualdades estructurales, de juegos sociales complejos y de políticas heterogéneas en territorios diversos.

La experiencia del VIGISAS como sistema de información tanto para Mercosur como para Unasur constituye una iniciativa promisoriosa y necesaria que cubriría gran parte de las demandas que, desde la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica —así también desde la gestión en salud institucional/estatal—, se orientan a demandar una información más adecuada para los procesos sociales, políticos y económicos que inciden vertiginosamente en el estado de salud de los pueblos. De allí que recuperar el valor potencial de esta política de salud para la región resulta una premisa fundamental antes de avanzar en una crítica analítica de sus resultados parciales, a ocho años de su inicio.

Sin embargo, y justamente por la pertinencia de la iniciativa, es que el análisis del proceso y los intentos de puesta en funcionamiento del VIGISAS permiten extraer lecciones aún no aprendidas por el mismo sistema, pero que resultan imprescindibles no sólo para que este esquema inicie una fase concreta de implementación, sino también para construir una experiencia ejemplificadora para otras políticas similares como las planteadas en los espacios de Unasur Salud. La preeminencia del conocimiento y la performance técnica no fue suficiente en ningún momento del periodo para explicar los inconvenientes que encontraba el VIGISAS año tras año. Tampoco fue la vía adecuada para elaborar un consenso entre los actores participantes, ni para

identificar los motivos subyacentes a las demoras e interrupciones. En consecuencia, un abordaje político hubiera permitido contextualizar esas alternativas técnicas en un contexto de actores estatales que definen, desvían o incorporan nuevos tramos en el trayecto de implementación de un sistema de información en salud cuya importancia, en principio, parecería ser acordada por todos —aunque también éste pueda ser un punto de discusión en otro análisis.

A partir del análisis de las dinámicas particulares, pero con resultados similares, que se encuentran en ambos espacios, resulta necesario replantear el tipo de información epidemiológica que se considera necesaria o central para elaborar políticas de salud en la región, puesto que el dato construido contiene en sus premisas la “hoja de ruta” de los diagnósticos, así como brinda pistas de los contenidos faltantes cuando, pese a las múltiples estrategias ensayadas, una enfermedad de notificación obligatoria prevalece en la región. Y en este sentido no resulta un acto mecánico el de aportar datos para construir un sistema integrado, sino que debe formularse el debate sobre cuáles son las informaciones adecuadas para elaborar una agenda sanitaria común en contextos institucionales como el Mercosur, sobre todo cuando está en juego la vigencia de una propuesta como el VIGISAS y la posibilidad de articular esfuerzos en pos de una política de salud regional que trabaje sobre enfermedades compartidas por las agendas nacionales.

Bibliografía

Abramovich, V. (2012). Los derechos humanos en el marco del proceso de integración regional en el Cono Sur. Sobre la creación del Instituto de políticas en derechos humanos del Mercosur. *Derecho Público* 1(2), pp. 185-206.

Aguilar Villanueva, L. (1996). *La hechura de las políticas*. México DF, México: Grupo Porrúa Editor.

Berdasquera Corcho, D. (2002). La vigilancia en salud. Elementos básicos que debe conocer el médico de familia. *Rev. Cubana Med. Gen. Integ.* 18(1), pp. 76-81.

Breihl, J. (1998). La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileña de Epidemiología* 1(3), pp. 207-233.

Breihl, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(4), pp. 937-951.

Breilh, J. (2009). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* 6(1), pp. 83-101.

Buck, C., Llopis, A., Nájera, E. y Terris, M. (1994). *El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.

Castro Quiroz, J. A. (2012) El proceso de integración en salud y la experiencia de Unasur Salud. En *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*. La Habana, Cuba: Cuba Salud.

Chaves García. C. A. (2010). La inserción internacional de Sudamérica: la apuesta por la Unasur. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales*, N° 38, septiembre, pp 29-40.

Chuit, R. (2001). Vigilancia epidemiológica o vigilancia de salud. *Boletín de la Asociación Nacional de Medicina*, 79 (2), pp. 291-300.

Ferraro, D. (2013). *Políticas e iniciativas en MERCOSUR en el ámbito de la Integración Fronteriza*. El Salvador: SELA.

Fleury, S. (2002). El desafío de la gestión de redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 12-13, pp. 221-247.

Garrón, K., Faria, M., Giler, G. y Mattos, M. (2012) Análisis del proceso de elaboración, implementación y estado de situación actual del Plan Quinquenal 2010-2015 del Consejo de Salud Suramericano-UNASUR. En *Actas de Convención Internacional de Salud "Cuba Salud"*. Recuperado de: <http://actasdecongreso.sld.cu/index.php?P=GoTo&ID=1317&MF=4>

Gomes Saravia, M. (2012). Procesos de integración de América del Sur y el papel de Brasil: los casos del Mercosur y la Unasur. *Revista CIDOB d'afers internacionals*, 97-98, pp. 87-100.

Gottero, L. (2015). Indicadores de derechos humanos en políticas públicas contra el dengue en Argentina: un desafío pendiente. *Población y salud en Mesoamérica*, 13 (2), pp. 1-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.22163>

Gottero, L. (2014). Indicadores de derechos humanos en políticas contra el dengue. Propuesta para incorporar un enfoque de derecho a la salud en las estrategias epidemiológicas en Paraguay. *Revista Paraguay desde las Ciencias Sociales*, N° 5, pp. 36-62.

Hage Carmo, E., Beingolea More, L. F., Gagliano González, G., Salomón, R. R., Castro Gualano, M. y Antman, J. G. (2012) Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud: creación, agenda y desafíos. En *Vigilancia en Salud en Suramérica*. Quito, Ecuador: UNASUR Salud.

Herrero, M. B. (2014). El surgimiento de una nueva diplomacia regional en salud en tiempos posteriores al neoliberalismo: el caso de UNASUR Salud. *Revista del Centro Andino de Estudios Internacionales*, 14, pp. 223-252

Klijn, T. (1998). Redes de políticas públicas: una visión general. En Kickert, W. J. M. y Kopp J. F. (Eds.) *Managing Complex Networks*. Londres, Inglaterra: SAGE.

Lindblom, C. (1991). *El proceso de elaboración de políticas públicas*. México DF, México: Miguel Ángel Porrúa Editor.

Martínez Navarro J. F. (2000). De la información a la acción: la vigilancia de la salud pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, 74, pp. 81-85.

Matus, C. (2007). *Política, planificación y gobierno*. Caracas, Venezuela: Fundación Altadir.

Matus, C. (2007b). *Los tres cinturones del gobierno*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de La Matanza - CiGob – Fundación Altadir.

Matus, C. (2008). *Teoría del juego social*. Lanús, Argentina: Ediciones de la UNLa.

Matus, C. (2014). *Adiós Señor Presidente*. Lanús, Argentina: Ediciones de la UNLa.

Montesano-Castellanos, R. y Ruiz-Matus, C. (1995). Vigilancia epidemiológica del dengue en México. *Salud Pública Mex.* 37supl, pp. 64-76.

Nunes, E. D. (2014). Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colectiva* 10(1): 57-65.

Pallares, F. (1988) Las políticas públicas: el sistema político en acción. *Revista de Estudios Políticos (Nueva Época)*, 62, pp. 141-162.

Riggirozzi, P. (2015). UNASUR: construcción de una diplomacia regional en materia de salud a través de políticas sociales. *Estudios Internacionales*, 181, pp. 29-51.

Samaja, J. (2003). Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana”). *Revista Brasileña de Epidemiología*, 6(2), pp. 105-120.

Sanahuja, J. A. (2012) Regionalismo post-liberal y multilateralismo en Sudamérica: El caso de UNASUR. En Serbin, A., Martínez, L. y Ramanzini Jr., H. (Eds.) *El regionalismo “post-liberal” en*

América Latina y el Caribe: Nuevos actores, nuevos temas, nuevos desafíos. Buenos Aires, Argentina: CRIES.

Sanahuja, J. A. (2010) La construcción de una región: Suramérica y el regionalismo posliberal. En Cienfuegos, M. y Sanahuja, J. A. (Eds.) *Una región en construcción. Unasur y la integración en América del sur.* Barcelona, España: CIDOB.

Sanchez, D. (2007). Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del Mercosur en salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 sup 2, pp. S155-S163.

Sepúlveda, J., López Cervantes, M., Frenk, J., Gómez de León, J., Lezana-Fernandez M. A. y Santos-Burgos, C. Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años noventa. *Salud Pública Mex* 36, pp. 70-82.

Subirats, J. (1993). Análisis de políticas y gestión pública: promesas y riesgos de una vida en común. *Ekonomiaz* 26, pp. 144-150.

Valencia R., Román E., García-León F. J. y Guillén, J. (2003). Sistemas de alerta: una prioridad en vigilancia epidemiológica. *Gaceta Sanitaria* 17(6), pp. 520-522.

Velásquez, A. y Cabezas, C. (2009). Nuevos desafíos para los Institutos Nacionales de Salud de América del Sur: la globalización, las reformas sanitarias y la cooperación sur-sur. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública*, 26(4), pp. 419-21.

Wildavsky, A. (1993). ¿Qué necesita saber el manager público? Una formación para la gestión pública. *Ekonomiaz*, 26, pp. 120-130.

Zurbriggen, C. (2004). Redes, actores e instituciones. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 30, pp. 3-16.