

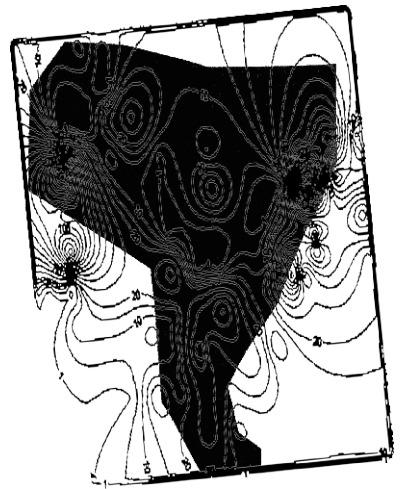
densidades



magdalena bas villizio
sandra colombo
luis dallanegra pedraza
maría belén herrero
jorgelina loza
marcela belardo
edelcio vigna
coletivo passarinho

23
junio
2018





densidades

densidades

Director

Oswaldo Andrés García

Comité Editorial

Juan Guevara

Luciana Litterio

Colaboradores

Marcelo Bancalari Solá

Marina Cifuentes

Cristina Marrón

Luciano Tosco

23

junio 2018

Editor Responsable

Oswaldo Andrés García

Tel: (54-911) 6815-7961

Calle Batalla de Rincón 750

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C1227ACF. República Argentina

osvaldoandresgarcia@gmail.com

Sumario

7 A modo de presentación

11 Detrás de la autonomía: América Latina y la solución de controversias inversor-Estado
Magdalena Bas Vilizzio

31 El intervencionismo humanitario y la Responsabilidad de Proteger. Las percepciones de los países de América Latina y su participación en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas
Sandra Colombo

57 Construcción “inteligente” de poder: cómo operar sobre las asimetrías del sistema mundial
Luis Dallanegra Pedraza

91 Una mirada latinoamericana de la salud internacional: el caso de UNASUR Salud
María Belén Herrero, Jorgelina Loza y Marcela Belardo

105 O impacto do social sobre as estruturas do
Estado: estudo de caso GT Agricultura, da Rebrip
Edélcio Vigna

131 ESPACIOS
Nas asas de um passarinho: vidas e lutas de um
coletivo de brasileiros migrantes
Coletivo Passarinho

139 LECTURAS
*América del Sur frente a los tratados bilaterales de
inversión: ¿hacia un retorno del Estado en la
solución de controversias?*, de Magdalena Bas
Vilizzio
Ana María Pastorino Castro

141 DOCUMENTOS
Declaración Final de la Cumbre de los Pueblos:
Por la Articulación Social de Nuestra América
Lima, 12 de abril de 2018

Los contenidos de esta publicación expresan
exclusivamente la opinión de sus respectivos autores.



Una mirada latinoamericana de la salud internacional: el caso de UNASUR Salud*

María Belén Herrero, Jorgelina Loza y Marcela Belardo

Introducción

Las políticas neoliberales aumentaron las desigualdades sociales, la exclusión social y las inequidades en salud en América Latina. El acceso inadecuado a la atención médica y los medicamentos continúa siendo un problema, especialmente entre los grupos de población más vulnerables de América del Sur. Tanto el acceso a la

atención médica como a los medicamentos se reconocen como importantes determinantes sociales de la salud. Para enfrentar este cuadro dramático de deterioro en las condiciones de vida de las poblaciones, los gobiernos de izquierda y progresistas que asumieron en la década de los 2000 en varios países sudamericanos, convirtieron a las políticas sociales en eje central de

*Este artículo es una versión actualizada y resumida de una ponencia presentada en el XXXI Congreso ALAS, Montevideo 2017. Disponible en: <http://alas2017.easyplanners.info/opc/tl/2269_maria_belen_herrero.pdf>.

MBH: Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencia Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Epidemiología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Investigadora en el Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina y en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Coordinadora del GT "Salud Internacional y Soberanía sanitaria" de CLACSO. Docente en el Doctorado de Ciencias Sociales de la UBA. Contacto: <bherrero@flacso.org.ar>.

JL: Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Magister en Sociología de la Cultura por la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Investigadora del CONICET con sede en la UBA. Docente de grado y posgrado en UBA y Universidad del Salvador (USAL). Miembro del GT "Salud Internacional y Soberanía sanitaria" de CLACSO.

MB: Licenciada en Ciencia Política y Doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Profesora de la Facultad de Derecho (UBA). Miembro del GT "Salud Internacional y Soberanía sanitaria" de CLACSO.

sus proyectos (Riggirozzi y Tussie, 2012).

En ese contexto, la salud adquirió un lugar destacado en la agenda de política exterior de esos países (Fidler, 2001) y en las relaciones internacionales en general. 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 es el objeto de análisis 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 un contexto de mayor interés por las políticas sociales surgió un nuevo marco de integración y diplomacia regional en salud en América del Sur. Una expresión de ese proceso fue la creación en 2008 de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y de su Consejo de Salud¹. A través de este consejo, UNASUR incorporó una agenda sanitaria desde la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva, entre cuyos ejes principales -y que lo que la diferencia de la salud pública tradicional- están los determinantes sociales de la salud, el derecho a la salud como derecho humano funda-

mental y el acceso universal a sistemas de salud entendidos como sistemas de carácter público y gratuito.

El objetivo de este artículo es contribuir a la comprensión de los principios sobre los que se ha construido la cooperación sanitaria internacional en América del Sur en la última década, el papel que las organizaciones regionales como UNASUR han desempeñado para sentar las bases en salud y los desafíos en materia de soberanía sanitaria en la región.

Globalización y salud en la agenda internacional

La gobernanza mundial de la salud se consolidó y diversificó después de la Segunda Guerra Mundial con la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. 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, particular-

1. El Consejo de Salud de UNASUR está conformado por los ministros de salud de los países-miembro.

mente 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 experien-

cias exitosas de organizaciones no gubernamentales en América Latina, África y Asia que actuaron en conjunto con las poblaciones 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 de salud selectiva”. Es decir, la implementación de intervenciones técnicas, de bajo costo y de pequeña escala, con UNICEF liderando la iniciativa en los años ‘80, aunque 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 esfuerzos 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 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 ha 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: un intento de recuperar la soberanía sanitaria regional

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. Los intentos de constitución de organizaciones regionales bajo gobiernos progresistas y de izquierda (incluyendo UNASUR, Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe -CELAC-, Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América -ALBA) han representado un conglomerado de organizaciones comerciales y políticas, y proyectos sociales en torno a principios de solidaridad y autonomía regional y brindaron 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), de acuerdo con las declaraciones del presidente de Ecuador, Rafael Correa, en su discurso inaugural en enero de 2007. 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. La salud es un ejemplo paradigmático de cooperación regional. Como argumentó Riggirozzi (2014:443), la atención a las políticas de salud muestra un “giro social” en la vida de las organizaciones regionales del Sur y su misión de cooperar.

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 y estructural. 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 Loza, 2017). En ese 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.

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, que 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 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.

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. A partir de ese debate, el bloque elaboró un documento conjunto que se discutió en la reunión de los ministros de la OPS.

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.

UNASUR surgió como un espacio factible para la promoción de la Cooperación Sur-Sur (CSS), 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 otras áreas sociales no poseen (Teixeira, 2017).

UNASUR alentó la CSS en sus declaraciones e intentó fortalecer una posición continental y mundial de la

nueva diplomacia de salud. La CSS 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), 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 salud a través de sus espacios de debate (talleres temáticos, conferencias y cursos). Además, de acuerdo con los principios de la CSS, 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

2. 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.

(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).

A modo de cierre: Logros y desafíos de UNASUR-Salud

América 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 Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva

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 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, el nacionalismo coexiste con la defensa de la soberanía en la región. De hecho, esto ha sido a menudo 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. UNASUR constituye un intento de establecer un paradigma alternativo para la integración de los 12 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.

Con las consecuencias de las políticas neoliberales y la profundización de la desigualdad social, los referentes de Medicina Social y Salud Colectiva lucharon por la necesidad de recuperar el papel del Estado. Con el surgimiento de gobiernos izquierdistas y progresistas en la región, se abrió una oportunidad para que las ideas de Medicina Social y Salud Colectiva 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 fomen-

tado 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.

Con relación al segundo punto, UNASUR se esfuerza por obtener una voz en salud global, 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 67^a 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 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 aten-

ción 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. De esta forma se logra una mayor incidencia y margen de negociación. 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.

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 de Salud, sus Grupos Técnicos y Redes de Estructuración, y el ISAGS -un órgano permanente del Consejo- son espacios para fortalecer la integración y la CSS en salud, reconociendo que la salud es un puente hacia la paz y el desarrollo de los pueblos.

Sin embargo, 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. 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. Surge imperiosa la necesidad de debatir cómo continuar el camino instituido por UNASUR Salud y cuáles son los posicionamientos acerca del acceso a la salud que ha permitido consolidar en los países de la región. ■



Bibliografía

Belardo M. (2018). “Una década en la integración de Sudamérica: límites y perspectivas en salud”. Blog Sincopa de medicina social. 15 de febrero. Accesible en: <<http://sincopa-sv.blogspot.com.ar/2018/02/una-decada-en-la-integracion-de.html>>.

Brown, T. M., Cueto, M., Fee, E. (2006). “The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health”. *Am J Pub Health*, 96(1), 62–72.

Buse, K., y Waxman, A. (2001). “Public-private health partnerships: a strategy for WHO”. *Bull World Health Organ*, 79, 748–54.

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 (pp. 1–32, documento inédito). Programas de Líderes de Salud Internacional OPS/OMS (PLSI). Washington, DC: PanAmerican Health Organisation

Fidler D. (2001). “The globalization of public health: The first 100 years of international health diplomacy”. *Bull World Health Organ*. 79(9), 842–849.

Fidler D. (2010). “The challenges of global health governance”. New York: Council on Foreign Relations. Accesible en: <<https://www.cfr.org/report/challenges-global-health-governance>>.

García-Ramírez, J. A y Vélez-Álvarez, C. (2013). “América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas”. *Rev. Salud Pública*, 15 (5), 731–742.

Harman, S. (2012). *Global Health Governance*. New York: Routledge.

Herrero, M. B. (2017). "Moving towards South-South International Health: debts and challenges in the regional health agenda". *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2169-2174. Retrieved February 13, 2018, from <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03072017>

Herrero, M. B. y Loza, J. (2017). "Building a regional health agenda: a rights-based approach to health in South America". *Glob Public Health*, 1-13.

ISAGS. (2014). "Posiciones comunes de UNASUR hacen avanzar la agenda de Salud Global". *Newsletter*. Rio de Janeiro. Accesible en: <<http://www.isagsunasur.org/uploads/eventos/v%5B282%5Dling%5B2%5Danx%5B257%5D.pdf>>.

Labonté R., Gagnon M. L. (2010). "Framing health and foreign policy: Lessons for global health diplomacy". *Global Health*. 6(14),1-19.

Riggiozzi, P. (2014). "Regionalism through social policy: Collective action and health diplomacy in South America". *Econ Soc*. 43(3), 432-454.

Riggiozzi, P. y Tussie, D. (compilers) (2012). *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America*. Dordrecht: Springer.

Roberts, B. y Portes, A. (2005). "Enfrentando la ciudad del libre mercado. La acción colectiva urbana en América Latina, 1980-2000". En: Portes, Alejandro; Roberts, Bryan R. y Grimson, Alejandro (coordinadores). *Ciudades latinoamericanas. Un análisis comparati-*

vo en el umbral del nuevo siglo. Buenos Aires: Prometeo. 509 - 556.

Rovere, M. (2011). "Organismos Internacionales de Salud y la Argentina". En: *Voces en el Fénix*; 2(7), 21-24.

Soares, L.T.R. (2001). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Vozes.

Teixeira, M.F. (2017). *O Conselho de Saúde da Unasul e os desafios para a construção de soberania sanitária* (doctoral thesis). Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

UNASUR (2008). *Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas*. Accesible en: <<https://www.unasur.org/images/descargas/DOCUMENTOS%20CONSTITUTIVOS%20DE%20UNASUR/Tratado-UNASUR-solo.pdf>>.

UNASUR (2010). *Plan Quinquenal 2010-2015*. Accesible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins_documento_sunasur/PQ%20UNASUR%20Salud.pdf>.

Vance, C., Mafla, L. y Bermudez, B. (2016). "La cooperación Sur-Sur en Salud: la experiencia de UNASUR". *Línea Sur, Revista de Política Exterior*. 3(12), 89-102. ■