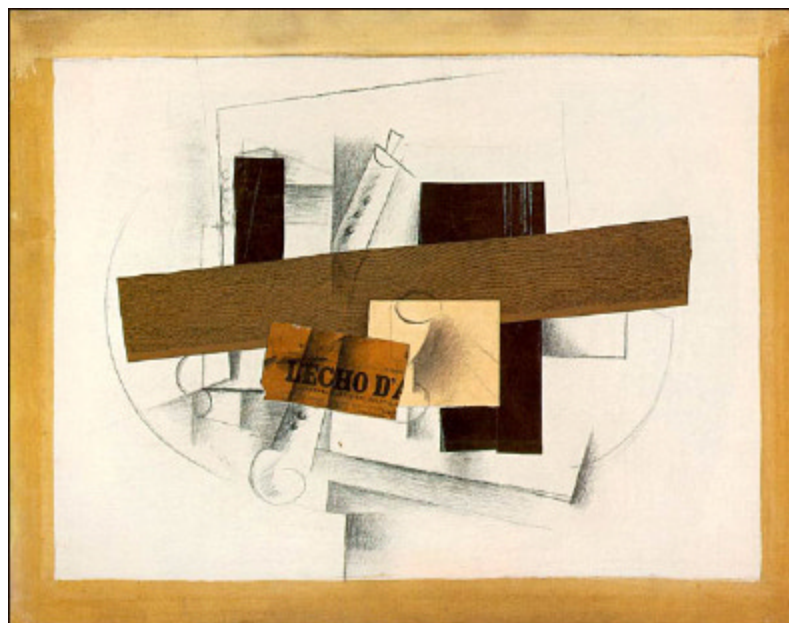




RUMBO A LAS POLÍTICAS REGIONALES DE SALUD

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA INCORPORACIÓN
DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)
EN LOS DERECHOS NACIONALES Y COMUNITARIOS

SÃO PAULO, BRAZIL
ENERO DE 2008



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
(OPS/OMS)



CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES
EN DERECHO SANITARIO
CEPEDISA (USP)

1. Introducción	1
2. Incorporación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los ordenamientos jurídicos nacionales.....	3
2.1. Fuerza vinculante de las normas internacionales.....	3
2.2. Naturaleza del proceso de incorporación de las normas internacionales a los ordenamientos jurídicos nacionales	3
2.3. Aplicabilidad inmediata de algunas normas internacionales	4
2.4. Aplicabilidad inmediata del Reglamento Sanitario Internacional (2005).....	5
2.5. Riesgos de la Aprobación Parlamentaria Interna.....	6
2.6. Diferencia entre la incorporación y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional	7
3. Marco regulatorio de las políticas regionales en América Latina	9
3.1. Ámbito multilateral	9
3.2. Dilemas del ámbito regional.....	9
4. Comparación entre las Américas y la Comunidad Europea	13

Imagen de portada: Georges Braque, *Tenora*, 1913.

1. INTRODUCCIÓN

La salud pública es transversal por naturaleza: penetra culturas, Estados, gobiernos, disciplinas, territorios, períodos históricos y mercados.

Por consiguiente, la salud constituye el mejor ejemplo de una “comunidad de destino” de la humanidad” y quizás lo único capaz de disuadir las clásicas resistencias soberanistas al internacionalismo normativo. Es que la enfermedad y la contaminación prescinden de las formalidades aduaneras, mientras que la cooperación internacional, aún hoy, se sigue viendo perjudicada por la burocracia estatal y por las “continuidades mentales” nacionalistas que aún animan a algunos actores políticos.

Frente al nutrido programa de salud para el período 2008-2017 (Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, Panamá, junio del 2007), y a los inmensos retos que conlleva la aplicación urgente del Reglamento Sanitario Internacional (2005), el continente americano corre constantemente el riesgo de superposición de iniciativas que se ponen en marcha en los distintos ámbitos (local, nacional, regional y multilateral).

Dicha acumulación lleva a la redundancia o la desarticulación entre proyectos posiblemente conexos, al desperdicio de recursos públicos (humanos y económicos) y a la dispersión de objetivos cuando las decisiones internacionales colectivas se trasladan de manera imprecisa de la esfera nacional o local.

Además, la gobernanza de la salud pública depende de un amplio abanico de instituciones estatales, bastante más allá de las carteras de salud, tanto en sentido horizontal (los distintos portafolios involucrados en la temática en el seno de los gobiernos nacionales) como vertical (en los gobiernos locales), lo que torna aún más compleja la articulación entre los diferentes marcos regulatorios de salud.

Por otro lado, el aislamiento temático -es decir, la limitación de los temas de salud a los foros sanitarios- y la falta de una presencia activa del sector en los grandes foros comerciales internacionales y en las decisiones económicas nacionales más importantes, constituyen uno de los mayores obstáculos a la consecución del derecho a la salud. Por tanto, además de consolidar el derecho sanitario en su identidad, es necesario garantizar que sea tenido en cuenta en el proceso decisorio de todas las instancias estatales. En el ámbito internacional el derecho a la salud debe abandonar la condición de “pariente pobre” del derecho internacional, y convertirse en una variable de peso en las espinosas ecuaciones políticas inter e intragubernamentales.

En este sentido, el presente estudio intenta abordar la relación entre las normas internacionales y, dentro de ellas, particularmente las de integración económica, bajo el prisma conceptual de las políticas públicas regionales. Esto significa que las normas sanitarias internacionales se consideran como viabilizadoras de acciones transnacionales que no se oponen a los ordenamientos internos, sino que, por el contrario, aglutinan y potencian las políticas públicas nacionales de salud.

Las iniciativas lideradas por los organismos internacionales, deben ser consideradas políticas públicas, y ser percibidas por las poblaciones objetivo y por las instancias de gobierno, del mismo modo que perciben sus políticas públicas nacionales. Asimismo, los marcos normativos de dichas iniciativas deben evolucionar en este sentido.

2. INCORPORACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005) EN LOS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS NACIONALES

2.1. FUERZA VINCULANTE DE LAS NORMAS INTERNACIONALES

Del mismo modo que la Constitución de un Estado regula y distribuye el ejercicio del poder en el ámbito nacional, el tratado que crea una organización internacional, aprobado por sus Estados fundadores y aceptado plenamente por sus nuevos miembros, establece sus atribuciones y su dinámica institucional, inclusive su normativa.

Así, cuando un Estado consiente en pertenecer a una organización internacional, ejerce su soberanía, en primer lugar, al brindar su consentimiento en cuanto a esta pertenencia.

En segundo término, ese Estado decide ejercer conjuntamente con los demás Estados miembros, en condición de reciprocidad, alguna atribución que antes ejercía individualmente. El Estado opta por el ejercicio conjunto de una atribución justamente en defensa del interés nacional: esta competencia será mejor ejercida en conjunto que individualmente.

En el caso de la salud, la interdependencia entre los Estados es aún más evidente: no hay duda en cuanto al hecho de que la lucha contra las pandemias, por ejemplo, solamente puede ser eficaz cuando se la encara de manera colectiva.

Aún resulta más claro que, si cada Estado Miembro emitiera sus propias normas respecto de esta materia, como algunos Estados pueden estar menos informados o ser menos precavidos o sagaces que otros, o estar sometidos a presiones políticas locales puntuales, las oportunidades de que se evite una pandemia o se la pueda combatir serían limitadas. Con la intensa circulación de personas y bienes, además de la natural transnacionalidad del medioambiente, la liberalidad o el rigor excesivo de un Estado tendrá consecuencias sobre el control de la enfermedad en el territorio de otro.

2.2. NATURALEZA DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LAS NORMAS INTERNACIONALES A LOS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS NACIONALES

El debate sobre la eventual necesidad de incorporación de este tipo de normas a la legislación nacional de los Estados es un tema complejo.

En principio, bastaría que la autoridad máxima de un país demostrara formalmente su consentimiento de una norma internacional para que fuera válida en su territorio. Esto ocurriría con la simple firma de la norma correspondiente.

Hay Estados que mantienen esta tradición y se denominan monistas, porque consideran que el orden jurídico es uno solo, ya sea local o internacional. En la Constitución de estos Estados, la

manera de solucionar los conflictos entre las normas a fin de dirimir si, en el caso de contradicción entre ellas, primaría el derecho interno sobre el internacional, o viceversa, puede variar.

Sin embargo, los Estados latinoamericanos, en sus respectivos derechos constitucionales, exigen como regla la incorporación de las normas internacionales para que rijan en sus territorios. Esta comprensión de que existen dos órdenes jurídicos abstractos, uno local y el otro internacional, y que el internacional solamente será aplicable cuando sea transpuesto al nacional, se denomina dualismo.

Históricamente, el dualismo está relacionado con la evolución de la función de los Parlamentos nacionales. Si el Poder Ejecutivo pudiera producir directamente normas en foros internacionales sin que el Poder Legislativo tuviera la capacidad de controlar el proceso de elaboración de las mismas, estaría escapando al control de los parlamentos. Entonces, los Parlamentos verían restringida su capacidad de elaborar las leyes vigentes en el país.

Por esta razón, se creó el procedimiento de aprobación de las normas internacionales por parte de los Parlamentos, con el objeto de validar el derecho internacional por medio de la manifestación de la voluntad del legislador nacional. De este modo, el Poder Ejecutivo está obligado a actuar en armonía con el Poder Legislativo.

Dicho proceso no se confunde con la ratificación de la norma internacional por parte de los Estados, que es el depósito de un texto formal, por parte del Poder Ejecutivo ante el Estado indicado por la norma misma como depositario, reiterando su compromiso con la norma en cuestión.

Esta manifestación de voluntad no es redundante porque el Poder Legislativo puede no haber aprobado, o haber modificado el texto negociado por la Cancillería, lo que a su vez podría ocasionar un cambio de opinión del Ejecutivo. El Ejecutivo puede encontrarse ante la imposibilidad de cumplir con los términos que hayan sido modificados por el Parlamento. Por otra parte, gracias a la ratificación, el Estado depositario de la norma puede informar en qué Estados se encuentra vigente.

Los Estados miembros de grupos de integración regional pueden admitir la aplicabilidad inmediata del derecho que surja de este proceso, sin dejar de ser dualistas con respecto a las normas emanadas de las relaciones con terceros países, como es el caso de varios países europeos.

2.3. APLICABILIDAD INMEDIATA DE ALGUNAS NORMAS INTERNACIONALES

El dualismo no exige la incorporación al derecho interno de todas las normas internacionales. Por ejemplo, no es necesario incorporar los acuerdos de forma simplificada, que consisten en la mera ejecución de obligaciones asumidas por la vía de un acuerdo anterior, ya incorporado. Este razonamiento sirve igualmente para la comprensión del proceso legislativo de las organizaciones internacionales.

Cuando los Estados Miembros confieren a una organización internacional alguna competencia normativa, o sea, el poder de elaborar una norma, el derecho que resulta de esta autorización deriva del tratado constitutivo de la organización.

Por este motivo, el tratado constitutivo, debidamente incorporado a los ordenamientos jurídicos de los Estados, funciona como un “paraguas normativo” que abarca las nuevas normas que derivarán del ejercicio de las competencias del organismo internacional respectivo.

Esto significa que es en la carta constitutiva de una organización internacional donde se verificará la necesidad o no de incorporación de las normas que derivan de su funcionamiento a los ordenamientos jurídicos nacionales, porque así lo entendieron los Estados Miembros desde su constitución.

De esta regla resulta la posibilidad de aplicación inmediata, es decir, sin la mediación de un instrumento nacional formal, de una norma de fuente internacional.

2.4. APLICABILIDAD INMEDIATA DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

El objeto de este estudio es la última revisión del Reglamento Sanitario Internacional, adoptada por la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en el año 2005 y que entró en vigor el 15 de junio del 2007.

El primer Reglamento Sanitario Internacional se adoptó en 1951, fue revisado por primera vez en 1969 y posteriormente fue enmendado o modificado cuatro veces.

La última versión representa la revisión más profunda del texto y refleja la evolución de la coyuntura internacional en que se desarrollan las viejas y las nuevas pandemias, marcada por la aceleración geométrica de los riesgos que acarrea la globalización económica.

En cuanto al valor jurídico de esta norma, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (adoptada en 1946 en la ciudad de Nueva York) es contundente.

En primer lugar, en virtud del Artículo 21, se establece que la Asamblea dispone de autoridad para adoptar reglamentos referentes a todas las materias cubiertas por la norma estudiada.

A continuación, el Artículo 22 de la Constitución establece que las reglamentaciones de la Organización entran en vigor para todos los Estados Miembros después de que se haya dado aviso de su adopción por parte de la Asamblea.

A diferencia de las convenciones o los acuerdos de la Organización Mundial de la Salud que, según el Artículo 19 de la Constitución, entran en vigor para cada Estado Miembro desde su incorporación a los ordenamientos nacionales de acuerdo con los respectivos procesos constitucionales, los reglamentos no requieren de esta incorporación a los ordenamientos jurídicos nacionales.

Por consiguiente, la competencia para adoptar reglamentos de aplicabilidad inmediata de los Reglamentos (sin mediación y, por lo tanto, sin necesidad de incorporación a los ordenamientos nacionales) ya fue aceptada por los Estados, inclusive sus Parlamentos, cuando aprobaron y ratificaron la Constitución de la Organización.

La dispensa se justifica abundantemente.

En primer lugar, en cuanto a la naturaleza de los Reglamentos Sanitarios Internacionales, lógicamente, los contenidos normativos previstos por el Artículo 21 de la Constitución son internacionales y tienden a ser respetados recíprocamente por todos los Estados del mundo, o no podrían existir.

Se trata de requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades; nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salubridad pública; normas uniformes sobre procedimientos de diagnóstico de uso

internacional; normas uniformes sobre la seguridad, la inocuidad, la pureza, la propaganda y la rotulación de productos biológicos y farmacéuticos.

Los reglamentos de la Organización Mundial de la Salud configuran, en suma, una gramática de la salud internacional, capaz de garantizar una seguridad mínima en la circulación de personas y de bienes.

En segundo término, la dispensa de incorporación de los reglamentos se justifica en cuanto a la capacidad para el ejercicio de la competencia. ¿Quién podría legislar mejor que la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención de la propagación internacional de las enfermedades, sobre cómo protegerse de ellas, combatirlas y reaccionar ante ellas por medio de acciones de salud pública proporcionales a los riesgos que implican, evitando obstáculos inútiles a la circulación y al comercio internacional? (Artículo 2 de la Constitución de la OMS).

En tercer lugar, en cuanto a la ejecutividad de las normas, la complejidad técnica inherente al tema se enfrenta, además, al imperativo de encontrar comandos normativos aplicables a culturas tan diferentes, inclusive desde lo jurídico, esparcidas por el mundo. Tal variedad, que debe armonizarse para la lucha eficaz contra las enfermedades, se hizo expresa en los intensos debates en los que participaron todos los Estados Miembros de la Organización, que tuvieron lugar durante los trabajos preparatorios del Reglamento. Jamás se contemplaría esto en un procedimiento normativo nacional.

2.5. RIESGOS DE LA APROBACIÓN PARLAMENTARIA INTERNA

Es patente que solo una organización internacional de la envergadura de la Organización Mundial de la Salud constituye un ámbito capaz de velar por un patrón legislativo internacional de lucha contra la propagación de las enfermedades, que sea al mismo tiempo asequible y eficiente.

Si se reabriera este debate en el plano de la gran política interna, sometiendo el Reglamento Sanitario Internacional a los Parlamentos nacionales, se producirían los riesgos graves de:

- ♦ incomprensión de los aspectos técnicos del texto por parte de los niveles políticos;
- ♦ negociaciones partidarias con un acervo normativo mundial innegociable;
- ♦ lentitud innecesaria en un proceso que es de extrema urgencia, ya que la propagación de las enfermedades no conoce las formalidades;
- ♦ modificación de un patrón internacional sanitario, por parte del Parlamento, lo que genera la formulación extemporánea de reservas y compromete la eficacia global del instrumento;
- ♦ rechazo extemporáneo del Reglamento, lo que impacta, entre otros aspectos, en la imagen del país en el exterior.

Cabe presentar una explicación en cuanto a los dos últimos enunciados que figuran en cursiva en el punto anterior.

Existe la posibilidad de que un Estado Miembro comunique al Director de la Organización su rechazo o su reserva, debidamente justificada, en el plazo fijado por el Reglamento en cuestión. Este plazo, de 18 meses a partir de la Notificación de adopción de la misma norma, venció el 15 de diciembre del 2006, según el párrafo 1 del artículo 59.

La posibilidad de rechazo o reserva se debe al hecho de que la Asamblea puede decidir por mayoría de dos tercios de los votos permitir al Estado que no está conforme con alguna disposición o con el conjunto de la norma, dejar de aplicarla. Esta válvula de escape viabiliza la adopción rápida de patrones internacionales sin herir las susceptibilidades de los Estados.

En el Reglamento Sanitario Internacional (2005) el rechazo o la formulación de reservas justificadas por parte de los Estados Miembros se encuentran previstos en sus artículos 61 y 62.

Sin embargo, rechazar o formular reservas al Reglamento es una facultad que no está relacionada con el procedimiento de incorporación de normas. Por el contrario, se refiere a la excepcional disconformidad de un Estado con la norma adoptada por la Asamblea, expresada por su representante.

Por lo tanto, la reserva o el rechazo no constituyen una excepción al principio de la aplicabilidad inmediata (sin que medie un instrumento de incorporación) de los Reglamentos, y sí con el aspecto anteriormente mencionado: se rechaza o se expresa reserva en cuanto a la propia aplicabilidad de estas normas.

Cabe recordar, por consiguiente, que un eventual rechazo o reserva no sólo comprometen la eficiencia en cuanto a la consecución de los objetivos del Reglamento, de interés mundial, sino que cuestionan la lealtad del Estado que formula la reserva o el rechazo, en relación con los objetivos de la propia Organización que integra y que constan en su Constitución.

La minimización de estos aspectos ha llevado a que algunos Estados que, en fiel cumplimiento de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, no habían sometido el Reglamento original a procedimiento alguno de incorporación (ni tampoco sus modificaciones posteriores), envíen ahora a sus respectivos Parlamentos la nueva versión aprobada en 2005, incurriendo en una flagrante contradicción.

Por todo esto, el envío innecesario del Reglamento a la aprobación parlamentaria debilita la fuerza vinculante y, con ello, la eficacia del derecho internacional de la salud.

Aunque ha sido aprobado sin mayores dificultades en los estratos legislativos nacionales, su mera presentación ante las legislaturas constituye un grave precedente, capaz de ocasionar, en el futuro, el rechazo de normas sanitarias internacionales de aplicabilidad inmediata.

No se puede olvidar que la protección internacional de la salud en ocasiones contraría intereses económicos sectoriales, dotados de una gran capacidad de presión interna, en detrimento de la seguridad colectiva, en una época futura que probablemente se verá marcada por las pandemias.

2.6. DIFERENCIA ENTRE LA INCORPORACIÓN Y LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Finalmente, se debe promover de manera enfática el esclarecimiento de la diferencia entre la incorporación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional y su aplicación.

De hecho, para que se haga cumplir el nuevo Reglamento, debido al avance en el grado de protección de la salud internacional que promueve, se hace igualmente necesaria una evolución de

los marcos sanitarios regionales, nacionales y locales, que sea capaz de garantizar su correcta aplicación.

En este sentido, el texto prevé una aplicación progresiva de sus dispositivos hasta el año 2016 a más tardar.

No obstante, en los primeros cinco años de la entrada en vigor del Reglamento, o sea hasta el 2012, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud deben elaborar y aplicar planes de acción para que las principales capacidades necesarias para la aplicación del Reglamento se desarrollen y se encuentren aptas para funcionar en todo el territorio nacional.

Ahora bien, las acciones de aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, inclusive los estatutos, que deben garantizar que sus enunciados generales se traduzcan en nuevos campos reguladores y en complejas acciones de gobierno, en nada se confunden con el requisito formal de incorporación de normas al ordenamiento jurídico nacional.

Es así que la aplicación presupone la vigencia del Reglamento y que de él genera nuevas órdenes de emitir normas y actos de gobierno: jamás lo pone en cuestión.

Es ante los inmensos retos que plantea la aplicación del nuevo Reglamento justamente que aumenta la importancia de la percepción regional de la cuestión sanitaria, volviendo oportuno el recurso a la noción de políticas públicas regionales.

3. MARCO REGULATORIO DE LAS POLÍTICAS REGIONALES EN AMÉRICA LATINA

3.1. ÁMBITO MULTILATERAL

Hasta el momento, el presente estudio se consagró a la permeabilidad de las normas sanitarias y, en particular, del Reglamento Sanitario Internacional, en los ordenamientos jurídicos nacionales.

Sin embargo, es necesario añadir por lo menos dos dimensiones adicionales a la esfera normativa nacional.

En primer lugar, aunque no constituya objeto principal de este análisis, es imprescindible mencionar que el Reglamento Sanitario Internacional establece intersecciones normativas con un número importante de instrumentos multilaterales de similar jerarquía.

Se establecen interfaces jurídicas, en una lista que no pretende ser exhaustiva, al menos con:

- ♦ la legislación internacional sobre los derechos humanos, en especial el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), en sus artículos 9 y 10 (libertad y seguridad de la persona) y 12 (libertad de circulación);
- ♦ el derecho comercial internacional elaborado en el ámbito de la Organización Mundial del Comercio, particularmente el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT) y el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias;
- ♦ el derecho internacional en materia del medioambiente;
- ♦ el derecho internacional en materia del transporte;
- ♦ el derecho internacional relativo a las armas biológicas, químicas y nucleares;
- ♦ el derecho internacional relativo a los accidentes industriales, nucleares y marítimos;
- ♦ el Codex Alimentarius, elaborado conjuntamente por la OMS y la FAO;
- ♦ el derecho internacional relativo a la lucha contra el terrorismo; y
- ♦ el derecho internacional relativo a las inmunidades diplomáticas.

En consecuencia, es preciso tener en cuenta el impacto de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional sobre la eficacia de los instrumentos multilaterales, sobre todo los enumerados anteriormente, con el fin de evitar eventuales incoherencias y litigios.

3.2. DILEMAS DEL ÁMBITO REGIONAL

En segundo término, en el punto crucial del presente estudio se encuentra en el ámbito regional.

En efecto, el párrafo 3 del artículo 57 del Reglamento Sanitario Internacional estipula lo siguiente: los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud que sean también miembros de una organización económica regional, sin perjuicio de las obligaciones asumidas en

el Reglamento, deben aplicar las reglas comunes de la Organización en el marco de sus relaciones privilegiadas.

Esto ocurre porque el Reglamento versa sobre materias de competencia concurrente entre los gobiernos nacionales y los bloques regionales. Sin embargo, dicha concurrencia opera de modo distinto, dependiendo de la organización regional en cuestión.

El caso europeo se analizará específicamente en la última parte del presente estudio.

En el caso de América Latina, el proceso de aplicación gradual del Reglamento Sanitario Internacional no es tan solo una obligación colectiva: constituye una ocasión valiosa de consolidar el concepto de política pública regional en esta parte del mundo.

En otros términos, los desafíos de la aplicación del nuevo Reglamento se pueden encarar bajo la perspectiva regional y no solo local. Buscar la tangibilidad del derecho internacional de la salud por intermedio de los bloques regionales sirve también para revelar los límites de la integración latinoamericana. Por lo tanto, si el derecho comunitario puede ser un medio para aplicar mejor el Reglamento, también el Reglamento puede servir para hacer evolucionar el derecho comunitario.

La integración sudamericana, en particular, se estructura en dos niveles: el subregional, con la Comunidad Andina (CAN) y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR); el multilateral, con la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI), la Comunidad Sudamericana de Naciones (CASA) y la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de las Américas (ALBA).

En el plano multilateral, las cuestiones sanitarias se alcanzan solo de modo indirecto.

En el plano subregional, tanto la Comunidad Andina como el MERCOSUR producen normas sanitarias, gran parte de ellas relacionada con la aplicación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional.

Pero las técnicas de incorporación de normas utilizadas por los dos bloques son diametralmente opuestas.

Creada por el Acuerdo de Cartagena (Bogotá, 26 de mayo de 1969), la Comunidad Andina (anteriormente el Grupo Andino), integrada en la actualidad por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú (debido al retiro de Chile en 1976 y de Venezuela en el 2006), adopta un modelo institucional típicamente europeo, siendo dotada de un Consejo, una Comisión, una Secretaría General, un Tribunal y un Parlamento.

En el mismo sentido, el derecho andino consagra la aplicabilidad inmediata (prescinde de la incorporación de algunas normas a los ordenamientos nacionales) y el efecto directo de las normas comunitarias, es la posibilidad de invocar el derecho comunitario en un tribunal, inclusive ante la jurisdicción local.

El MERCOSUR, creado por el Tratado de Asunción, el 26 de marzo de 1991, se estructura como un sistema puramente intergubernamental. Posee hoy cuatro Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), un miembro en proceso de adhesión (Venezuela) y cinco Estados asociados (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú).

Con más de 200 foros de negociación, el MERCOSUR posee tan solo tres órganos dotados de poder decisorio, bajo el formato de una conferencia intergubernamental clásica (secciones nacionales). Se trata del Consejo del Mercado Común, que se reúne una vez por semestre, integrado por los Ministros de Economía y de Relaciones Exteriores de cada Estado; el Grupo Mercado Común, compuesto por autoridades ministeriales de las mismas carteras, que se reúne

tres o cuatro veces por semestre; y la Comisión de Comercio, que se reúne cuatro o cinco veces por semestre.

Las mencionadas instituciones, además de tener una actuación discontinua, carecen de sede permanente: son itinerantes. Es decir, dependen del Estado que ejerce la Presidencia pro tempore del bloque, que se extiende a todos sus foros y reuniones y se reparte semestralmente entre los Estados, por orden alfabético.

Todas las normas del MERCOSUR deben ser objeto de internalización al derecho nacional de los Estados Partes, salvo las que versan exclusivamente sobre el funcionamiento de las instituciones del bloque. Se calcula que 50% de la legislación del MERCOSUR no se encuentra aún incorporada en los ordenamientos jurídicos nacionales.

La incorporación de las normas del MERCOSUR obedece a un sistema complejo, previsto en los artículos 40 a 42 del Protocolo de Ouro Preto (17 de diciembre de 1994), que instaura la ficción jurídica de la aplicación simultánea de las normas del bloque. En realidad, terminan por configurar un sistema más complejo que el de la incorporación de los acuerdos internacionales clásicos.

En virtud del mencionado Protocolo, los Estados Partes del MERCOSUR, después de incorporar la norma del bloque, deben notificar a la Secretaría del MERCOSUR (órgano exclusivamente administrativo y de apoyo) sobre el acto de incorporación. Una vez que tenga lugar el depósito de todos los instrumentos de ratificación, la Secretaría debe notificar al respecto a los Estados Partes y recién 30 días después del recibo de la notificación por los Estados Partes entrará en vigor la norma del bloque.

Tal sistema no encuentra eco en la práctica constitucional de los Estados. Con excepción de la Argentina, la norma del MERCOSUR entra en vigor en los países en el momento en que se completa la incorporación, que es la publicación.

La cultura jurídica de Brasil, Paraguay y Uruguay no permite la incorporación de una norma con suspensión temporal de su vigencia, condicionada a un evento posterior de fecha imprevisible. No se trata, por tanto, de *vacatio legis*, que simplemente fija la vigencia de la norma en temporalidad futura, con miras a la preparación de los agentes que participan en su aplicación.

En consecuencia, resulta que determinadas normas están en vigor en algunos Estados y en otros, no.

Además, en el seno de un texto normativo que está vigente en un determinado país, existen disposiciones que, para su aplicación, dependen de la incorporación por parte de los demás Estados, por ejemplo, la creación de instancias colectivas. En este caso, algunas disposiciones de un texto normativo están en vigor en un Estado y otras del mismo texto no.

Estas circunstancias convierten el estado de la vigencia de las normas del MERCOSUR en un incierto mosaico cubista, lo que dificulta sobremanera la eficacia de esta legislación.

Por otro lado, hay una clara superposición de las atribuciones de negociación entre los diferentes foros del MERCOSUR.

Véase, por obvio, el ejemplo de la salud. El foro encargado de las principales negociaciones en esta materia es el Subgrupo No. 11, vinculado al Grupo Mercado Común. Sin embargo, otros Subgrupos, en los cuales no participan negociadores del área de la salud, elaboran también normas con impacto sobre la salud (entre ellas, por ejemplo, el Subgrupo 6, encargado del

medioambiente). Atribuciones similares son ejercidas por otros órganos de la estructura institucional.

Otro caso emblemático es el de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, que posee diversos órganos dependientes; pero también existen ejemplos similares en otras esferas de menor visibilidad, como la Comisión encargada de la lucha contra la fiebre aftosa o el grupo ad-hoc sobre integración fronteriza.

Por lo tanto, urge realizar un amplio estudio sobre la situación actual de la elaboración y la vigencia de las normas sanitarias, o con incidencia directa sobre la salud, producida en el ámbito del MERCOSUR.

Un estudio así permitiría, en primer lugar, sistematizar las reglas regionales sobre la salud, a fin de viabilizar la elaboración de sugerencias para una mejor articulación de estas iniciativas.

En segundo término, el estudio del marco regulador regional se podría estructurar sobre los ejes del Reglamento Sanitario Internacional, lo que posibilitaría la configuración de un enfoque regional de las normas consagradas a esta temática y contribuiría a la formulación de un diagnóstico del estado de la aplicación del Reglamento en el plano regional.

4. COMPARACIÓN ENTRE LAS AMÉRICAS Y LA COMUNIDAD EUROPEA

Se sabe que la integración europea se constituyó en torno a la noción de políticas públicas regionales. Su impresionante evolución se debe, sobre todo, a la tangibilidad que logró alcanzar en el ámbito gubernamental no nacional.

En efecto, la consolidación de la integración regional en Europa se debió a dos grandes políticas comunes: la política agrícola, que garantiza la seguridad alimentaria y la multifuncionalidad de la agricultura (ambas con profundas repercusiones sanitarias y ambientales); y la política comercial.

En relación con la segunda, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) conlleva un desafío peculiar. En virtud del párrafo 2 del artículo 18, la Organización Mundial de la Salud recomendará a los Estados el rechazo de la entrada o salida de determinadas mercancías del territorio europeo.

En este caso, la Comisión Europea, que posee la competencia exclusiva para legislar acerca del mercado único, es quien debe actuar, pues los Estados tienen prohibido tomar medidas unilaterales, sobre la base de la abundante jurisprudencia regional y nacional.

Entretanto, otras disposiciones, como es el caso del artículo 41 del Reglamento consagrado a los derechos relativos a la aplicación de medidas sanitarias a los medios de transporte aéreos y marítimos, no son parte del derecho comunitario, por tanto les compete a los Estados Miembros aplicarlos.

La competencia para legislar sobre ciertas materias que abarca el Reglamento Sanitario Internacional no exime a los Estados europeos de coordinar el ejercicio de estas atribuciones normativas.

En este sentido, el 26 de septiembre del 2006 la Comisión Europea adoptó una importante Comunicación al Parlamento Europeo y al Consejo relativa al Reglamento Sanitario Internacional (Bruselas, COM 552 final).

Europa supo constituir una nueva dimensión de la gobernabilidad, potenciando las capacidades de acción de sus Estados Miembros más allá de las fronteras europeas.

El principio de la subsidiariedad garantiza exactamente que se lleven al plano regional las competencias que se pueden ejercer mejor en forma colectiva que individual.

Además de las políticas agrícolas y comerciales comunes, la Unión Europea aplica otras políticas públicas en coordinación con sus Estados Miembros.

Los conceptos de “política” y de “público” son mutuamente influyentes. Al ampliarse el ámbito público las políticas no emanan tan solo de la burocracia estatal, sino que se piensan y aplican según arreglos variables entre agentes estatales y no estatales. Por este motivo, con la adopción del famoso Libro Blanco sobre la Gobernanza Europea, la Comisión Europea lleva a cabo desde el 2001 un gran esfuerzo para dar mayor legibilidad a las normas del bloque, mayor articulación de sus políticas, pero sobre todo para incrementar la participación de la sociedad civil en el proceso legislativo comunitario.

A diferencia de ello, en América Latina la escasa tangibilidad de la integración cristaliza su irrelevancia política. El debate sobre el papel del Estado en la integración regional aún está pendiente y el discurso político de los años noventa, centrado en la liberalización comercial y en las reformas desmanteladoras del Estado, aún ensombrece la concepción del desarrollo económico y social de los países sudamericanos.

Estudiar en forma crítica la noción de política pública regional puede ser útil para que la integración latinoamericana —débil, yuxtapuesta, desarticulada y eminentemente retórica— sobrepase su síndrome de cumbres (cumbrismo) y conquiste de una vez por todas, el lugar que merece en la agenda política.