

# Trayectorias de pensamiento, integración regional y soberanía sanitaria en Suramérica

## Intellectual trajectories, regional integration and health sovereignty in South America

**Marcela Beatriz Belardo** | ORCID: [orcid.org/0000-0001-9032-3919](https://orcid.org/0000-0001-9032-3919)

[marcelabelardo@yahoo.com.ar](mailto:marcelabelardo@yahoo.com.ar)

Universidad de Buenos Aires

Argentina

**Jorgelina Loza** | ORCID: [orcid.org/0000-0003-1442-5782](https://orcid.org/0000-0003-1442-5782)

[jorgelinaloza@yahoo.com.ar](mailto:jorgelinaloza@yahoo.com.ar)

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Argentina

**María Belén Herrero** | ORCID: [orcid.org/0000-0002-6941-0580](https://orcid.org/0000-0002-6941-0580)

[mbelen.herrero@gmail.com](mailto:mbelen.herrero@gmail.com)

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Argentina

*Recibido: 30/06/2018*

*Aceptado: 05/09/2018*

### Resumen

Desde sus orígenes, la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva se han enfocado en pensar la salud desde y para la región. Producto del impacto que produjeron las políticas neoliberales, las mejoras sociales y del fortalecimiento geopolítico de la región se convirtieron en las raíces de los nuevos proyectos de integración en Suramérica.

En primer lugar, exploramos el legado en la región de estas trayectorias de pensamiento y su influencia en la agenda sanitaria regional. En segundo lugar, analizamos la política regional de un organismo de integración, y su papel en la construcción de una agenda sanitaria con perspectiva latinoamericana basada en principios de la cooperación Sur-Sur.

Se realizó un análisis cualitativo que involucró datos primarios y secundarios.

El giro político en Suramérica a inicios del 2000 dio lugar a un nuevo marco de integración en la región. Este contexto abrió una oportunidad para que esos movimientos y trayectorias de

### Abstract

Since its origins, Latin American Social Medicine and Collective Health have focused on thinking about health from and for the region. As a result of the impact produced by neoliberal policies, the social improvements and geopolitical strengthening of the region became the roots of the new integration projects in South America.

First, we explore the legacy in the region of these trajectories of thought and its influence on the regional health agenda. Secondly, we analyze the regional policy of an integration organism and its role in the construction of a health agenda with a Latin American perspective based on South-South cooperation principles.

A qualitative analysis was carried out, involving primary and secondary data.

The political turnaround in South America at the beginning of 2000 gave rise to a new framework for integration in the region. This context opened an opportunity for these movements and trajectories of thought to have a place in the regional health policy agenda.

pensamiento influenciaron la agenda política de la salud regional.

Es posible observar una confluencia entre los principios y valores de esas trayectorias intelectuales de pensamiento y las principales bases constitutivas de los nuevos proyectos de integración regional.

**Palabras clave:** Medicina Social Latinoamericana, Salud Colectiva, Agenda sanitaria, Integración regional, Cooperación Sur-Sur.

It is possible to observe a confluence between the principles and values of these intellectual trajectories of thought and the main constitutive bases of the new projects of regional integration.

**Keywords:** Latin American Social Medicine, Collective Health, Health agenda, Regional integration, South-South Cooperation.

## Introducción

Las políticas neoliberales de fines del siglo XX aumentaron las desigualdades sociales, las inequidades en salud y la exclusión social en América Latina. El acceso inadecuado a la atención médica y a los medicamentos persiste siendo un problema en el presente, especialmente entre la población más vulnerable de América del Sur. Para enfrentar este cuadro dramático de deterioro en las condiciones de vida de las poblaciones, los gobiernos progresistas y de izquierda que asumieron en la década de los 2000 en algunos países sudamericanos, convirtieron a las políticas sociales en el eje central de sus proyectos (Riggirozzi y Tussie, 2012). En ese contexto, observamos una cooperación internacional más horizontal y solidaria entre estos países que se convirtió en una estrategia no solo para satisfacer las necesidades sociales locales sino también para aumentar el poder y la capacidad de influencia de los países de la región en el escenario internacional. De esta manera, las políticas regionales devinieron en estrategias para mejorar el posicionamiento político y económico, del mismo modo que la cooperación internacional funcionó como un instrumento para dejar de ser meros receptores de la ayuda internacional tradicional y convertirse en cooperantes en el escenario global (Vance et al, 2012).

Las mejoras sociales y el fortalecimiento geopolítico de la región se posicionaron entonces en las raíces de los nuevos proyectos en la región (Sanahuja, 2011). En ese marco, la salud adquirió un lugar importante en las relaciones internacionales y llegó a desempeñar un papel clave en la agenda de política exterior en la última década (Fidler, 2001). El lema que prevalecía era: *la buena salud mejora las condiciones de vida, mientras que mejores condiciones de vida contribuyen a la buena*

*salud*. Así, las políticas sociales, y particularmente las políticas de salud, que son el tema del presente artículo, se convirtieron en estrategias esenciales para la lucha contra la pobreza y para la reducción de las desigualdades a escala regional en América Latina (Herrero, 2017).

En este contexto de mayor interés en la salud, como una dimensión importante de la política exterior y las preocupaciones diplomáticas, surgió un nuevo marco de integración y diplomacia regional en salud. Una expresión de este proceso fue la creación de la **Unión de Naciones Suramericanas** (en adelante, **UNASUR**) en 2008 y particularmente la creación del **Consejo de Salud de UNASUR**, que es objeto de análisis del presente artículo. Una característica novedosa de **UNASUR** es que los países-miembro no delegan ningún grado de soberanía nacional. Este hecho se refleja en que desde que comenzó a funcionar el **Consejo Suramericano de Salud**<sup>1</sup> se fue configurando una suerte de identidad regional basada en los principios de la soberanía sanitaria regional (Teixeira, 2017).

A través del Consejo Suramericano de Salud, **UNASUR** incorporó una agenda sanitaria que daba cuenta de los reales problemas de la región latinoamericana (en adelante **UNASUR Salud**). Entre los principales ejes de la agenda se encuentran temas relativos a los determinantes sociales de la salud, el derecho a la salud y el acceso universal a los sistemas de salud. No es casual que los principios rectores de la agenda sanitaria estén basados en la lógica de los derechos humanos. Ese enfoque se impuso de la mano de actores que provenían de las corrientes de la **Medicina**

<sup>1</sup> El Consejo Suramericano de Salud está conformado por todos los ministros de salud de sus países-miembro.

**Social Latinoamericana** y la **Salud Colectiva** (en adelante, **MSL/SC**). Ambas tradiciones no son solo un campo de conocimiento científico de los problemas de salud, enfermedad y atención de las poblaciones sino que también actúan en el campo de la acción política (Paim y Almeida, 1998). Ambas tradiciones además son un campo de conocimiento y de práctica que reclama la realización colectiva del derecho a la salud y de los sistemas de salud universales y públicos (Iriart *et al.*, 2002), centradas en la determinación social de la salud, las inequidades y las desigualdades en la salud y la producción social del proceso de salud y enfermedad (Breilh, 2013). Desde sus orígenes, la **MSL/SC** ha comprendido a la salud en su dimensión regional (Galeano *et al.*, 2011).

Es por ello que consideramos que es posible observar una confluencia entre los principios y valores de estas trayectorias y las principales bases constituyentes de **UNASUR Salud** (presente en su estructura y explícita en su tratado constitutivo). La hipótesis de este artículo es que se abrió una oportunidad en la región que permitió a la **MSL/SC** influir en los principios y valores de los nuevos proyectos de integración regional. Y, al mismo tiempo, esta nueva forma de ver la región y comprender la integración regional contribuyó a fortalecer las nuevas formas de Cooperación Sur-Sur en América Latina. De hecho, la creación de este nuevo proyecto de integración regional -con sus consejos sectoriales ministeriales- se considera una de las experiencias más recientes de Cooperación Sur-Sur en la región (Vance, 2012).

El objetivo de este artículo es doble. En primer lugar, exploramos el legado de los esfuerzos de larga data en la región que abordan las dimensiones sociales y políticas de la salud, aquellas relacionadas con los movimientos **MSL/SC** y su influencia en la agenda de salud de los Estados y bloques regionales. En segundo lugar, analizamos la política a nivel regional y la política de salud de UNASUR, y su papel en la construcción de una agenda de salud, que retoma también principios de la Cooperación Sur-Sur.

Se utilizaron fuentes de datos secundarias y primarias para abordar los objetivos propuestos. Se sistematizaron y analizaron documentos técnicos, informes de situación, resoluciones nacionales e internacionales, actas acuerdos de bloques regionales, acuerdos bilaterales y multilaterales entre Estados de la región de ALC y literatura gris. También se realizaron entrevistas semi-estructuradas a actores clave relacionados directamente con UNASUR y del campo de la salud pública de los países de la región. El presente artículo forma parte de una investigación de mayor envergadura que se realizó en el marco del proyecto **PRARI/RePIR**<sup>2</sup>. El trabajo de campo de

<sup>2</sup> Nos referimos al proyecto **Poverty Reduction and Regional Integration** (PRARI) desarrollado por *Open University* (financiado por *UK Economic and Social Research Council -ESRC-*).

ese proyecto consistió en la realización de más de treinta y cinco entrevistas llevadas a cabo durante 2014 y 2015. Para este manuscrito sólo se utilizaron aquellas entrevistas que resultaban acordes a las indagaciones de este trabajo, específicamente aquellas que hicieron mención a las trayectorias políticas e intelectuales de pensamiento y las que referían a la agenda de **UNASUR Salud**, sus iniciativas y enfoque. Las mismas fueron grabadas y desgrabadas con consentimiento explícito de las personas entrevistadas con fines prácticos y de respaldo de información. Se realizó el análisis de la información recolectada siguiendo los lineamientos de un estudio de tipo cualitativo. Los datos secundarios, basados en la revisión bibliográfica, fueron sistematizados en relación con la historia y los principios fundamentales de estas tradiciones de salud en la región. En este artículo, la identidad de los entrevistados<sup>3</sup> permanece en el anonimato.

El artículo se divide en cuatro partes. La primera presenta los movimientos de la **MSL/SC** y sus contribuciones al campo de la salud, como un campo de conocimiento y acción en nuestra región que se ha centrado en la garantía del derecho a la salud y la reducción de las desigualdades e inequidades sociales. La segunda centra su atención en el proceso de globalización y la importancia que la salud ha adquirido en la agenda internacional. La tercera ofrece un análisis del proceso de integración regional en América del Sur en la década de 2000, la aparición de nuevos bloques regionales y la influencia de las trayectorias **MSL/SC** en el campo de las políticas públicas de salud. Para este estudio se toma como caso de estudio a la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) puesto que surge en el marco de esta nueva etapa de la integración regional, con foco en la política social, principalmente en el campo de la salud. La cuarta se centra en la discusión de la salud como un impulsor de las políticas sociales en América Latina y describe las posiciones comunes que los países de América del Sur han llevado al escenario de la gobernanza global de la salud en el ejercicio de una nueva diplomacia sanitaria. La sección final reflexiona sobre cómo la participación del Consejo Suramericano de Salud en el ámbito internacional ha contribuido de forma tangible a la construcción de una nueva diplomacia en salud basada en la soberanía sanitaria, y qué contribución pueden hacer las trayectorias de pensamiento en el escenario actual de la región que parece estar tomando una nueva dirección, opuesta por momentos, en materia de integración regional y salud.

Nuestro propósito es contribuir a la comprensión de los principios y valores sobre los que se

<sup>3</sup> Únicamente con el objetivo de facilitar la lectura, se ha tomado como criterio en este artículo utilizar el género masculino

ha construido la cooperación sanitaria internacional en América Latina en la última década, el papel que organizaciones regionales como

UNASUR ha desempeñado para sentar las bases de la salud y los desafíos en materia de soberanía sanitaria en la región.

## La Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva y sus contribuciones a nivel regional

Existe una nutrida tradición de pensamiento sobre la región, con fluctuaciones que podrían estar asociadas a los cambios de rumbos de las historias de los países de la región y de aquéllos de otras partes del mundo. La cuestión sobre lo “latinoamericano” recorre tanto intentos teóricos como políticos de movilización. Pensar la región latinoamericana ha sido históricamente una tarea tradicional entre los intelectuales tanto residentes como migrados. Es decir, que los esfuerzos por explicar los procesos históricos de América Latina no pueden estar desvinculados de los procesos sociopolíticos que contextualizaban esas interpretaciones. Existen trayectorias de pensamiento sociopolíticas en la región que no sólo contribuyeron a la construcción de una idea de “lo regional”, sino que también orientaron los discursos y prácticas en torno a la formulación de políticas y de una agenda con características específicas (no libre de tensiones y conflictos), producto de una perspectiva latinoamericana identificable. Se trata de formas heterogéneas y diversas de pensar el mundo propio, Latinoamérica, de manera autónoma. En este devenir, se afianzó una manera de pensar a la región y de definir proyectos integracionistas, que se plasmó en una matriz latinoamericana de pensamiento, con perfiles autónomos (Argumedo, 1993) y que podemos encontrar en distintos campos de acción. Uno de los campos que se vinculó muy particularmente con dichas trayectorias fue el campo de la salud.

Diversas perspectivas teórico-metodológicas que abordan los problemas de salud, enfermedad y atención de las poblaciones se nutrieron en una trayectoria de pensamiento específica denominada **Medicina Social Latinoamericana** o **Salud Colectiva**. Esas tradiciones son consideradas como un campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto *salud* y donde operan distintas disciplinas (Paim y Almeida, 1998). Este campo de conocimiento y práctica se desarrolló en la década de 1970 en América Latina de la mano de grupos académicos e investigadores del ámbito de la salud que se unieron a distintos movimientos sociales

disconformes con las dictaduras militares, que profundizaron aún más las desigualdades sociales. Toda la investigación sobre movimientos sociales coincide que los mismos surgen dentro de un orden social que de alguna manera contiene a la vez que motoriza sus acciones a favor del cambio. Los actores que forman parte de la acción colectiva, cristalizada en un movimiento, son definidos respecto de un conflicto social general que pertenece al sistema histórico vigente. Así, los movimientos sociales son conductas colectivas de historicidad, ya que su aparición tiene relación con el sistema de acción colectiva, el sistema institucional y el sistema organizativo (Touraine, 1995; Lewis, 1996, Tilly, 1998). De esta forma, en las últimas décadas del siglo XX, los movimientos sociales se aunaban alrededor de reclamos diversos, en especial en torno a la búsqueda del cumplimiento de derechos sociales básicos, entre ellos el derecho a la salud, la equidad en el acceso, la determinación social de las condiciones de vida. Esto dio lugar a una creciente visibilización de experiencias de acción colectiva transnacional, que no solamente toman a la región latinoamericana como una escala de acción, sino que participan cotidianamente de su construcción (Tussie, 2000).

Esta década también se caracterizó en varias regiones por una fuerte tensión en el campo médico porque la profesión médica estaba atravesando una profunda crisis de confianza. Por ejemplo, los gobiernos de los Estados Unidos y Gran Bretaña comenzaron a cuestionar los enormes gastos en tecnologías médicas que no parecían producir una mejora sustancial en la calidad de vida de la población, o al menos ese era el argumento para el ajuste del gasto de salud pública. Esta fuerte reacción fue contraria no solo a la inequidad cada vez más obvia en materia de salud y acceso diferenciado a los servicios de salud sino, fundamentalmente, al pensamiento hegemónico en salud que estaba más preocupado por la cura que por la prevención. En ese momento, las intervenciones se centraron exclusivamente en la atención médica, subestimando el poderoso papel de los

factores sociales (aparte de la atención médica) en la configuración de la salud. En este sentido, los grupos ligados a la medicina social y salud colectiva desarrollaron sus críticas en respuesta también a la crisis por la cual estaba atravesando la salud pública tradicional. Esta fuerte reacción se dirigió no solo a la cada vez más evidente inequidad en salud y al acceso diferencial a los servicios de salud sino, y fundamentalmente, al pensamiento convencional. Esta nueva corriente de pensamiento se conformó a partir de un movimiento heterogéneo que vinculó a una variedad de profesiones con una fuerte convicción en las determinaciones sociales de la salud, la salud como derecho, el acceso universal y en el reconocimiento de que existe un vínculo estrecho entre el desarrollo de la ciencia y la acción política.

La **Medicina Social Latinoamericana** tiene dos principios básicos. Primero, reconoce la naturaleza social de la enfermedad, el carácter histórico y político de la enfermedad y salud, y las inequidades y las diferencias sociales. Esta trayectoria político-intelectual concede particular importancia a los determinantes sociales de la salud y a la salud como un derecho humano. En segundo lugar, recupera la responsabilidad principal del Estado en la solución de los problemas de salud y enfermedad. Desde la perspectiva **MSL/SC**, se supone que los problemas de salud están relacionados con cuestiones políticas, es decir, con decisiones tanto colectivas como individuales. De esta manera, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, tal como lo entiende la MSL/SC se convierte en una herramienta útil para hacer visibles los aspectos estructurales alineados con la realización de la salud. Aporta mayor contenido político al discurso sobre el derecho a la salud (como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando en claro que garantizar esos derechos depende de cambios estructurales en la organización de las sociedades para producir una distribución equitativa de los recursos económicos, el poder y el conocimiento. El enfoque de la **MSL/SC** fomenta los valores de solidaridad y cooperación en las agendas de las luchas de los movimientos sociales y culturales y en la acción pública de los gobiernos locales y nacionales progresistas. En este sentido, se enfoca en fortalecer un movimiento continental y global de equidad en salud, inscrito dentro del amplio marco de las luchas regionales y globales por el derecho a la salud (Granda, 2008; Lopez *et al.*, 2008).

Esta tradición latinoamericana es un campo científico donde el conocimiento sobre la salud se produce desde diferentes disciplinas y como un campo de práctica donde las acciones se llevan a cabo en diferentes organizaciones e instituciones por múltiples agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente

reconocido como el *sector de la salud* (Paim y Almeida, 1998). Además, fue moldeado por un movimiento heterogéneo con un fuerte compromiso con los determinantes sociales de la salud y el reconocimiento de que existe un estrecho vínculo entre la ciencia y la política. La matriz conceptual básica de este pensamiento radica en la incorporación de las ciencias sociales. Cuando se configura esta tradición de pensamiento en la década de 1970 en América Latina, la tendencia principal teórica se basó en el materialismo histórico, luego en la década de 1980, otros conceptos teóricos fueron adoptados a partir de autores como Althusser, Bourdieu, Foucault, Giddens, Gramsci, Habermas, Heller, Laclau y Rorty. Entre los desarrollos intelectuales de esta tradición latinoamericana en salud se encuentran los estudios pioneros sobre la salud de los trabajadores, con la contribución metodológica de incorporar los conceptos de clase social, proceso de producción y reproducción social. También hubo contribuciones originales en el área de epidemiología social, políticas de salud, planificación estratégica en salud, epistemología y metodología. La inclusión de la dimensión subjetiva para el análisis en el campo de la salud es una característica importante de esta perspectiva (Tajer, 2003). Hay algunas obras que han reconstruido esta historia intelectual escrita principalmente por sus propios protagonistas: sobre el **Pensamiento social en salud** por Nunes (1992, 2008), el **Movimiento de Salud Colectiva** de Edmundo Granda Ugalde (2003), la **Nueva Salud Pública** por Almeida Filho y Paim (1999) y el **Movimiento Latinoamericano de Medicina Social** por Celia Iriart *et al.* (2002). A partir de entonces se produjo un importante crecimiento de dicho núcleo de pensamiento que insiste en superar la matriz exportada desde los países centrales que ven en la problemática de la salud pública desde sus propias perspectivas, sus propios intereses y sus propias recetas -lo que Aníbal Quijano (2005) denominó la colonialidad del poder y del conocimiento y que se extiende a través de intereses económicos y geopolíticos.

En la última década ha habido una pérdida de peso de los principios rectores Norte-Sur y Este-Oeste y esto ha dado lugar a una nueva geografía y una reconfiguración política y las regiones se convirtieron en escenarios de oposición, articulación, competencia y creación de coaliciones entre Estados. El regionalismo se volvió tanto política como proyecto (Tussie, 2009), en una constante elaboración y reconfiguración de las relaciones internacionales. Así, esas matrices de pensamiento han influido de manera directa en el espacio regional que se constituye hoy como una unidad territorial capaz de intervenir en luchas por el poder y los recursos simbólicos. En dicho espacio convive una diversidad de marcos teórico-conceptuales que se utilizan

para reflexionar sobre la región como espacio de acción colectiva, analizando no sólo su lugar relativo en el escenario global, sino también maneras de abordaje que permiten comprender a la región partiendo de los intereses y problemáticas propios. Es así como encontramos propuestas, prácticas y discursos que refieren al accionar de agentes históricamente excluidos de las propuestas estatales, en los que es posible identificar otro nivel de significados que remite a las dimensiones culturales y subjetivas de estos procesos. Es por ello que el regionalismo latinoamericano no puede ser ignorado, tanto en términos de su historia temprana como de sus diversos enfoques y conceptualización.

Las experiencias han ido definiendo trayectorias de pensamiento propias de y para la región que influyen en la conformación de una perspectiva latinoamericana y que impactan en el proceso de definición y formulación de políticas públicas a nivel regional. En el campo de la salud esto ha implicado que otros actores políticos y sociales tengan mayor protagonismo, y fundamentalmente propició que los Estados fi-

nancien con recursos propios la lista de temas prioritarios en salud que se fue definiendo en los últimos años, dando lugar a una novedosa cooperación más horizontal y democrática entre los países de la región.

La **MSL/SC** ha tenido diferentes grados de influencia en la agenda de políticas de salud según el momento histórico. La región latinoamericana ha sido durante mucho tiempo un lugar en el que los sindicatos y los movimientos sociales y políticos han desempeñado un papel central en la política nacional. En las últimas décadas del siglo XX, los movimientos sociales en la región lucharon especialmente por el cumplimiento de los derechos sociales básicos, incluido el derecho a la salud, la equidad en el acceso a los servicios de salud y la mejora de las condiciones de vida. Esta larga historia de lucha en la región, junto con los procesos de reforma política en la década de 1990 en la salud (como en otras esferas) permitió la transnacionalización de la acción del movimiento social en toda la región. Esto condujo a una visibilidad creciente de las experiencias de acción colectiva transnacional.

## Globalización y salud en la agenda internacional

La gobernanza mundial de la salud se consolidó y diversificó después de la Segunda Guerra Mundial y aparecieron nuevos conceptos con el establecimiento en 1948 de la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) (Fidler, 2010). Durante la Guerra Fría, el campo de la salud internacional sufrió tensiones políticas e ideológicas de los dos bloques más importantes de la época: el que representaba el capitalismo y el que representaba el comunismo; y la salud no fue inmune a esta disputa. Cuando la Unión Soviética y los países comunistas decidieron retirarse de la ONU en 1949 y, por lo tanto de la OMS, este organismo estaba claramente controlado por los intereses del bloque occidental, particularmente de los Estados Unidos, que estimulaba el profesionalismo y el crecimiento burocrático, llevando campañas globales y técnicamente orientadas al control o eliminación de enfermedades específicas con la modalidad de programas “verticales”. Esta modalidad de actuación operaba con un enfoque similar al de la Fundación Rockefeller impuesta como modelo sanitario desde principios de siglo

XX (Brown *et al.*, 2006). Dos enfoques de salud en tensión permanente caracterizaron esta etapa: uno basado en los enfoques sociales y económicos que determinan la salud de la población, y el otro más centrado en las tecnologías y las enfermedades. Ambos enfoques se mantuvieron en el tiempo con diferentes énfasis, aumentando o disminuyendo (Brown *et al.*, 2006) dependiendo de las relaciones de fuerza de los países y los intereses de los actores internacionales.

Las décadas de 1960 y 1970 estuvieron marcadas por la descolonización de África, la expansión de los movimientos socialistas y nacionalistas y las nuevas teorías del desarrollo con énfasis en el crecimiento económico y social. Un hito fue la **Declaración de Alma Ata** en 1978 que postula la salud como un derecho humano fundamental que debe lograrse mediante políticas sociales y de salud integradas. Detrás del movimiento por la atención primaria de salud hubo una serie de experiencias exitosas de organizaciones no gubernamentales en América Latina, África y Asia que actuaron en conjunto con las pobla-

ciones locales. La respuesta a Alma-Ata fue la **Conferencia de Bellagio** (Italia) influenciada por los Estados Unidos, financiada por la Fundación Rockefeller y respaldada por el Banco Mundial. La reunión lanzó el concepto de *atención primaria selectiva de salud*. Es decir, la implementación de intervenciones técnicas, de bajo costo y de pequeña escala, con UNICEF liderando la iniciativa en los años 80. La reducción de personal y las políticas neoliberales se hicieron sentir en la **OMS**, que comenzó a depender cada vez más de las contribuciones privadas. En la década de 1990, los préstamos del Banco Mundial para el sector de la salud superaron el presupuesto total de la **OMS** (Brown *et al.*, 2006). Posteriormente, la **OMS** perdió credibilidad y para fortalecer su imagen global comenzó a emplear el concepto de *fondos globales y asociaciones mundiales*. Su agenda se redujo a objetivos específicos como la lucha contra la malaria o la tuberculosis (**Stop TB**) o la mejora del acceso a vacunas nuevas y subutilizadas para los niños que viven en los países más pobres del mundo (**GAVI**). Estos programas son producto de asociaciones público-privadas, y la Fundación Bill y Melinda Gates es uno de los mayores financiadores de la **OMS**. Las alianzas con el sector comercial limitan claramente los objetivos del derecho universal a la salud a través de un enfoque limitado centrado en las *enfermedades prioritarias* (Buse y Waxman, 2001).

En el siglo XXI la salud emerge en la agenda política global como un problema que solo puede abordarse de manera efectiva a través de esfuer-

zos de cooperación. En ese contexto, la salud adquirió un lugar importante en las relaciones internacionales y ha llegado a desempeñar un papel clave en las agendas de la política exterior en la última década. La **Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio** en el año 2000 también reveló el papel central de la salud en el debate internacional. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, formada en 2005, dio aún mayor impulso al tema. Fidler (2010) ha llamado a este momento la “revolución” de la salud mundial para dar cuenta del papel cada vez más importante de la salud en la política exterior (Fidler, 2010; Labonté y Gagnon, 2010). Esa “revolución” generó un aumento sin precedentes de los flujos de financiamiento general en salud y un visible incremento en la influencia de los legisladores, activistas y filántropos que reclaman la salud como una cuestión de política exterior de importancia de primer orden. Como resultado, la salud global se convirtió en una parte esencial de la ecuación de las relaciones internacionales (Fidler, 2001; 2010) existiendo ahora una mayor conciencia del alcance de las cuestiones de salud y de las consecuencias del rápido ritmo del desarrollo científico y tecnológico. A pesar de ese desarrollo, y aunque han habido grandes avances en la esperanza de vida durante el siglo pasado, las desigualdades en salud, la falta de acceso a la atención médica y a la tecnología y medicamentos y la exclusión social persisten dentro y entre los países.

## El caso de UNASUR-SALUD: construyendo soberanía sanitaria en Sudamérica

Después del Consenso de Washington a principios de la década de 1990, el neoliberalismo se había instalado como el paradigma político y económico hegemónico en América Latina. En ese escenario, el acceso a una atención médica de mayor complejidad tecnológica se asoció cada vez más con la capacidad de pago del paciente. Se fortalecieron los programas verticales dirigidos a poblaciones o problemas específicos mediante la creación de seguros de salud específicos, lo que profundizó la segmentación de los sistemas de salud al mismo tiempo que la pobreza y la desigualdad aumentaban en la región (Soares, 2001).

En la década de 2000, los gobiernos de izquierda y progresistas ganaron poder en la mayoría de

los países de la región e intentaron contrarrestar los efectos de las políticas neoliberales. La región también comenzó a emerger como una unidad territorial capaz de intervenir en las luchas por el poder y los recursos simbólicos. Los intentos posteriores de constitución de organizaciones regionales bajo gobiernos progresistas y de izquierda (incluyendo **UNASUR**, la **Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe** -CELAC-, la **Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América** -ALBA) han representado un conglomerado de organizaciones comerciales y políticas, y proyectos sociales que giran en torno a nuevos principios de solidaridad y autonomía regional y han brindado la oportunidad de sincronizar las políticas en múltiples escalas.

El esfuerzo por recuperar el potencial de desarrollo de América del Sur fue una clara manifestación de un cambio histórico, un *cambio de era* (en lugar de simplemente una era de cambio). Este cambio de era se caracterizó por la formulación de prácticas políticas arraigadas en el desarrollo social, la comunidad y las nuevas prácticas de acción regional. Las políticas sociales, y particularmente las políticas de salud, se convirtieron en estrategias esenciales para combatir la pobreza y reducir las desigualdades. La salud es un excelente ejemplo de una revolución silenciosa en curso en la economía política regional de la cooperación y la diplomacia y un ejemplo paradigmático de cooperación regional. Como argumentó Riggirozzi (2014:443), la mirada hacia las políticas de salud muestra un *giro social* en la vida de las organizaciones regionales del Sur y su misión de cooperar. Una expresión de eso es la aparición de **UNASUR**, y en particular, en materia de salud, del **Consejo de Salud Suramericano de UNASUR**.

La práctica de los estados miembros hizo de la salud una de las áreas más dinámicas de cooperación regional dentro de **UNASUR**. Mientras que la cooperación internacional hegemónica apunta a abordar enfermedades específicas a través de intervenciones y programas verticales, apoyados por fondos específicos, **UNASUR** ha buscado abordar la salud desde un enfoque más político. Esto se traduce en la incorporación de los determinantes sociales de la salud, la promoción de las escuelas de salud pública y el intento de mejora de los sistemas nacionales de salud (Herrero y Tussie, 2015). En este nuevo escenario, las corrientes de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, que siempre fueron movimientos críticos y, por lo tanto, al margen de las propuestas estatales de los gobiernos neoliberales, tuvieron una oportunidad para ejercer influencia sobre la agenda sanitaria regional e instalar los principios rectores de **UNASUR Salud**. En ese entonces, varios de los ministros de salud de los países de la región eran activos militantes de estas corrientes político-intelectuales.

Si bien, las iniciativas de integración regional en América Latina como la **Comunidad Andina de Naciones (CAN)**, el **Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)**, el **Mercado Común del Sur (MERCOSUR)**, y la **Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA)**, anteriores a la **UNASUR**, ya poseían una cooperación en salud más o menos estructurada (Buss y Ferreira, 2010), algunos autores mencionan que **UNASUR** es la ilustración más reciente del avance en las relaciones entre salud y política exterior en la región de las Américas. Teixeira (2017) señala que la creación del Consejo Suramericano de Salud se debió a una suma de factores como la identificación de la salud como campo motor

de la integración regional en tanto instrumento para la reducción de inequidades; la trayectoria de cooperación en salud en las Américas (desde la OPS en adelante); el alineamiento político de los gobiernos de la región que posibilitó consensos en temas relacionados con la salud y el reconocimiento de la salud como un derecho universal y; la presión de movimientos sociales para la elaboración de una agenda regional en salud, que fue recibida por los gobiernos de la región por su proximidad y diálogo con muchos de estos movimientos (Teixeira, 2017). En este sentido, en nuestro estudio, varios entrevistados coincidieron en señalar que el Consejo Suramericano de Salud se conformó gracias a la influencia que tuvieron algunos ministros de salud -representantes incluso de estas corrientes políticas de pensamiento y movimientos sociales- que vieron la oportunidad de formar ese Consejo<sup>4</sup>. Así, no solo el enfoque adoptado por **UNASUR** en materia de salud, sino también el hecho de que el Consejo Suramericano de Salud fue el segundo en ser creado (luego del de Defensa) y el que mayor dinamismo ha adquirido, muestra el rol de la salud como facilitador de consensos y la influencia de estas trayectorias políticas en su constitución<sup>5</sup>. En este proceso, han ejercido influencia en las bases y principios de **UNASUR Salud** y han posicionado la salud como canal central para la cooperación.

Un debate fundamental en el seno de **UNASUR Salud** fue la polémica entre apoyar la iniciativa de **Cobertura Universal de la Salud** (impulsadas por la OMS y la OPS) o los **Sistemas Universales en Salud**, entendidos como sistemas públicos, universales y gratuitos. Uno de los entrevistados mencionó que cuando se debatía si **UNASUR** adoptaría la postura de apoyar la iniciativa de Cobertura Universal de la Salud o los Sistemas Universales en Salud, representantes de estas corrientes y miembros de algunos gobiernos, defendieron los sistemas de salud universales y *luego lograron que UNASUR asumiera como una posición el sistema universal de salud y no la cobertura universal de salud* (ALO4, entrevista personal, 9 de octubre de 2014). A partir de ese debate, el bloque elaboró un documento conjunto que se discutió en la reunión de los ministros de la OPS. Finalmente, la OPS incluso terminó incorporando al tema de la cobertura, el acceso universal: *Ese es un éxito muy importante de UNASUR porque terminó ocupando una posición conjunta [...] ya que hay más espacio en algunos momentos que en otros que deben aprovecharse.* (ALO4, entrevista personal, 9 de octubre de 2014)

<sup>4</sup> ALO8, entrevista personal. 24 de junio de 2014.

<sup>5</sup> ALO2, entrevista personal. 11 de noviembre de 2014. ALO4, entrevista personal, 9 de octubre de 2014. ALO8, entrevista personal, 24 de junio de 2014

En su **Plan quinquenal** (2010-2015), **UNASUR** adoptó el enfoque de los determinantes sociales y una perspectiva transversal en sus políticas, promoviendo el desarrollo de asociaciones y redes entre diversos sectores de la sociedad. También propuso aumentar el número de países de la región que reorientan sus sistemas de salud hacia un enfoque en los determinantes sociales. De esta forma, el papel central que desempeñó la salud en el proceso de construcción de la región ayudó a posicionar la inclusión social dentro de la agenda regional. Las referencias a la salud como un derecho humano y el énfasis en abordar los determinantes sociales de la salud no fueron simplemente retóricas en el Plan Quinquenal. Esto se concentró en la conformación -y las acciones- de los **Cinco Grupos Técnicos (Vigilancia y Respuesta de Salud, Desarrollo de Sistemas Universales, Acceso Universal a Medicamentos, Promoción de la Salud y Acción sobre Determinantes Sociales de la Salud, Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos)** que establecen una intención real de trabajar en esos principios. El campo de la salud se convirtió en una política estratégica en busca de objetivos, normas y prácticas colectivas. Incluso, un entrevistado que jugó un papel central en la fundación del Consejo de Salud declaró que era relativamente fácil trabajar en esa dirección debido a la larga experiencia previa de trabajar juntos en **ALAMES**<sup>6</sup> (AL04, entrevista personal, 9 de octubre de 2014).

La necesidad de fortalecer los mecanismos de cooperación entre los países de la región promovió acciones conjuntas y el fortalecimiento de la integración, bajo el reconocimiento de soberanías nacionales y entendiendo que la soberanía sanitaria se logra fortaleciendo la acción de los Estados nacionales para garantizar el derecho a la salud y proporcionar bienes públicos. Esto es un eje para redefinir las políticas de salud y construir nuevas capacidades de negociación en el marco de la salud internacional alternativa, donde el Estado es el actor central (Rovere, 2011). En el mismo sentido, Teixeira (2017) sostiene que el proceso de integración y cooperación regional llevado a cabo por **UNASUR** contribuye a la promoción de la soberanía sanitaria regional, al tiempo que fortalece las soberanías nacionales de salud de cada país-miembro. La región fortalece y amplía la capacidad de negociación y defensa de sus intereses en espacios multilaterales, frente al mercado y otras organizaciones internacionales y transnacionales, lo que genera una mayor autonomía de los países que pertenecen al proceso

<sup>6</sup> La **Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)** es una organización política compuesta por personas vinculadas a diferentes campos de la teoría y la práctica de la Medicina Social/Salud Colectiva en América Latina. Se constituyó formalmente en 1984 durante el 3er Seminario Latinoamericano de Medicina Social, realizado en Ouro Preto, Brasil.

de integración regional en relación a la influencia de estos actores. Este ejercicio de soberanía sanitaria regional fortalece no solo a la región en el ámbito de la soberanía externa, sino también a los países individuales que forman parte del proceso de integración regional, aumentando así la capacidad de estos países para definir, con un menor nivel de influencia externa, su políticas de salud, lo que eleva el grado de soberanía sanitaria interna de los estados nacionales. Esta doble soberanía (nacional/interna y regional/externa) establece un mecanismo de resistencia regional, ya que refuerza la independencia y la autonomía en salud de los estados para definir sus propias políticas.

**UNASUR** surgió como un espacio factible para la promoción de la Cooperación Sur-Sur, ya que los países buscaban reducir las inequidades regionales a través de la creación de espacios para el intercambio y la acción colaborativa (Vance *et al.*, 2017). La salud se convirtió también en campo privilegiado para la construcción de la soberanía a través de la cooperación, ya que existen espacios multilaterales continentales y globales de negociación, que otros campos no poseen (Teixeira, 2017). La promoción de la Cooperación Sur-Sur y el fortalecimiento de un nuevo estilo de integración regional fueron señalados por uno de nuestros entrevistados como una estrategia propia de la creación del **Consejo Suramericano de Salud** (AL08, entrevista personal, 24 de junio de 2014). Así, la creación de **UNASUR** en 2008 y sus consejos ministeriales sectoriales en los años siguientes es una de las experiencias más recientes de Cooperación Sur-Sur en la región.

**UNASUR** alentó la Cooperación Sur-Sur en sus declaraciones e intentó fortalecer una posición continental en la nueva diplomacia de salud. La Cooperación Sur-Sur se convirtió en una estrategia fundamental para los países de América del Sur basada en una relación horizontal y en la cooperación entre iguales. Esta cooperación también se hizo evidente en el Consejo de Salud, en sus Grupos Técnicos y Redes de Estructuración, y a través del **Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS)**<sup>7</sup>, centro de estudios de alto nivel, reflexión crítica y capacitación de personal estratégico. Se fundó con la intención de promover una visión sudamericana común y reforzar la reflexión crítica sobre la salud global, aunando posiciones y fomentando un vínculo cooperativo (Vance *et al.*, 2017).

Tanto **UNASUR** como el **ISAGS** proponen un modelo horizontal en el que todos los miembros contribuyen a la identificación de problemas y al desarrollo de soluciones. Por ejemplo, el **ISAGS** actúa facilitando los procesos de cooperación en

<sup>7</sup> **ISAGS** es un centro de altos estudios y debate de políticas públicas, sus acciones contribuyen para el desarrollo de la gobernanza y el liderazgo en salud en América del Sur. La sede del Instituto se encuentra en Río de Janeiro, Brasil.

salud a través de sus espacios de debate (talleres temáticos, conferencias y cursos). Además, de acuerdo con los principios de la Cooperación Sur-Sur, el bloque regional tiene regulaciones estrictas respecto de su financiamiento, que no permite ningún tipo de apoyo económico fuera de los países miembros sin la aprobación previa de su Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores (Vance *et al.*, 2017). Esta regulación busca proteger las decisiones, acciones y estrategias de la entidad frente a intereses externos que puedan oponerse al

interés público. De esta manera, los recursos que se manejan provienen de los Estados miembro. La decisión de **UNASUR** de ser financiada exclusivamente con las contribuciones de los países, imponiendo fuertes restricciones a los fondos de terceros (excepto que todos los ministros de Asuntos Exteriores decidan lo contrario) ha sido una decisión acertada. El hecho de que las decisiones se adopten por consenso ha generado decisiones que adquieren mayor peso político y legitimidad (Belardo 2018).

## UNASUR Salud como herramienta para la integración y la creación de consensos

**A**mérica Latina experimentó una repolitización en las últimas décadas del siglo XX, dando lugar a nuevas organizaciones políticas y proyectos regionales en los que los Estados, los movimientos sociales y los referentes políticos comenzaron a interactuar y construir una nueva comprensión sobre el espacio regional (Riggirozzi y Tussie, 2012). En nuestra región, la salud, la educación, el empleo y la lucha por la tierra y la vivienda han sido demandas sociales históricas, fuertemente vinculadas al concepto de ciudadanía en el siglo XX (Roberts y Portes, 2005). La **MS/SC** han sido tradiciones intelectuales y movimientos políticos comprometidos con las condiciones de vida de las mayorías populares de la región. En la medida en que reconocen la dimensión social y política de las enfermedades, han otorgado gran importancia al estudio (e información) de la determinación social de la salud y de los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad y a considerar la salud como un derecho humano.

El presidencialismo, el consenso y el intergubernamentalismo son las principales características de las iniciativas y proyectos que han definido y configurado la política pública a nivel regional. En consecuencia, esta defensa de la soberanía nacional coexiste con el discurso de fortalecer la soberanía en la región. De hecho, esto ha sido mencionado a veces como un obstáculo para la construcción de organizaciones regionales fuertes, con una posición regional contra el imperialismo y la dominación extranjera como parte de políticas emancipatorias y aspiraciones de autonomía para la región. Ahora bien, **UNASUR** constituyó un intento de establecer un paradigma alternativo para la integración de los doce países de la región. La creación de esta organización

internacional respondió a una visión geopolítica basada en principios como la independencia, la soberanía, la solidaridad y la complementariedad entre los países miembros. Esta iniciativa eminentemente política e intergubernamental surgió con el objetivo de generar autonomía regional en una gran diversidad de aspectos (salud, defensa, infraestructura, energía, educación, desarrollo social y cultural), mejorar la escala de los esfuerzos individuales, y con el propósito de establecer posiciones comunes en el escenario mundial.

Dadas las consecuencias de las políticas neoliberales y la profundización de la desigualdad social, los referentes de **MS/SC** lucharon por la necesidad de recuperar el papel del Estado. Con el surgimiento de gobiernos de izquierda y progresistas en la región, se abrió una oportunidad para que las ideas de la **MS/SC** ocupen un lugar preponderante en la agenda de algunos Estados, así como de la regional. En este escenario, y desde sus orígenes, **UNASUR** ha entendido la salud como un derecho para todos y un deber de los Estados. Es por eso que **UNASUR** ha adoptado los principios de solidaridad, justicia social y equidad y se enfoca en los determinantes sociales de la salud y la lucha por los sistemas de salud universales (y no la cobertura universal de salud). La construcción de nuevos bloques en la región de América Latina (como **UNASUR**, **CELAC** o **ALBA**) revivió la idea de Simón Bolívar de la construcción de la „Patria Grande“ para recuperar nuestra soberanía. En este escenario, **UNASUR** ha fomentado el diálogo necesario entre los actores nacionales que se empoderan mutuamente y creando nuevos espacios para la coordinación de políticas y la acción colectiva transnacional. El desarrollo de **UNASUR** ha

mostrado esfuerzos por obtener una voz para sus países en el ámbito de la salud mundial, además de ganar prominencia política y disminuir el peso de las asimetrías nacionales dentro de la región.

Como resultado, se creó una agenda de salud con características particulares en la región. Por un lado, sus principios y valores impregnan el proceso de formulación de políticas y acciones comunes, y por otro lado, la promoción de una forma novedosa de influir no solo en los espacios nacionales sino también en los globales. Con relación al primer aspecto, **UNASUR Salud** entiende que la falta de acceso a los sistemas de salud y las desigualdades sociales son causas directas de enfermedad. Por ese motivo, no habla de enfermedades desatendidas o poblaciones desatendidas, sino de derechos, igualdad y justicia social. Esto es particularmente relevante si consideramos que hoy es necesario comprender no solo las causas de las enfermedades, sino también observar todo el proceso de salud y enfermedad a la luz de las inequidades que afectan tanto los resultados de salud como los determinantes sociales de la salud. Esto implicó la necesidad de pasar de un modelo biomédico de salud a uno que tenga en cuenta la complejidad y multidimensionalidad de la salud, las desigualdades sociales y su incidencia en el bienestar y la importancia de un enfoque integral (García-Ramírez, 2013). Si bien los poderes predominantes que lideran la cooperación internacional (como se mencionó en el inicio de este artículo) apuntan a enfermedades específicas a través de intervenciones verticales, programas y financiamiento específico (Harman, 2012), **UNASUR** busca abordar la salud desde un enfoque basado en los derechos y en los determinantes que son productores de enfermedad. Esos principios se consolidan con una estrategia de formación continua de los funcionarios del campo de la salud de los Estados que integran el Consejo Suramericano de Salud, a través del **ISAGS**.

**UNASUR** se esfuerza por obtener una voz en el escenario de la salud internacional, ganando protagonismo político a través de dos movimientos paralelos altamente relevantes en términos de diplomacia de salud. Para hacerlo, **UNASUR** se ha posicionado en la arena global en la que ha habido un aumento en los temas de salud en la agenda (**Río+20**, **CIPD+20**, **Conferencia Mundial sobre SDH**, etc.). Estos escenarios están marcados por dos movimientos globales diferentes, uno vinculado a la apertura

y la globalización del mercado de la salud y el otro vinculado a los derechos (relacionado con Alma-Ata, foros como **Salud en todas las políticas**, el **Convenio Marco para el Control del Tabaquismo**). Más allá de estos dos movimientos que marcan el escenario, también hay un cambio con el surgimiento de debates en la agenda de salud y desarrollo en la **Organización Mundial del Comercio (OMC)** y la **Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI)**, entre otros (Coitiño, 2014). Al ganar una voz en la diplomacia global, **UNASUR** es una fuerza impulsora central que también permite la construcción de identidad regional. Por ejemplo, pudo negociar como bloque en la **67ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS)** sobre el informe presentado por el Panel Asesor de Desarrollo de la Salud (ISAGS, 2014). En este caso, los Estados miembros de UNASUR adoptaron una posición común sobre 10 temas: vacunas, discapacidad, seguimiento de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, **Agenda Post-2015**, repercusión de la exposición al mercurio, contribución de la salud al desarrollo social y económico, acceso a medicamentos esenciales, fortalecimiento de los sistemas de regulación y seguimiento de la **Declaración Política de Recife** sobre recursos humanos y del informe presentado por el **Grupo de Trabajo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo** (ISAGS, 2014). Por lo tanto, la participación del Consejo Suramericano de Salud en este tipo de foro internacional es fundamental para la misión de construir una agenda compartida. Un ejemplo de esto ha sido el mapeo de experiencias de atención primaria en las Américas llevado a cabo por el **ISAGS** que da cuenta de los diversos modelos de atención médica integral adoptados a lo largo del tiempo que se presentaron a la **AMS**. La iniciativa tiene como objetivo proporcionar a los gobiernos información para identificar políticas estratégicas para la acción local o regional, facilitando la toma de decisiones.

En este sentido, la región se fortalece al tomar posiciones conjuntas en diferentes escenarios internacionales. Los consensos creados y la participación en instancias internacionales abonan una mayor capacidad de incidencia y un mayor margen de negociación, que ya era desigual entre los países de la región. En el proceso político de **UNASUR**, la salud parece haberse fortalecido como una herramienta para un desarrollo autónomo frente a la influencia externa y el enfoque tradicional de las organizaciones o socios donantes. El campo de la salud aparece, entonces, como un eje integrador de gran potencial (Giffoni, 2018).

## Conclusiones

El análisis propuesto en este artículo busca situar a la iniciativa de regionalización de políticas en salud dentro de una corriente de pensamiento y acción con amplia trayectoria en la región, como la **MS/SC**. El proyecto de regionalismo de la **UNASUR**, entonces, debe entenderse como parte de una matriz de pensamiento con perspectiva latinoamericana. De ese modo, **UNASUR** no ha sido ajeno a la experiencia así como a los conflictos y desafíos político-económicos que enfrentan históricamente sus Estados miembros, aun con elementos novedosos. En el paradigma de integración que **UNASUR** propuso, el foco en las políticas sociales logró institucionalizar ciertas dinámicas y roles para el bloque regional. Como dicen Riggiozzi, Herrero y Tussie:

Así, la creación de este organismo regional recreó un nuevo espacio identitario que redefine el principio ordenador de la gobernanza regional más allá de lo comercial-económico, privilegiando el respeto a la soberanía; la solidaridad; y la cooperación para, no solo reducir asimetrías sociales al interior de la región, sino además fortalecer posiciones comunes en el escenario mundial. (Riggiozzi *et al.*, 2018).

Este paradigma novedoso para la integración permitió la creación de un área de trabajo como el Consejo Suramericano de Salud, con una agenda que retomaba elementos de la matriz conceptual tradicional latinoamericana a la vez que rompía con formas establecidas de entender las políticas en salud.

Diez años después del surgimiento de **UNASUR**, es posible afirmar que la salud ha ocupado un lugar destacado en su agenda y que ello responde a la historia de la región. Los valores, principios y enfoques alternativos en salud (salud como un derecho humano, énfasis en los determinantes sociales de la salud, privilegio de los sistemas de salud universales sobre la cobertura universal de salud) se incorporaron a la agenda no solo por la trayectoria que tiene la salud en materia de integración y cooperación en nuestra región, sino también gracias a los esfuerzos intelectuales y militantes de un grupo de profesionales comprometidos, pertenecientes a la larga tradición de la **MS/SC** Latinoamericana, que visualizaron una oportunidad para influir tanto a nivel nacional como regional. Este marco

conceptual le ha permitido a **UNASUR** discutir los lineamientos de las políticas de salud en lugar de “programas” para enfermedades específicas. Asimismo alcanzar posiciones conjuntas con organizaciones internacionales como la **OMS** y la **OPS** fortalece nuestra región al tener una mayor incidencia y margen de negociación (Belardo, 2018).

La constitución de **UNASUR** ha supuesto varios cambios. Primero, los temas de la agenda regional han tenido un impacto diverso en las agendas de diferentes países debido a las diferencias sociales, políticas, económicas y culturales y, sobre todo, a la relación de las fuerzas políticas internas. En segundo lugar, **UNASUR** ha sido considerado como un ejemplo de cooperación político-técnica entre países, sin requerir que los miembros renuncien a la soberanía individual y que establezcan acuerdos de cooperación consensual. En tercer lugar, **UNASUR** ha tratado de romper con las viejas lógicas de la cooperación tradicional en salud, tradicionalmente ancladas en la lucha contra enfermedades o programas específicos sin entender la salud de nuestros países desde una perspectiva estructural. Finalmente, el Consejo Suramericano de Salud, sus Grupos Técnicos y Redes de Estructuración, y el **ISAGS** -un órgano permanente del Consejo- constituyeron espacios pensados para fortalecer la integración y la Cooperación Sur-Sur en salud, reconociendo que la salud es un puente hacia la paz y el desarrollo de los pueblos.

Ahora bien, algunas de las fortalezas que notamos anteriormente pueden convertirse en debilidades o límites. El hecho de que las decisiones políticas se adopten por unanimidad otorga mayor poder y legitimidad a las medidas. Sin embargo, cuando la representación política de los países miembros cambia significativamente, necesariamente la **UNASUR**, en un contexto de diferentes intereses y visiones ideológicas conflictivas, puede entrar en una situación de estancamiento (Belardo, 2018).

En cuanto a la recomendación de las políticas públicas, las organizaciones regionales armonizan los enfoques, pero no son responsables de formular políticas ni sus propuestas tienen fuerza de ley. Entonces, puede haber un consenso general, pero cada país implementa el consenso de una manera diferente, incluso opuesta. Por ejemplo, existe un consenso general sobre la necesidad de una salud universal, sin embargo, los países

interpretan esta universalización de una manera muy diferente. Esto se traduce en diferentes sistemas de salud entre países. Además, a pesar de que varios artículos del **Tratado Constitutivo de UNASUR** proclaman la participación ciudadana en la salud, esta participación popular no se hizo efectiva ni institucionalizada (Belardo, 2018).

Y finalmente, es necesario plantear el debate acerca de la continuidad de las premisas sobre las que los logros mencionados se han sustentado. Después de una década de existencia a favor de la integración, la experiencia de **UNASUR** está amenazada por la aparición de líderes conservadores en la región y la reciente decisión de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Perú de abandonar el bloque, que fuera emblema del “giro” a la izquierda de la región. La salida de los 6 países miembros del bloque de la **UNASUR** pondría en peligro la continuidad de los planes y proyectos conjuntos en el área de la salud, debilitando la iniciativa de integración en salud.

La región aún tiene grandes deudas sociales y la necesidad de consolidar muchos de sus logros. El campo de la salud como hemos visto tiene una larga trayectoria en materia de cooperación en nuestra región y ha demostrado, tanto a nivel regional como global, que puede ser un buen canalizador de consensos. En el actual contexto de realineamientos políticos empiezan a adquirir mayor fuerza otros paradigmas de integración regional, aún con acuerdos que se superponen. Las alianzas más ligadas a los intereses de los Estados Unidos están tomando mayor protagonismo, como el acercamiento entre la **Alianza del Pacífico** y el bloque del **MERCOSUR** o los intentos, hasta el momento frenados por la propia **Unión Europea**, entre esta comunidad y el **MERCOSUR**. Queda por ver si esto implicará un realineamiento completo y el direccionamiento de la mirada hacia los postulados del norte, o si será posible mantener espacios soberanos en materia de integración. Uno de los logros que ha sabido construir el proceso de integración sostenido por la UNASUR.

## Bibliografía

- Almeida-Filho, N., y Silva Paim, J. (1999). "La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario), N° 75, pp. 5-30.
- Belardo, M. (2018) *Una década en la integración de Sudamérica: límites y perspectivas en salud. 15 de febrero*. Recuperado el 28/06/2018 de: <https://sincopa-sv.blogspot.com/2018/02/una-decada-en-la-integracion-de.html>.
- Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1):S13-S27.
- Brown, T. M., Cueto, M. y Fee, E. (2006). "The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health". *Am J Pub Health*, 96(1), pp. 62-72.
- Buse, K. y Waxman, A. (2001). "Public-private health partnerships: a strategy for WHO". *Bull World Health Organ*, N° 79, pp. 748-754.
- Buss, P. y Ferreira, J.R. (2010). "Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde". *RECIIS*, N° 4, pp. 93-105.
- Coitiño, A. (2014). *Análisis del fenómeno de los procesos regionales de integración en salud como actores emergentes de la diplomacia de la salud global: el caso UNASUR*. Mimeo sin publicar, presentado en Programas de Líderes de Salud Internacional OPS/OMS (PLSI). Washington, DC: PanAmerican Health Organization.
- Fidler D. (2001). "The globalization of public health: The first 100 years of international health diplomacy". *Bull World Health Organ*, 79(9), pp. 842-849.
- (2010). *The challenges of global health governance*. New York: Council on Foreign Relations. Recuperado el 3/10/2016 de <http://www.cfr.org/global-governance/challenges-global-health-governance/>.
- Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). "Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida". *Salud colectiva*, 7(3), pp. 285-315.
- García-Ramírez, J. y Vélez-Álvarez, C. (2013) "América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas". *Rev. Salud Pública*, 15 (5). pp. 731-742.
- Giffoni, M. (2018). *UNASUR y la integración regional en salud*. ISAGS. Recuperado el 28/06/2018 de <http://isags-unasur.org/es/unasur-y-la-integracion-regional-en-salud/>.
- Granda Ugalde, E. (2003). *¿A qué llamamos salud colectiva hoy?*. Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva, Brasilia.
- Harman, S. (2012). *Global Health Governance*. New York: Routledge.
- Herrero, M. y Tussie, D. (2015). "UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America". *GlobSocPolicy*. 15(3), pp. 261-277.
- Herrero, MB. (2017). "Moving towards South-South International Health: debts and challenges in the regional health agenda". *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(7), pp. 2169-2174.
- Iriart, C, Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E.E. (2002) "Latin American social medicine: contributions and challenges". *Rev Panam Salud Pública*, N° 12, 128-136.
- ISAGS (2014). "Posiciones comunes de UNASUR hacen avanzar la agenda de Salud Global". *Newsletter*. Rio de Janeiro. Recuperado el 30/11/2015 de <http://www.isagsunasur.org/uploads/eventos/v%5B282%5Dling%5B2%5Danx%5B257%5D.pdf>.
- Labonté R. y Gagnon M. (2010). "Framing health and foreign policy: Lessons for global health diplomacy". *Global Health*, 6(14), pp. 1-19.
- Lewis, K. (1996) "Social Movements". En Faris, E. (ed.) *Handbook of Modern Sociology*. Chicago: McNally & Company.
- Nunes, E. D. (1992). "Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración". En Franco, S., Nunes, E.D., Breilh, J., Laurell, A.C. (org.) *Debates en medicina social*. Quito/Washington: OPS/OMS-ALAMES/CEAS.
- (2008). *Por una arqueología de la medicina preventiva. El dilema preventivista: Medicina Preventiva: contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Paim, J. S. y Naomar A. F. (1998). "Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas?". *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): pp. 299-316.
- Quijano, A. (2005) "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina". En Lander, E. (comp) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO y UNESCO.
- Riggirozzi, P., Herrero, M. y Tussie, D. (2018). *Viraje político y la agenda regional en salud*. Recuperado el 23/06/2018 de <http://flacso.org.ar/noticias/viraje-politico-y-la-agenda-regional-en-salud/>.
- Riggirozzi, P. y Tussie, D. (comp.) (2012). *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America*. Dordrecht: Springer.

- Riggiozzi, P. (2014). "Regionalism through social policy: Collective action and health diplomacy in South America". *Econ Soc.*, 43(3), pp. 432-454.
- Roberts, B. y Portes, A. (2005). "Enfrentando la ciudad del libre mercado. La acción colectiva urbana en América Latina, 1980-2000" en Portes, Roberts y Grimson (ed.) *Ciudades latinoamericanas. Un análisis comparativo en el umbral del nuevo siglo*. Buenos Aires: Prometeo.
- Rovere, M. (2011) "Organismos Internacionales de Salud y la Argentina". *Voces en el Fénix*, 2(7), pp. 21-24.
- Sanahuja, J. A. (2011). *Multilateralismo y regionalismo en clave suramericana: el caso de UNASUR. Los desafíos del multilateralismo en América Latina*. Edición especial: CRIES - Universidad de Guadalajara - Universidad Iberoamericana.
- Soares, L. T. R. (2001). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Vozes.
- Tajer, D. (2003). "Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges". *American Journal of Public Health*, 93( 12), pp. 2023-2027.
- Teixeira, M. F. (2017). *O Conselho de Saúde da Unasul e os desafios para a construção de soberania sanitária*. Tesis doctoral. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz.
- Tilly, C. (1998) "Conflicto político y cambio social" en Pedro Ibarra y Benjamín Tejerina (editores) *Los movimientos sociales. Transformaciones políticas y cambio cultural*. Madrid: Editorial Trotta.
- Touraine, A. (1995). *Producción de la sociedad*. México: IIS-UNAM/IFAL/Embajada de Francia.
- Tussie, D. (2000). *Luces y sombras de una nueva relación: El Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Sociedad Civil*. Buenos Aires: FLACSO y Temas.
- (2009) "Latin America: Contrasting Motivations for Regional Projects". *Review of International Studies*, Vol. 35, Sup. 1, Marzo.
- UNASUR (2010). *Plan Quinquenal 2010-2015*. Recuperado el 3/10/2016 de [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins\\_documentosunasur/PQ%20UNASUR%20Salud.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins_documentosunasur/PQ%20UNASUR%20Salud.pdf).
- Vance, C., Mafla, L. y Bermúdez, B. (2012). "La cooperación Sur-Sur en Salud: la experiencia de UNASUR". *Línea Sur, Revista de Política Exterior*. 3(12), pp. 89-102.

### Fe de erratas:

Donde dice:

*El presente artículo forma parte de una investigación de mayor envergadura que se realizó en el marco del proyecto **PRARI/RePIR***

Debe decir:

*El documento fue escrito con el apoyo del UK Economic and Social Research Council (ESRC), Grant Ref. ES/L005336/1, otorgado a Nicola Yeates y The Open University (<http://www.open.ac.uk/socialsciences/prari/>). El documento no refleja necesariamente las opiniones de ESRC, Yeates o The Open University.*