

**Título del trabajo:** UNASUR Salud: Un nueva Diplomacia en Salud en América del Sur?

**Eje temático:** Procesos de integración regional

**Autores:** María Belén Herrero (FLACSO Argentina).

Dirección postal: FLACSO Argentina, Ayacucho 555 (C1026AAC), Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: [bherrero@flacso.org.ar](mailto:bherrero@flacso.org.ar)

**Resumen:**

Desde la creación de Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), las políticas de salud devinieron en un factor estratégico en América del Sur con la intención de revertir el enfoque de ajuste que reinaba como resultado del auge del neoliberalismo a fines del siglo pasado. El ascenso al poder de gobiernos de tendencia izquierdista en América del Sur trajo una nueva actitud hacia el orden internacional y la reforma interna social al mismo tiempo que se creó un nuevo consenso sobre gobernanza regional. En un contexto de aumento de las desigualdades sociales y las inequidades en salud en la región, junto con la expansión de sectores excluidos de la población, la política social y la salud se convirtieron en una preocupación central de los países de la región. El objetivo de este trabajo es por un lado describir los procesos sociales, políticos y económicos que permiten comprender el surgimiento de un organismo como UNASUR y su foco en la política social -a través de la salud- y por el otro, cómo estas nuevas estrategias de acción colectiva integral constituye un valor agregado hacia una nueva forma de diplomacia en salud.

## **UNASUR Salud: Un nueva Diplomacia en Salud en América del Sur?**

### **Después del neoliberalismo: la nueva izquierda y la construcción del regionalismo**

Ha sido bien investigado cuántos factores estructurales tales como el fin del comunismo, el colapso de las economías del mundo en desarrollo a raíz de la crisis de la década de 1980, y el auge de las finanzas mundiales en los años 1980 y 1990 contribuyeron al 'triumfo' de las ideas liberales sobre la centralidad de los mercados y la propagación inevitable del capitalismo (Riggiozzi y Tussie, 2012). En América Latina este contexto dio lugar a un mayor protagonismo de las agencias de ayuda internacionales, las instituciones financieras, las economías controladas por el Estado y las promesas de las economías abiertas. Desde esta perspectiva se entendió a América Latina como parte de un sistema americanizado, que miraba al Norte y que postulaba el regionalismo a través los vínculos con la economía del otro hemisferio (Grugel, 1996). El regionalismo era visto simplemente como manifestaciones de órdenes mundiales, concebido por política hegemónica y modelados por la necesidad de los países de participar eficazmente en la actividad global del mercado. En palabras de Sanahuja (Sanahuja, 2012) mientras que acciones concretas de cooperación regional asociados con el proteccionismo económico de posguerra caracterizaban al viejo regionalismo, el llamado nuevo regionalismo se refiere a los modelos que el consenso neoliberal dio inicio en los años 90 (Phillips, 2003). Con pocos márgenes de autonomía, se fue cayendo progresivamente en una alineación más estrecha con EE.UU, portero y abanderado de los mercados abiertos y el regionalismo abierto (Riggiozzi, 2012). La construcción regional se concibió como un proyecto fundamentalmente comercial, no político ni social (Franco y Di Filippo, 1999).

Con el devenir de los acontecimientos el panorama regional fue volviéndose cada vez más complejo y desafiando la noción de regionalismo y la gobernanza liberal liderada por Estados Unidos. El neoliberalismo se había propuesto como un paradigma político y económico, con un modelo de democracia de mercado, sostenible e integrador como principios de desarrollo. Estos pilares fueron críticamente cuestionados por académicos, políticos, actores sociales y profesionales, a la vez que en América del Sur se instalaba la convicción en cuanto a la necesidad de definir y redefinir normas de compromiso y

cooperación regional. Con base en el principio de nuevas alianzas los nuevos líderes de izquierda, comenzaron a redefinir los contornos de la gobernanza regional.

La renovación política en América Latina, y sobre todo en América del Sur ya había comenzado incluso antes de la crisis. Una nueva Izquierda y Centroizquierda ganó terreno político en la defensa de ideas para mejorar la redistribución de la renta y los servicios sociales en Venezuela (1998), Brasil (2002, 2006 y 2010), Argentina (2003 y 2008), Uruguay (2004), Bolivia (2005), Ecuador (2006), Paraguay (2008) y finalmente Perú (2011) (Riggirozzi y Tussie, 2012). Probablemente, uno de los hechos característicos de este nuevo período fue el inicio de un proceso de devolución de préstamos y cancelaciones de deudas por muchos países de la región, que implicó la liberación de las presiones del Fondo Monetario Internacional (Riggirozzi y Tussie, 2012). Tal es el caso de Argentina y Brasil que en diciembre de 2005 anunciaron que pagarían \$9,8 mil millones y \$15.5 mil millones, respectivamente. Posteriormente Uruguay, Panamá, Ecuador y Venezuela siguieron su ejemplo. En 2006 Ecuador terminó el contrato de operación con la petrolera estadounidense Occidental Petroleum y junto con esto, un año más tarde, el presidente Rafael Correa ordenó la expulsión del representante del Banco Mundial en el país (Riggirozzi y Tussie, 2012). A estos hechos se le sumó la movilización social contra el ALCA con encuentros que llamaban a fortalecer la solidaridad a escala regional. América del Sur en este contexto, se convirtió en una plataforma para el surgimiento de un regionalismo que incorporaría las dimensiones normativas de una nueva era e iría más allá de los patrones marcados por Estados Unidos sobre integración comercial.

El esfuerzo por recuperar el potencial de desarrollo de América del Sur es la clara manifestación de un cambio histórico, un "cambio de época" (en lugar de simplemente una era de cambio) de acuerdo con el Presidente de Ecuador, Rafael Correa, en su discurso inaugural como presidente de Ecuador en enero de 2007. Este cambio de época se caracteriza por formular prácticas políticas con raíz en el desarrollo social, la acción comunitaria, y en la puesta en marcha de nuevas prácticas a nivel regional y una nueva construcción regional (Riggirozzi y Tussie, 2012). Este contexto da lugar al surgimiento de nuevas políticas regionales y nuevos acuerdos en la región basados en principios, normativas y sistemas de reglas diferentes de las que habían sido promovidos hasta entonces por los EE.UU y tomadas por muchos países de la región, desde su regionalismo abierto impulsado por la lógica del mercado.

El regionalismo "abierto" propio de la economía neoliberal y bajo el liderazgo de EE.UU perdió fuerza y dinamismo y se enfrentó con la re-emergencia gradual de nuevos nacionalismos en la región. Además de ser meras respuestas subregionales ad hoc a las muchas crisis del neoliberalismo y a la resistencia a la hegemonía hemisférica de Estados Unidos, la importancia de estos procesos es que fueron constituyéndose en una re-politización de la región que dio nacimiento a nuevas organizaciones políticas y proyectos regionales en los que los Estados, los movimientos sociales y líderes comenzaron a interactuar construyendo nuevos entendimientos del espacio regional (Riggirozzi y Tussie, 2012).

Riggirozzi (2014) sostiene que estos proyectos regionalistas son expresiones de una redefinición de consenso regional sobre el intercambio social y económico de los recursos, las regulaciones, la planificación y la cooperación financiera. Al mismo tiempo, estas prácticas fueron sentando nuevas bases para la cohesión política y social en la construcción de la regionalidad<sup>1</sup>.

Estas nuevas formas de la política y de la organización en el marco de nuevos proyectos regionalistas, están actualmente redefiniendo nuevas fronteras geográficas e ideológicas, junto con nuevos consensos que se definen a nivel regional (como por ejemplo mecanismos de financiación en nuevos ámbitos sociales como la educación, la salud, el empleo, la energía, la infraestructura y la seguridad). Estos consensos están estableciendo nuevos límites regionales más allá de los EE.UU y el regionalismo impulsado por el mercado. Desde esta perspectiva, no sólo la noción de región se resignifica para reflejar los nuevos contornos de la acción del Estado, sino que fundamentalmente esto está dando origen a una nueva retórica acerca de qué es el regionalismo y para qué. En suma, como sostienen Riggirozzi y Tussie (2012), es posible empezar a hablar de regionalidad, pertenencia e incluso un nuevo ADN en el

---

<sup>1</sup> *Regionalidad* implica en primer lugar, un sentido de identidad y pertenencia de los actores estatales y no estatales a una región en particular sobre la base de valores compartidos, normas e instituciones que rigen su interacción y la forma en que perciben a sí mismos dentro de una política común. En segundo lugar, regionalidad denota acción cohesiva hacia el exterior. La idea de la región abarca entonces las relaciones transfronterizas sociales, políticas y económicas organizadas bajo un sentido de pertenencia manifiesto, y con objetivos comunes y valores simbólicos, y con instituciones y regulaciones que favorecen la capacidad de la región para interactuar de forma autónoma en el ámbito internacional. (Riggirozzi y Tussie, 2012)

regionalismo latinoamericano en base a nuevas ideas, políticas e instituciones nacionales en el sistema global.

El regionalismo no es sólo la institucionalización de las prácticas transfronterizas, sino también el producto de las transformaciones del espacio en su conjunto y de la resignificación de los actores estatales y no estatales en cuanto a motivaciones, intereses, prácticas y políticas económicas y políticas. Región es, parafraseando a Wendt, lo que los actores hacen de ella.

América Latina representa hoy un conglomerado de proyectos de integración de políticas asistencialistas con políticas sociales y post-negociación con vistas a la recuperación de los principios de cooperación y solidaridad. En este escenario que no se presenta libre de conflictos ni contradicciones, los términos de gobernanza regional se están redefiniendo, y cada proyecto se enfrenta a visiones sustancialmente divergentes de lo que es el regionalismo y para qué. La reconfiguración de la gobernanza regional en una América del Sur distinta de la más amplia América Latina ha sido una pieza fundamental de la economía política en el hemisferio durante la última década.

Proyectos regionales como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) ofrecen nuevos espacios para la deliberación y la aplicación de políticas que comenzaron a surgir como alternativas al viejo regionalismo y como críticas al neoliberalismo y sus consecuencias en los países de la región. UNASUR surge de la necesidad de recuperar la región y abraza la solidaridad global en lugar de la gobernanza liberal global y las políticas económicas impulsadas por el mercado. Cabe destacar que esto no quiere decir que el capitalismo, el liberalismo y las formas relacionadas con el comercio dejaron de existir o desaparecieron de la agenda regional. Lo que esto significa es que su centralidad está siendo desplazada hacia nuevas alternativas válidas y auténticas más allá de la integración neoliberal. El viejo regionalismo sentó las bases para el nuevo regionalismo, que surge como respuesta a las insuficiencias, limitaciones y crisis que acarreó el primero. En un contexto alterado, el contenido también cambia. Retomando la tipificación que realizan Riggiozzi y Tussie (2012), la nueva configuración del mapa regionalista latinoamericano se puede definir como una superposición (y competencia) de tres proyectos principales:

I. Los proyectos con un fuerte énfasis en la integración comercial como un tránsito hacia un multilateralismo amplio, con bajo contenido socio-político (es decir, la Alianza del Pacífico);

II. Proyectos que promuevan el comercio, profundizando los vínculos con los países vecinos y que a su vez, buscan alternativas y un comercio autónomo, incluso llegando a la región (es decir, el Mercado Común Centroamericano, la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR);

III. Un modelo que enfatiza más radicalmente aspectos políticos y sociales de la integración, con nuevos compromisos económicos y de bienestar, la recuperación de los principios del socialismo en oposición directa a la globalización neoliberal (como la Alianza liderada por Venezuela Bolivariana para las Américas (ALBA), que agrupa Cuba, Bolivia , Ecuador, Nicaragua, Dominica y Honduras.

Más allá del énfasis comercial que impulsan los proyectos de integración regional, un nuevo contexto político-económico en América Latina abrió espacio para la emergencia de nuevas articulaciones de políticas regionales que reclaman, y tal vez re-inventan, principios de solidaridad y colectivismo regional que difieren fuertemente de previos proyectos regionalistas. El regionalismo hoy representa un conglomerado de proyectos comerciales, políticos, y sociales que se articulan alrededor de nuevos principios de solidarismo y autonomía regional, como una oportunidad de los nuevos líderes para sincronizar políticas de inclusión en múltiples escalas y revertir las consecuencias sociales, políticas y económicas del neoliberalismo.

En un contexto de aumento de las desigualdades sociales, inequidades en salud y la expansión de sectores excluidos de la población, la política social y como veremos más adelante, la salud, se convirtieron en una bandera de los países de la región.. De aquí que resulta esencial comprender los procesos sociales, políticos y económicos que explican el por qué del surgimiento de un organismo como UNASUR y su creciente foco en des-neoliberalizar la política de salud y adoptar un marco normativo para ello.

**Desigualdades sociales e inequidades en salud y la emergencia de respuestas regionales**

La adopción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en la década de 1970 había dado lugar a la discusión sobre los determinantes sociales de la salud como una de las principales preocupaciones en relación a los problemas de salud pública (Irwin y Scali, 2010). El modelo de APS según los principios de Alma-Ata enfatizaba la necesidad de una estrategia integral de salud que abordara no solo el acceso a los servicios de salud, sino también las causas sociales, económicas y políticas de la mala salud (Irwin y Scali, 2010). Sin embargo, una década más tarde, la implementación de las políticas neoliberales, los principios del libre mercado y la reducción del rol del Estado, tendría impacto en las principales áreas de intervención de los estados, entre ellas el sector de la salud. Las políticas globales de salud se convirtieron en parte de la transición neoliberal que se extendió por las organizaciones internacionales en las décadas de 1980 y la década de 1990 y en un sitio central para la implementación de las reformas neoliberales y por lo tanto eran de creciente interés para la concepción de ajuste estructural del Banco Mundial. En este marco, el Banco Mundial instó en una mayor confianza en el mercado para financiar y prestar asistencia sanitaria y abogó por la privatización de los servicios públicos de salud (Brown et al, 2006). Ya a finales de 1990, el Banco Mundial había logrado reorientar las prioridades: de la atención primaria de la salud a las intervenciones costo-efectivas y se había establecido como una autoridad dominante en el campo de la salud global.

En el plano de la política macroeconómica, los programas de ajuste estructural en muchos países en desarrollo por las instituciones financieras internacionales condujeron a fuertes reducciones en el gasto social. Al igual que otros aspectos de la atención primaria integral de salud, la acción sobre los determinantes fue debilitado por el consenso político y económico neoliberal dominante en la década de 1980 y sus políticas de privatización y desregulación económica.

Las doctrinas neoliberales afectaron la salud a través de dos mecanismos principales: (1) las reformas del sector salud llevadas a cabo por muchos países de bajos y medianos ingresos a partir de la década de 1980; y (2) los programas de ajuste estructural impuestos en un gran número de países, como condición para la reestructuración de la deuda, el acceso a nuevos préstamos para el desarrollo y otras formas de apoyo internacional. A esto se añadió un tercer dispositivo, de particular importancia desde mediados de la década de 1990 en adelante: los acuerdos comerciales internacionales y

las normas establecidas por organismos como la Organización Mundial del Comercio (OMC), formada en 1995 (Irwin y Scali, 2010).

La implementación de las políticas neoliberales y las sucesivas crisis económicas contribuyeron al empobrecimiento de la mayoría de la población y al sostenido crecimiento de sectores excluidos (Swampa, 2000). Este contexto contribuyó a profundizar las desigualdades sociales, impactando fuertemente en el acceso a los servicios de salud y en el estado diferencial de salud de distintos sectores de la población. Sin embargo, importantes medidas comenzaron a diseñarse para el abordaje de los factores que estaban afectando la salud de las poblaciones y ya a finales de la década de 1990 varios países, especialmente en Europa, comenzaron a diseñar e implementar políticas de salud innovadoras para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud a través de la acción sobre los llamados determinantes sociales de la salud. Posteriormente, el aumento de las crisis económicas locales y regionales y la creciente vulnerabilidad de las personas pobres y marginadas dieron lugar a un crecimiento de la protesta social y política (Irwin y Scali, 2010).

Surgieron diversos estudios para identificar y abordar los determinantes de las desigualdades en salud que afectaban a grandes sectores de la población. Probablemente algunos de los más emblemáticos fueron el informe canadiense de Lalonde en 1974 y el “Black Report” de Inglaterra en 1980.

Teniendo en cuenta, por un lado, el contexto mundial que afecta la forma en que las sociedades prosperan y que a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, y por el otro el lugar que ocupan las personas en la jerarquía social y que afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen, así como su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias de la mala salud, es que resurge o adquiere mayor relevancia la preocupación por los factores determinantes sociales y la equidad en la salud. Las condiciones de vida de las personas tienen una influencia poderosa en la salud, y las desigualdades en estas condiciones conllevan a desigualdades en materia de salud, desigualdades, por otra parte, consideradas evitables e injustas. Preguntarse cuáles son las causas de estas causas implica centrarse justamente en los determinantes sociales de la salud –las estructuras fundamentales de la jerarquía social y las condiciones determinadas socialmente que estas estructuras crean y en las cuales las personas

crecen, viven, trabajan y envejecen (Solar e Irwin, 2010). En consecuencia, adquiere visibilidad y particular relevancia el contexto social en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud. En este contexto, a inicios de la década del 2000 comienza a observarse una creciente preocupación por salud mundial ubicada más que nunca en la agenda internacional, reconociendo cada vez más necesidad de estrategias de salud que aborden las raíces sociales de la enfermedad y el bienestar.

A partir de aquí y particularmente en los últimos años, aumentaron considerablemente los trabajos que, desde la perspectiva de los determinantes sociales y económicos de la salud, buscaban aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud, no sólo para hacer referencia a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales sino también a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad (Sen, 2009).

Un reflejo de esto fue el impulso para la acción sobre los determinantes sociales de la salud y la adopción por parte de 189 países de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, sobre los cuales se fijaron metas ambiciosas hacia el 2015 de reducción de la pobreza y el hambre; la educación; empoderamiento de la mujer; salud del niño; la salud materna; control de las enfermedades epidémicas; protección del medio ambiente; y el desarrollo de un sistema mundial de comercio justo (Irwin y Scali, 2010).

La evidencia muestra que la mayor parte de la carga mundial de la enfermedad y la mayor parte de las desigualdades en salud son causadas por factores sociales. La creciente importancia de la salud como un tema de desarrollo se ha entrelazado con una creciente conciencia y preocupación por las desigualdades en salud entre y dentro de los países. La preocupación por las desigualdades en salud ha sido el motor para impulsar la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud considerando que los factores sociales son la raíz de la mayoría de las disparidades de salud. En marzo de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), con el objetivo de promover en el ámbito internacional una toma de conciencia sobre la importancia de los determinantes sociales en la situación sanitaria de individuos y

poblaciones, y también sobre la necesidad de combatir las inequidades en salud generadas por ellos.

Mucho se ha escrito sobre las consecuencias negativas de la globalización económica en términos sociales e importantes esfuerzos de la comunidad internacional para eliminar la pobreza del mundo se han visto en aumento por medio de campañas globales para establecer un piso de protección social, formas de transferencia y financiación para el desarrollo. Al mismo tiempo, formaciones regionales de países se han convertido en actores cada vez más importantes en los intentos de abordar y mitigar problemas transfronterizos y daños sociales, y han desarrollado (o están en proceso de desarrollar) políticas sociales y programas de desarrollo regionales.

En otras palabras, nuevos catalizadores a nivel nacional e internacional han forjado nuevas oportunidades para redefinir objetivos de economía política regional y formas de acción colectiva. Salud es un ejemplo paradigmático que ha encontrado en la cooperación regional la posibilidad de expandir cadenas de políticas públicas. Frente al aumento de las desigualdades sociales y las inequidades en salud en la región, junto con la persistencia de sectores excluidos de la población, la política social y la salud se constituyeron en ejes centrales de la nueva regionalidad.

### **La salud en América del Sur**

Antes de continuar, merece un breve apartado la situación de salud en la región de América del Sur. La salud de los países en Sudamérica – mas allá de las particularidades de cada uno – se ubica en un contexto político, económico y del desarrollo humano cuya evolución ha estado estrechamente relacionada con los cambios mundiales ocurridos en las últimas tres décadas, período en que destacan la globalización, democratización, cambios de rol y reformas del Estado, crisis en la seguridad social, crecimiento económico pero ampliación de desigualdades y exclusión social. Este contexto ha influido en salud a través de la transición demográfica, cambios en el perfil epidemiológico y cambios en condiciones del ambiente (Hage, 2013).

En América del Sur, la exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza, y en el acceso y la utilización de los servicios son principales obstáculos para el desarrollo humano en la región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la

pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y de género agrava aún más la exclusión social y la inequidad. Esto se manifiesta en un círculo donde cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud (PAHO, 2012).

El crecimiento de la población en los países de América del Sur ha sido desigual, con una disminución gradual en el ritmo de crecimiento y un aumento de la esperanza de vida, lo que muestra una tendencia al envejecimiento de la población. Esta situación ha contribuido al proceso de transición epidemiológica, con un aumento absoluto y relativo de la prevalencia y la incidencia de los problemas y necesidades relacionadas con la edad, que vienen con el envejecimiento. Las condiciones de salud - especialmente los factores de riesgo, enfermedades prevenibles y mortalidad - tienen algunos componentes que están estrechamente relacionadas con los determinantes sociales<sup>2</sup>. Las condiciones de salud están asociadas a los perfiles demográficos y epidemiológicos de los diferentes países y grupos de población. En cuanto a la situación de pobreza en la región, casi 1 de cada 5 de los residentes de la región vive con menos de US \$ 2 al día (Hage, 2013).

Al interior de la región, Bolivia y Paraguay están entre los países más pobres de América del Sur. Ambos países son similares en términos de la carga de enfermedad relacionada con la pobreza, y con sistemas de salud débiles. Las malas condiciones de vida en estos países, así como la calidad y los diversos problemas de acceso a los servicios de salud, son las causas de altos niveles de mortalidad infantil, mortalidad materna y el aumento de las enfermedades no transmisibles (como enfermedades

---

<sup>2</sup> Se entiende por determinantes sociales de la salud a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, las cuales pueden ser alteradas a través de acciones documentadas. El término específico de “determinantes sociales de la salud” comenzó a ser abordado con mayor frecuencia a mediados de los '90. Tarlov (1996) fue uno de los primeros en utilizar este término de manera sistemática, identificando 4 categorías de determinantes: 1) los factores genéticos y biológicos; 2) los relacionados con la atención de la salud; 3) los factores vinculados a los comportamientos individuales; 4) y las características sociales del lugar donde los individuos viven y se desarrollan. Diversos estudios fueron surgiendo con el objetivo de dar respuesta a interrogantes acerca de cómo las condiciones y los procesos sociales podían traducirse en experiencias individuales de la enfermedad, los mecanismos a través de los cuales los distintos determinantes influían en el proceso de salud-enfermedad, y el rol de la desigualdad social y económica en el estado de salud de los miembros de una sociedad. En Solar O, Irwin (2010)

cardiovasculares y diabetes) y la persistencia y re-aparición de enfermedades infecciosas y parasitarias. Por otra parte, el 95 % de la población indígena en Bolivia, y las zonas fronterizas y rurales más empobrecidas dan cuenta de perfiles de salud específicos en estos dos países relacionados especialmente con una mayor carga de las enfermedades transmisibles (Braga et al, 2011; Hage et al, 2013) . Un ejemplo de esto es la situación de la tuberculosis, que afecta a las poblaciones más pobres de Bolivia y Paraguay (Braga et al., 2011), o el Chagas que afecta la vida de más de un millón de personas en Bolivia (10 % de la población), principalmente en las zonas rurales.

El VIH/SIDA y el dengue han devenido enfermedades endémicas en la mayoría de los países de América del Sur, y son dos de los más importantes problemas de salud pública de la región. Paraguay sufre la tasa más alta de mortalidad vinculada al dengue en América del Sur, registrándose un aumento del 321% de casos en el 2012 respecto del 2011. Además de la carga que representan las enfermedades infecciosas, estas poblaciones padecen también un aumento de las enfermedades no transmisibles. Las cifras indican que las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles son más altas en los países económicamente menos desarrollados, como Bolivia (710.8/100000 habitantes), situación que contribuye a profundizar la sinergia entre pobreza y mala salud (PAHO, 2012). La necesidad de avanzar en determinantes sociales de salud, desigualdades sociales y establecimiento de indicadores comunes para su vigilancia y monitoreo es crítica. En consecuencia, instituciones y procesos relacionados con la globalización constituyen una dimensión importante del contexto de una nueva gobernanza en salud. En este sentido, adquiere relevancia las estrategias aplicadas por actores tales como UNASUR, OPS, o las corporaciones transnacionales y las instituciones políticas supranacionales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

### **UNASUR Salud: Un nueva Diplomacia en Salud en América del Sur?**

El valor social atribuido a la salud en un país constituye un aspecto importante y a menudo descuidado del contexto en el que las políticas de salud son diseñadas e implementadas. Además de las especificidades relacionadas con factores sub-nacionales, nacionales y regionales, el contexto también incluye un componente global que es cada vez más importante como los acuerdos internacionales de comercio, el

despliegue de las nuevas tecnologías de la comunicación, las actividades de las empresas transnacionales y otros fenómenos asociados a los determinantes de la salud y a la globalización.

Con la creación de UNASUR la salud se convirtió en un factor estratégico en la política regional en América del Sur, con un enfoque en la política social. En particular, el caso de Brasil y Venezuela desafió la hegemonía del neoliberalismo en la salud. Juntos se movieron a crear un nuevo consenso regional sobre gobernanza regional en temas seleccionados y crear una institución regional que podría ser operativa, sino también crear un cuerpo de pensamiento.

La salud se convirtió en foco central del nuevo proceso de integración en la región. Al desafío sanitarista y redistributivo, UNASUR agregó el desafío político diseñando estrategias regionales en pos de un mejor acceso a medicinas mediante negociaciones internacionales en bloque y mejoramiento de la capacidad humana e industrial en Sudamérica. Esto da cuenta, de los vínculos entre la integración regional y el desarrollo social; y las nuevas formas de regionalismo como un proceso de acción colectiva en la región y para la región.

Instituciones, fuentes de financiamiento, y prácticas bajo mandato de proyectos regionalistas como la UNASUR, están reformulando el marco de la política regional más allá de los tradicionales objetivos comerciales y financieros. La nueva configuración político-institucional del regionalismo sudamericano impulsado por UNASUR responde a un nuevo consenso regional que sostiene que las condiciones más apropiadas para afrontar muchos de los actuales problemas sociales se consiguen a escala regional (PAHO, 2012).

UNASUR se propuso desarrollar una integración regional que abarque a toda América del Sur y que no esté simplemente orientada por la dimensión comercial. El Tratado Constitutivo de la UNASUR establece en su origen una aceptación amplia a la política social como un elemento central para el nuevo modelo de integración y la necesidad de constituir un Consejo de Salud que pueda coordinar una gobernanza efectiva y sostenida en el tiempo (UNASUR, 2009).

En el año 2008, doce Jefes de Estado y de Gobierno suscribieron el Tratado Constitutivo de la Unión Suramericana de Naciones con el objetivo de “construir, de

manera participativa y consensuada, un espacio de integración y unión en lo cultural, social, económico y político entre sus pueblos, otorgando prioridad al diálogo político, a las políticas sociales, la educación, la energía, la infraestructura, el financiamiento y el medio ambiente, entre otros, con miras a eliminar la desigualdad socioeconómica, lograr la inclusión social y la participación ciudadana, fortalecer la democracia y reducir las asimetrías en el marco del fortalecimiento de la soberanía e independencia de los Estados.” (UNASUR, 2009)

UNASUR entiende así que la integración regional en América del Sur es la vía para el crecimiento y el motor cambio de los proyectos nacionales de desarrollo con énfasis en la eliminación de la exclusión social, la reducción las desigualdades sociales, la lucha contra la pobreza, y la reducción de las inequidades en materia de salud, a la vez que posibilita una presencia más sólida y competitiva de la región en el mundo.

De carácter intergubernamental, su marco orgánico está compuesto por tres consejos superiores (de Jefes de Estado, de Ministros de Relaciones Exteriores y de Delegados Nacionales); de una Secretaría General; de una presidencia pro tempore anual; y por doce consejos dedicados a sectores específicos de cooperación. Entre los consejos sectoriales, se destaca el Consejo Sudamericano de Salud, también conocido como UNASUR Salud, creado poco después de la creación del bloque regional en el año 2008. También cabe destacar un consejo sectorial destinado a la energía con sede en Venezuela y dos órganos secundarios de carácter permanente: el Centro de Estudios Estratégicos de Defensa (CEED) con sede en Buenos Aires; y el Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS).

Como sostiene Riggiozzi (2012), un elemento particularmente interesante de la UNASUR la construye el hecho de que a la vez que capitaliza experiencias previas como MERCOSUR y la CAN, fortalece nuevas áreas de cooperación y de acción más allá del comercio y las finanzas. Como sistema de gobernanza, UNASUR apunta un proyecto intergubernamental de mayor institucionalización, con capacidad autónoma para administrar áreas de interés estratégico como infraestructura, recursos naturales, y seguridad, y agregando como elemento novedoso salud en esta lista. Las nuevas estructuras han sido establecidas profundizando las relaciones intra-regionales y persiguiendo, a diferencia de previos proyectos regionales, una nueva cooperación

interregional Sur-Sur (Riggirozzi, 2012). La diferencia entre estas iniciativas y UNASUR es que este tiene como ambición cubrir todo el subcontinente.

Entre los objetivos específicos de la organización, se encuentra el acceso universal a la seguridad social y a los servicios de salud. La práctica de los Estados miembro, hace de la salud uno de los más dinámicos ámbitos de la integración regional.

Probablemente uno de los elementos más innovadores de este organismo es la elaboración del Plan Quinquenal que ha establecido medidas concretas, y ha propuesto metas y fechas específicas, para la coordinación de recursos financieros, la creación de capacidades y marcos normativos, el establecimiento de competencias de grupos ejecutores o grupos de trabajo, y la formación de cuadros técnicos y líderes políticos en salud (UNASUR, 2009). Los objetivos específicos de esta agenda quedaron organizados en 5 puntos principales: (i) Escudo epidemiológico Suramericano; (ii) Desarrollo de Sistemas Universales de Salud; (iii) Acceso Universal a los medicamentos y otros insumos para la salud; (iv) Promoción de la Salud y abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud; y (v) Desarrollo de Recursos Humanos y fortalecer las políticas para investigación y desarrollo. Para lograr este objetivo se ha creado un mecanismo institucional clave, e inédito: el Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS) (Buss y Tobar, 2009).

Respecto del primer punto de la agenda, se entiende el conjunto de servicios públicos de vigilancia epidemiológica, capaz de detectar y hacer frente a brotes de enfermedades transmisibles como también poder movilizar los recursos para actuar sobre otras enfermedades no transmisibles. Como destacan Buss y Tobar (2009) un ejemplo de la importancia de este punto pudo verse ante la pandemia de influenza, que ante los primeros casos en Argentina y Chile los demás países fueron alertados e inmediatamente se dispusieron todas las acciones para contener la enfermedad en los puntos fronterizos, a la vez que se desarrollaron las distintas estrategias para contar –a nivel regional- con los métodos de diagnóstico y terapéuticos. Los resultados mostraron lo efectivo de la creación de una red continental sudamericana que priorizara las necesidades de salud pública y el derecho a la salud por sobre los intereses comerciales. La creación de este escudo epidemiológico suramericano en palabras de Buss y Tobar (2009) entrarían dentro de lo considerado como bien público regional, es decir, aquellos resultados o productos cuyos beneficios van más allá de las fronteras, disponibles para

todos los grupos de la población en la región. Esto a su vez da cuenta de la importancia del segundo punto de la agenda respecto de la construcción de Sistemas Universales y Equitativos de Salud en los países de América del Sur que garantice el acceso a la salud a toda la población. El valor agregado regional implica el desarrollo de la salud en las fronteras y el acceso de los habitantes de la región a los servicios de salud nacionales en cada uno de los países que integran el espacio geográfico bajo mandato de UNASUR.

De aquí que el acceso a insumos de salud sea también considerado como otro punto estratégico en las políticas de salud. La importancia de esto radica en que los insumos en salud serían producidos por el complejo productivo instalado en la propia región, lo que permitirá asimismo enfrentar los problemas de provisión de servicios de salud, incluso en la zonas fronterizas (cumpliendo además con el segundo punto de la agenda) a la vez que contribuye a estimular el desarrollo económico y social. Por otra parte contar con una industria farmacéutica local es un desafío y un punto estratégico en las acciones de integración y desarrollo social. Además el acceso a los servicios adecuados (y oportunos) de salud, tanto en diagnóstico como en tratamiento, constituye unos de los factores fundamentales para garantizar el derecho a la salud de la población. Por otra parte este aspecto es fundamental en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, cuarto punto de la agenda. Los países de la región también consideraron que existe una dimensión regional que impacta en la salud y en los determinantes de la salud, y establecieron la importancia de identificar políticas sociales y de salud comunes capaces de hacerle frente no solo a nivel nacional, sino también regional. Sobre esta base propusieron crear la Comisión Sudamericana sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Finalmente, el último punto de la agenda es aquel relacionado con la educación, la formación en salud, y la calidad de la fuerza de trabajo. En este punto se destaca la creación del ISAGS. Está formado por los ministros de salud de los países miembros, por académicos, sanitaristas y técnicos con el objetivo de apoyar y fortalecer la capacidad nacional y subregional en la formulación, implementación y evaluación de políticas y planes a largo plazo. Con sede en Rio de Janeiro, el ISAGS responde a las necesidades de formación de recursos humanos en respuesta a las metas sanitaristas de la agenda de salud del Plan Quinquenal y en respuesta a la necesidad de formar líderes para la formulación de políticas en salud en ámbitos nacionales e internacionales. A diferencia del marco de la Unión Europea donde la política sanitaria se regula a través

de instituciones supranacionales (por medio de la Comisión y el Parlamento), el Consejo de Salud de UNASUR e ISAGS siguen siendo de carácter intergubernamental (Riggirozzi, 2012). ISAGS es una institución pionera que tiene como meta apoyar a los países de la región en el fortalecimiento de las capacidades nacionales y regionales y en el desarrollo adecuado de recursos humanos.

Este gran bloque intergubernamental constituido en UNASUR Salud, en el marco de UNASUR como organismo político en esencia y cuerpo de negociación, intercambio y cooperación, es una verdadera instancia, parafraseando a Buss y Tobar (2009), de “diplomacia en salud” que los países de la región y sus ministros muestran al mundo. La expresión “diplomacia de la salud global” comprendería entonces la negociación en los foros de salud sobre la salud pública en las fronteras y en otras áreas afines, la gobernanza de la salud global, la política exterior y salud, y el desarrollo de estrategias de salud nacionales y globales. Se afianzó al interior de los países y entre los países desde el momento que los gobiernos se dieron cuenta del papel que la salud pública podría desempeñar en su diplomacia (Ventura, 2014). UNASUR se convirtió en un elemento de cambio en la diplomacia regional de salud a través de nuevas formas de la diplomacia regional más allá de los objetivos tradicionales de la expansión del comercio y los mercados financieros. Como Buss señala "la pobreza y las desigualdades sociales siguen siendo las principales causas de problemas de salud en nuestra región o de la causa de las causas, como llamábamos a los determinantes sociales" (Buss y Tobar, 2009).

UNASUR, y su intervención desde la política social a través de la salud denota una nueva moral de la integración basada en un enfoque que define el derecho a la salud como un objetivo regional, vinculado a la inclusión y la ciudadanía en el proceso de integración sudamericana. Esta es una diferencia normativa respecto de la experiencia en MERCOSUR y CAN. Fundamentalmente, mientras que en MERCOSUR y CAN, el objetivo de salud fue encarado como una cuestión básicamente sanitarista, para solucionar problemas trans-fronterizos mayoritariamente, y con poco grado de institucionalidad, UNASUR afianzó estos compromisos entendiendo además salud como una cuestión de gobernanza (Riggirozzi, 2012).

El valor agregado de esta nueva configuración político-institucional del regionalismo sudamericano (avanzado por UNASUR) responde entonces a un nuevo consenso

regional que sostiene que las condiciones más apropiadas para afrontar muchos de los actuales problemas sociales se consiguen a escala regional. Mientras que el contorno de un viejo modelo de regionalismo se delimitaba a partir de una integración liderada por los mercados, América del Sur ofrece nuevas bases para evaluar cómo los derechos sociales son reincorporados al debate acerca del regionalismo y cómo redefinen los principios de identidad de un nuevo espacio regional. Como resultado de ello, comienza a reformularse la dinámica de integración y los procesos de construcción de la región, y la capacidad de nuevas prácticas regionales de afectar políticas nacionales y reglas internacionales. La política social, por medio de la intervención en la salud, se convirtió a través del gran acuerdo intergubernamental llamado UNASUR Salud en el motor de desarrollo de una nueva forma de diplomacia en salud.

### **Los desafíos de la *unasurización* de la salud**

Las instituciones regionales tienen deudas pendientes en materia de ejecución de compromisos conjuntos e implementación de políticas regionales sostenidas (Riggiozzi, 2012). El gran acuerdo intergubernamental llamado UNASUR Salud, es un ejemplo del camino hacia una nueva diplomacia en salud que los países de América del Sur han comenzado a transitar. Instituciones innovadoras como ISAGS, en tanto mecanismo de vigilancia, usina de conocimiento, formador de cuadros directivos y cuya principal meta es el apoyo en el fortalecimiento de las capacidades nacionales y regionales y en el desarrollo adecuado de recursos humanos, adquieren un rol fundamental en este proceso en tanto motor de esta nueva diplomacia en salud. Iniciativas como esta le otorgan un valor agregado a la política social regional a través de nuevas estrategias de acción colectiva integral, y que sostenidas en el tiempo serán esenciales en la capacidad transformadora que adquiera UNASUR Salud como proyecto inclusivo.

La *unasurización* de las políticas de salud, entendida como el proceso de construcción de una nueva diplomacia en salud basada en las políticas sociales en salud concretas que se regionalizan, no es un proceso lineal. El proceso de construcción regional desarrolla nuevas cadenas de políticas públicas y nuevas formas de coordinación a través de y entre los diferentes ámbitos políticos.

El análisis de UNASUR Salud, recupera la discusión sobre políticas públicas regionales con renovado ímpetu y en un contexto político-económico marcado por la búsqueda de modelos de desarrollo inclusivos, ofreciendo nuevos elementos de análisis en un área que no sólo motoriza la construcción regional más allá del eje económico-comercial, sino que además busca desarrollar nuevas prácticas de diplomacia regional.

Los actuales desafíos de la salud pública trascienden las fronteras de lo nacional y la necesidad de una respuesta multisectorial es evidente. Promover por un lado una agenda intersectorial capaz de comprender los problemas de manera integral y articulada para reducir la inequidad y por el otro alcanzar una perspectiva regional común que abarque todas las experiencias particulares, será el gran desafío de un abordaje regional. Esto requiere discutir cómo la integración favorece la identificación y la solución de los problemas y cuáles son sus límites. No todos los problemas ni todas las dimensiones de un problema presentan una ventaja al ser abordados regionalmente y cada proceso de integración debe identificar sus propias necesidades y posibilidades en cuanto a su alcance. Si los actuales desafíos de salud pública trascienden las fronteras de lo nacional, el abordaje regional, debe complementar y fortalecer las capacidades nacionales, a la vez que la cooperación horizontal entre países debe contribuir al mejor enfrentamiento de los problemas en pos de una inserción global más equitativa y una mejora de la salud de los pueblos.

Por otra parte, la investigación sobre el nexo entre la integración regional y la pobreza hasta ahora se ha centrado casi exclusivamente en la liberalización del comercio exterior, la inversión extranjera directa y la migración laboral. Si bien la reducción de la pobreza es un objetivo declarado en la integración regional en América del Sur, poco se sabe sobre los programas y objetivos para la reducción de la pobreza, cómo (y si) se implementan también en un marco de cooperación regional en salud y en caso afirmativo, de qué manera. La cooperación regional en materia de salud permite dar cuenta de nuevos espacios de acción introduciendo la política social, la ciudadanía y los derechos en salud como motor de un proceso de transformación. Considerar la experiencia de UNASUR Salud y este proceso particular que denominamos *unasurización* de las políticas de salud, como vehículo y oportunidad para esta transformación, puede contribuir a trazar lecciones para otras áreas en el marco de una estrategia para promover una inserción global y equitativa.

Queda mucho por investigar sobre el vínculo entre políticas de integración regional y reducción de pobreza a través de salud. Los países de la región se caracterizan por tener un perfil epidemiológico en el que presentan una doble carga de enfermedad. Para ello no alcanza con poner énfasis solo dentro del sistema de atención de la salud, sino también en las desigualdades evitables y por lo tanto en la promoción de la equidad social, económica y sanitaria. La importancia de dar cuenta del nexo entre integración regional y la pobreza radica en que las deficiencias de salud y la pobreza coinciden, se refuerzan mutuamente, y son socialmente estructuradas, mientras todo ello se manifiesta en el plano regional. Los países además de afrontar los problemas locales relacionados con sus sistemas de salud, también deben hacer frente a la transferencia internacional de riesgos para la salud. En este contexto, la estrategia de integración regional constituye una gran oportunidad para el campo sanitario, y si bien la responsabilidad por la salud sigue siendo fundamentalmente nacional, los factores determinantes de la salud y los medios para cumplir esa responsabilidad son cada vez más globales. El desafío de los futuros estudios será identificar cuándo la definición de políticas regionales constituye un valor agregado en relación a las políticas y acciones desarrolladas por cada uno de los países y qué aspectos del desarrollo de la política regional se encaminan mejor hacia una perspectiva de reducción de la pobreza en contextos específicos.

## Referencias

- Alvarez, M. (2011) Los 20 años del MERCOSUR: una Integración a Dos Velocidades. *CEPAL - Serie Comercio internacional* N° 108: Santiago de Chile: CEPAL.
- Arditi, B. (2008) Arguments about the Left Turn(s) in Latin America: a Post Liberal Politics? *Bulletin of Latin American Research*, 43 (3), 59-81, 2008.
- Braga JU, Herrero MB, Cuellar CM (2011). Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. *Cad. Saúde Pública* [online], 27(7), 1271-1280. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700003>.
- Brown T, Cueto M, Fee E. (2006) The World Health Organization and the transition from international to global public health. *American Journal of Public Health*, 96(1): 62-72.

Buss P, Tobar S. (2009) Diplomacia en Salud en América del Sur: El Caso de UNASUR SALUD. Revista Argentina de Economía y Ciencias Sociales. VOL XVIII N 18 Edic de la Universidad de Buenos Aires.

Deisy Ventura. (2014) Salud pública y política exterior brasileña. *Revista Internacional de Derechos Humanos*. Disponible en [http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo19.php?artigo=19,artigo\\_06.htm](http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo19.php?artigo=19,artigo_06.htm)

Franco, R. y Di Filippo, A. (1999) Las Dimensiones Sociales de la Integración Regional en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL.

Grugel, J. (1996) Latin America and the remaking of the Americas', in A. Gamble and A. Payne (eds) *Regionalism and World Order*, London: Macmillan, 131-167.

Hage Carmo et al. (2013) Health Surveillance in South America: epidemiological, sanitary and environmental. South American Institute of Government in Health, Rio de Janeiro, ISAGS.

Irwin A, Scali E. (2010) Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates). Geneva, World Health Organization.

PAHO (2012) Health in the Americas: 2012 Edition. Regional Outlook and Country Profiles. Washington, DC.

Phillips, N (2003) Hemispheric Integration and Subregionalism in the Americas', *International Affairs*, 79 (2), pp.327-349.

Phillips, N. (2003) The Rise and Fall of Open Regionalism? Comparative Reflections on Regional Governance in the Southern Cone of Latin America', *Third World Quarterly*, 24 (2), 217-234.

Riggirozzi P y Tussie D (Eds.) (2012) *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America*. Netherlands: Springer.

Riggirozzi P. (2012) Acción colectiva y diplomacia de UNASUR salud: La construcción regional a través de políticas sociales. Documento de trabajo N 63, FLACSO Argentina.

Riggiozzi P (2014) Regionalism and Health Policy in South America: Tackling Germs, Brokering Norms and Contesting Power. Robert Schuman Centre for Advanced Studies Research Paper No. RSCAS 2014/83.

Sanahuja, JA. (2012) Post-liberal Regionalism in South America: The Case of UNASUR, Robert Schuman Centre for Advance Studies, EUI Working Paper RSCAS 2012/05, 2012.

Solar O e Irwin A. (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva, World Health Organization.

Swampa M (2010) Desde abajo. Las trasformaciones de las Identidades Sociales. Ed. Biblos, Buenos Aires.

Tussie, D. (2009) Economic Governance after Neoliberalism, in Grugel J. and P. Riggiozzi (eds) *Governance After Neoliberalism in Latin America*, Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 67-88.

UNASUR (2009) *Plan Quinquenal, 2010-2015* Disponible en [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins\\_documentosunasur/PQ%20UASUR%20Salud.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins_documentosunasur/PQ%20UASUR%20Salud.pdf) (15 septiembre de 2014)

UNASUR (2009) Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Sudamericanas. Disponible en [http://www.comunidadandina.org/unasur/tratado\\_constitutivo.htm](http://www.comunidadandina.org/unasur/tratado_constitutivo.htm) (15 septiembre de 2014).