



El surgimiento de una nueva diplomacia regional en salud en tiempos posteriores al neoliberalismo: el caso de UNASUR Salud*

María Belén Herrero**

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.¹

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.²

* Este trabajo se realizó con el apoyo del *UK Economic and Social Research Council* (ESRC), Grant Ref. ES/L005336/1, y no refleja necesariamente las opiniones del ESRC. Para más información visite la página web del proyecto PRARI: <http://www.open.ac.uk/socialsciences/prari/index.php?lang=es>.

** Licenciada en Sociología, doctorada en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Investigadora en FLACSO Argentina, Área de Relaciones Internacionales; bherrero@flacso.org.ar.

1 Pia Ruggirozzi y Diana Tussie, “The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America”, en Pia Ruggirozzi y Diana Tussie, eds., *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America* (Dordrecht: Springer, 2012), 1-16.

2 Jean Grugel, “Latin America and the remaking of the Americas”, en Andrew Gamble y Anthony Payne, eds., *Regionalism and World Order* (Londres: Macmillan, 1996), 131-67; Nicola Phillips, “Hemispheric Integration and Subregionalism in the Americas”, *International Affairs*, No. 79 (2003): 327-49.

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,³ 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 90.⁴ Con pocos márgenes de autonomía, se fue cayendo progresivamente en una alineación más estrecha con Estados Unidos (EUA), portero y abanderado de los mercados abiertos y el regionalismo abierto.⁵ La construcción regional se concibió como un proyecto fundamentalmente comercial, no político ni social.⁶

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 EUA. 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

3 Jose Antonio Sanahuja, *Post-liberal Regionalism in South America: The Case of UNASUR* (Fiesole: Central European University Press, 2012).

4 Nicola Phillips, “The Rise and Fall of Open Regionalism? Comparative Reflections on Regional Governance in the Southern Cone of Latin America”, *Third World Quarterly* 24, No. 2 (2003): 217-34, <http://alternative-regionalisms.org/wp-content/uploads/2009/07/phillips_openregionalism-in-la.pdf>; Diana Tussie, “Economic Governance after Neoliberalism”, en Jean Grugel y Pia Riggirozzi, eds., *Governance after Neoliberalism in Latin America* (Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2009), 67-88.

5 Pia Riggirozzi, “Acción colectiva y diplomacia de UNASUR salud: La construcción regional a través de políticas sociales”, *Documento de trabajo* No. 63 (Buenos Aires: FLACSO, 2012).

6 Rolando Franco y Armando Di Filippo, *Las dimensiones sociales de la integración regional en América Latina* (Santiago de Chile: CEPAL, 1999); Mariano Álvarez, “Los 20 años del MERCOSUR: una Integración a Dos Velocidades”, *Comercio Internacional*, No. 108 (Santiago de Chile: CEPAL, 2011).

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).⁷ 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.⁸ Tal es el caso de Argentina y Brasil que en diciembre de 2005 anunciaron que pagarían US \$ 9,8 mil millones y US \$ 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.⁹ A estos hechos se le sumó la movilización social contra el Área de Libre Comercio de las Américas (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 EUA 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.¹⁰ 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 EUA y tomadas por muchos países de la región, desde su regionalismo abierto impulsado por la lógica del mercado.

7 Riggirozzi y Tussie, “The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America”.

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*

10 *Ibid.*

El regionalismo “abierto” propio de la economía neoliberal y bajo el liderazgo de EUA perdió fuerza y dinamismo y se enfrentó con la reemergencia 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 EUA, la importancia de estos procesos es que fueron constituyéndose en una repolitización 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.¹¹

Riggirozzi¹² 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.¹³

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 EUA y el regionalismo impulsado por el mercado. Desde esta perspectiva, no solo 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

11 *Ibid.*

12 Pia Riggirozzi, “Regionalism and Health Policy in South America: Tackling Germs, Brokering Norms and Contesting Power”, *Robert Schuman Centre for Advanced Studies Research Paper No. 83* (San Domenico de Fiesole: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, 2014).

13 *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, “The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America”; Riggirozzi, “Acción colectiva y diplomacia de UNASUR salud”.

el regionalismo y para qué. En suma, como sostienen Tussie y Riggiozzi,¹⁴ es posible empezar a hablar de regionalidad, pertenencia e incluso un nuevo ADN en el regionalismo latinoamericano a partir de nuevas ideas, políticas e instituciones nacionales en el sistema global.

El regionalismo no es solo 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 posnegociación 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 acarrió el primero. En un contexto alterado, el contenido también cambia. Retomando la tipi-

14 Pia Riggiozzi y Diana Tussie, "The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America".

ficación que realizan Tussie y Riggiozzi, la nueva configuración del mapa regionalista latinoamericano se puede definir como una superposición (y competencia) de tres proyectos principales:¹⁵

1. 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);
2. 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);
3. 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 liderada por Venezuela Alianza 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 reinventan, 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 solidaridad 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 lo que respecta al sector salud, como veremos en los siguientes apartados, las políticas globales de salud se convirtieron en parte de la transición neoliberal que se extendió por las organizaciones internacionales en los años 1980 y 1990. La salud se convirtió así en un eje central para la implementación de las reformas neoliberales y por lo tanto fueron de creciente interés

15 Riggiozzi y Tussie, "The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America".

para la concepción de ajuste estructural del Banco Mundial. En primer lugar, el Banco Mundial pidió la reducción de la participación del público en la prestación de servicios de salud e instruyó a muchos países de más bajos ingresos a reducir el gasto público en salud. En segundo lugar, los informes del Banco Mundial impulsaron la “recuperación de costos” de los servicios de salud pública mediante el cobro de tarifas a los usuarios. Y por último, en tercer lugar, el Banco Mundial insistió en una mayor confianza en el mercado para financiar la asistencia sanitaria y fomentó la privatización de los servicios públicos de salud.¹⁶ A finales de 1990 el Banco Mundial había logrado cambiar las prioridades de los programas diseñados para servir a los más necesitados hacia los programas que ofrecen intervenciones costo-efectivas y se había establecido como una autoridad dominante en el campo de la salud mundial.

Posteriormente, en la década de 2000, producto del mencionado movimiento pendular en los países de la región, la salud es colocada en las prioridades de la agenda regional e internacional para el desarrollo, reconociendo cada vez más la insuficiencia de las estrategias que no abordaban las causas sociales de la enfermedad y el bienestar de la población. El advenimiento al poder de los gobiernos de tendencia izquierdista en América del Sur trajo una nueva actitud hacia el orden internacional y la reforma interna social.

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 porqué del surgimiento de un organismo como UNASUR y su creciente foco en desneoliberalizar la política de salud y adoptar un marco normativo para ello.

Este artículo abordará cómo con la creación de UNASUR la salud se convirtió en un factor estratégico en la política regional en América del Sur. El objetivo del trabajo es, por un lado, describir los procesos sociales, políticos y económicos que explican el porqué del surgimiento de UNASUR y su foco en la política social a través de la salud y, por el otro, cómo la salud, por medio de UNASUR Salud, se convirtió en el motor de desarrollo

16 Kelley Lee y Richard Dodgson, “Globalization and Cholera: Implications for Global Governance”, *Global Governance* 6, No. 2 (2000): 213-36; Theodore M. Brown, Marcos Cueto y Elizabeth Fee, “The World Health Organization and the transition from international to global public health”, *American Journal of Public Health*, No. 96 (2006): 62-72; John S. Akin, Nancy Birdsall y David M. De Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (Washington, DC: World Bank, 1987).

de una nueva forma de diplomacia en salud. La hipótesis central de este trabajo considera que UNASUR se convirtió en un elemento de cambio en la diplomacia regional de salud que ha ampliado los horizontes de la política de salud. Así, los países de la región se movieron para crear un nuevo consenso regional sobre gobernanza regional creando una institución regional no sólo operativa, sino también política.

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.¹⁷ 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.¹⁸ Sin embargo, una década más tarde, la implementación de las políticas neoliberales, los principios del libre mercado y la reducción del rol del Estado tendrían 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.¹⁹ 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.

17 Alec Irwin y Elena Scali, “Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences”, *Social Determinants of Health Discussion Paper No. 1* (Ginebra: World Health Organization, 2010).

18 *Ibid.*

19 Brown, Cueto y Fee, “The World Health Organization and the transition from international to global public health”, 62-72.

Las políticas neoliberales impulsaron reformas orientadas al mercado que hacían hincapié en la eficiencia por sobre la equidad y reducían el acceso de los grupos sociales desfavorecidos a los servicios de atención de salud. En el plano de la política macroeconómica, los programas de ajuste estructural (PAE) impuestas por las instituciones financieras internacionales a muchos países en desarrollo implicaron fuertes reducciones del gasto del sector social limitando la capacidad para hacer frente a los Determinantes Sociales de la Salud (SDH, por sus siglas en inglés). En consecuencia, al igual que otros aspectos de la atención primaria integral de salud, la acción sobre los determinantes fue debilitada 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 1995.²⁰

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.²¹ 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.

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, im-

20 Irwin y Scali, “Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences”.

21 Maristella Svampa, *Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales* (Buenos Aires: Biblos, 2000).

portantes medidas comenzaron a diseñarse para tratar 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.²²

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—.²³ 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 de 2000 comienza a observarse una creciente preocupación por la salud mundial ubicada más que nunca en la agenda internacional, reconociendo cada vez más la necesidad de estrategias de salud que aborden las raíces sociales de la enfermedad y el bienestar. En 2007, los ministros de Relaciones Exteriores de siete países —Brasil,

22 Irwin y Scali, “Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences”.

23 Orielle Solar y Alec Irwin, “A conceptual framework for action on the social determinants of health”, *Social Determinants of Health Discussion Paper* No. 2 (Ginebra: World Health Organization, 2010).

Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica, y Tailandia– emitieron la Declaración de Oslo sobre la importancia de la salud global, entendiéndola como “un asunto de política exterior acuciante de nuestro tiempo”.²⁴ Como señalan Labonté y Gagnon,²⁵ la declaración no fue el comienzo de un vínculo entre la salud y la política exterior, sino que refleja una tendencia de décadas en que la salud se ha vuelto más prominente en las agendas políticas mundiales. Los autores destacan por otra parte que esta tendencia estuvo acompañada de un nuevo concepto –la diplomacia mundial de la salud (GHD, por sus siglas en inglés)– para describir los procesos por los cuales los gobiernos, organismos multilaterales y la sociedad civil intentan posicionar la salud en las negociaciones de la política exterior y crear nuevas formas de gobernanza mundial de la salud.

Hasta entonces los campos de la salud y las relaciones internacionales no se habían visto muy relacionados, puesto que la salud era considerada un asunto de baja prioridad en el ámbito de la política internacional, a diferencia de lo que ocurría con otros campos como la economía, la defensa, el comercio y la seguridad.²⁶ Esto a pesar de que las preocupaciones por la salud y la enfermedad en materia de política internacional data de varios siglos, cuando las grandes epidemias amenazaban a las nuevas sociedades surgidas con la Revolución Industrial y ponían en peligro al intercambio comercial de un capitalismo en expansión.²⁷ Algunos ejemplos de ellos son el Reglamento Sanitario Internacional de 1832 y el Código Sanitario Panamericano de 1924. La Organización Panamericana de la Salud, creada el 2 de diciembre de 1902 en la I Convención Sanitaria Internacional y posteriormente la instauración de las Naciones Unidas en 1945 son otros ejemplos de esta relación que, si bien data de muchos años, no ha tenido un vínculo fuerte y sostenido.

24 Ministerios de Relaciones exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia, “Oslo Ministerial Declaration-global health: A pressing foreign policy issue of our time”, *The Lancet* 369, No. 9570 (2007): 1373-78.

25 Ronald Labonté y Michelle Gagnon, “Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy”, *Globalization and Health* (2010): 6-14.

26 Daney Ricardo Perez Valerino, “La diplomacia de salud y su presencia en las relaciones internacionales del siglo XXI”, *Revista Cubana de Salud Pública Internacional*, No. 3 (2012).

27 Marcelo Urquía, *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología* (Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLA, 2006).

En la actualidad, el comercio, las finanzas internacionales, la movilidad de las poblaciones, los flujos migratorios, el cambio climático, los desastres naturales, las guerras y la seguridad internacional están elevando la preocupación en materia de salud por parte de los gobiernos, que reconocen cada vez más los fuertes vínculos entre la salud y la política exterior y la necesidad de abordar esta problemática en materia conjunta y no en forma aislada.

El incremento de los movimientos masivos de población agrava las cosas y las personas desplazadas no solo son especialmente vulnerables a las enfermedades infecciosas debido a las condiciones socioeconómicas en las que viven, sino que su movilidad puede ayudar a difundirlas a nuevas zonas. Por otra parte, el rápido aumento de los viajes aéreos contribuye a propagar las enfermedades en un mundo globalizado donde los virus y las bacterias cada vez reconocen menos las fronteras.²⁸

En este sentido, los contextos de pobreza que han generado las inequidades en salud y las desigualdades sociales del sistema económico imperante, han provocado que la salud pase a ser una preocupación central para muchos gobiernos debido a la falta de medicamentos, aumento de la resistencia a los tratamientos existentes, resurgimiento de muchas enfermedades, dificultades de acceso a los sistemas de salud.

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.²⁹

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 Uni-

28 Paul Farmer, "The Consumption of the Poor: Tuberculosis in the 21st Century", *Etmography*, No. 2 (2000): 183.

29 Amartya Sen, "¿Por qué la equidad en salud?", *Revista Panamericana de Salud Pública*, No. 11 (2002): 5; Luz Stella Alvarez Castaño, "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo", *Revista Gerencia Política Salud*, No. 17 (2009): 69-79.

das, sobre los cuales se fijaron metas ambiciosas hacia 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.³⁰

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 desigual-

30 Irwin y Scali, "Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences".

dades 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

La salud de los países en Sudamérica –más 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.³¹

En América del Sur, la exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza, 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.³²

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 deter-

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

32 PAHO, “Regional Outlook and Country Profiles”, *Health in the Americas: 2012 Edition* (Washington, D.C.: PAHO, 2012).

minantes sociales.³³ 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.³⁴

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 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.³⁵ Un ejemplo de esto es la situación de la tuberculosis, que afecta a las poblaciones más pobres de Bolivia y Paraguay,³⁶ 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.³⁷

33 Se entiende por determinantes sociales de la salud las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, y que pueden ser alteradas a través de acciones documentadas. El término específico de “determinantes sociales de la salud” comenzó a ser usado 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; y 4. 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 e Irwin, “A conceptual framework for action on the social determinants of health”.

34 Hage Carmo, *Health Surveillance in South America*.

35 *Ibid.*

36 José Ueleres Braga, María Belén Herrero y Célia Martínez de Cuellar, “Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina”, *Revista Cad. Saúde Pública* 27, No. 7 (2011): 1271-80, <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700003>>.

37 Hage Carmo, *Health Surveillance in South America*.

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.³⁸ 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: ¿una 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 subnacionales, 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.

En América del sur el regionalismo está experimentando actualmente un “giro social” que implica que nuevas demandas están centralizadas en la

38 PAHO, “Regional Outlook and Country Profiles”.

redistribución de la renta y los servicios sociales. Frente a la necesidad de incluir a los sectores más desfavorables, principales víctimas de las políticas liberales, se reclama un “regionalismo positivo” con un rol protagónico por parte de cada uno de los Estados y una mayor inclusión de la sociedad civil en los procesos de integración.³⁹

Labonté y Gagnon⁴⁰ sostienen que la salud se ha convertido en un conductor de la política internacional. En palabras de Riggiozzi esto conlleva a una redefinición de los términos del regionalismo en América del Sur, y, por lo tanto, a nuevas formas de regionalización de la diplomacia en un contexto en el que se visualiza un avance en las negociaciones en bloque y en los términos de gobernanza de la salud global.⁴¹

Nuevas formas de cooperación regional han ido surgiendo en el área de vigilancia de la salud y la migración laboral.⁴² Este fue el caso del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en 1991, y el fortalecimiento de proyectos como la Comunidad Andina creada en 1969 que introdujeron, a pesar de las presiones de las políticas de mercado de aquel entonces, algunas “cláusulas sociales” tanto en la Comunidad Andina como en el MERCOSUR. Por ello diversos autores mencionan que la política social desde un enfoque regional –y en especial desde el campo de la salud– es reciente, y en lo que respecta a América del Sur en particular esto fue impulsado en una primera instancia desde la estructura de la Comunidad Andina y el MERCOSUR.⁴³

Riggiozzi en este punto enfatiza que si bien la salud no era una prioridad en la fundación del MERCOSUR, como el bloque estaba trabajando hacia la consolidación del comercio, los problemas vinculados al control de las enfermedades y la necesidad de mejorar la vigilancia epidemiológica en la región, hicieron que la salud se convirtiera en una prioridad, sobre todo en la triple frontera compartida por Brasil, Argentina y Paraguay, donde las condiciones de vida y la transmisión de enfermedades son un problema mayor.⁴⁴

39 Pia Riggiozzi, “Regionalism through social policy: collective action and health diplomacy in South America”, *Economy and Society* (2014): 1-23, <<http://dx.doi.org/10.1080/03085147.2014.881598>>.

40 Labonté y Gagnon, Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy.

41 *Ibid.*

42 Pia Riggiozzi, “Regionalism, activism, and rights: New opportunities for health diplomacy in South America”, *Review of International Studies* (2014), <doi: 10.1017/S026021051400028X>.

43 *Ibid.*

44 Braga, Herrero y Cuellar, *Transmissão da tuberculose na triplíce fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina*.

En este contexto las principales políticas impulsadas desde este bloque estaban relacionadas con el acceso a los medicamentos, los servicios de salud y los recursos humanos.⁴⁵ Ahora bien, esto, sin embargo, fue insuficiente para hacer frente a los problemas estructurales de la pobreza y la desigualdad y los determinantes sociales de la mala salud que las políticas neoliberales estaban produciendo. Sumado a que el presidencialismo que guía el funcionamiento de estos bloques significó que la política social quedaba sujeta a la voluntad política de los ministros y los proveedores privados.⁴⁶ En consecuencia, a pesar de la necesidad de una agenda social de la región y a las intenciones declaradas de fortalecer la política social en materia de integración regional, la capacidad de los actores sociales para penetrar en el debate de política regional y la negociación de las políticas ha sido drásticamente restringida por una cultura política regional que muchas veces debía responder a las presiones del mercado.

Posteriormente los esfuerzos en la región para reducir la pobreza comenzaron a hacerse cada vez más visibles.⁴⁷ La política social regional se vio impulsada por los programas de lucha contra la pobreza y la inversión social en manos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo con el objetivo de paliar los efectos producidos por la reducción de la inversión del Estado, la privatización de los servicios públicos, y el recorte del gasto público en áreas centrales como la salud y la educación.⁴⁸ El aumento de los problemas transfronterizos, las epidemias, los movimientos migratorios producto de la falta de empleo y las condiciones precarias de vida, visibilizaron la necesidad de coordinar mecanismos de integración regional y de cooperación entre los países de la región, en particular entre aquellos con fronteras en común, con el objetivo de fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, incrementar las políticas de inclusión social y corregir las desigualdades.

45 Riggiozzi, *Regionalism through social policy: collective action and health diplomacy in South America*.

46 Andrés Malamud, "Mercosur turns 15: Between rising rhetoric and declining achievement", *Cambridge Review of International Affairs* 18, No. 3 (2005): 421-36.

47 Perez Valerino. *La diplomacia de salud y su presencia en las relaciones internacionales del siglo XXI*.

48 Andrea Cornwall y Karen Brock, "What do buzzwords do for development policy? A critical look at 'participation', 'empowerment' and 'poverty reduction'", *Third World Quarterly* 26, No. 7 (2005): 1043-60.

La agenda política de la UNASUR abordó el nexo de integración regional centralizando su política en objetivos vinculados a la equidad en salud. La gobernanza de la salud, y con ello una nueva forma de diplomacia en salud, comenzaba en la región con la salud como derecho y principio para la inclusión y el desarrollo humano.

A fines de la década de 1990 la alarmante situación de pobreza en la región y el aumento de los sectores empobrecidos y marginados,⁴⁹ con casi la mitad de la población total en condiciones de pobreza y un alto porcentaje en la extrema pobreza, hicieron que fuera urgente la necesidad de proyectos de integración capaces de hacer frente a la pobreza y crear mecanismos para reducir la deuda social en la región y responder a las demandas de las sociedades. Aquí es donde el Tratado Constitutivo de UNASUR en 2008 se volvió innovador

al declarar explícitamente los derechos humanos como un valor fundamental de la integración, expresando la necesidad de fomentar el esperado y necesitado proceso de integración en pos de la inclusión social y la erradicación de la pobreza.⁵⁰

La agenda política de la UNASUR abordó el nexo de integración regional centralizando su política en objetivos vinculados a la equidad en salud. La gobernanza de la salud, y con ello una nueva forma de diplomacia en salud, comenzaba en la región con la salud como derecho y principio para la inclusión y el desarrollo humano. A diferencia de MERCOSUR y la Comunidad Andina, que abordaron la salud en el marco de políticas centradas en el mercado, la dependencia financiera, la austeridad económica y los recortes en el gasto social, UNASUR abordó la salud desde las políticas sociales y en un entorno político y económico diferente. En palabras de Buss, en este contexto, la salud tuvo centralidad no solo como un problema sanitario de relaciones transnacionales, sino también y fundamentalmente como un derecho social que debía ser abordado desde las relaciones regionales y a partir de una diplomacia mundial.⁵¹

49 Maristella Swampa, *Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales* (Buenos Aires: Biblos, 2000).

50 Riggiozzi, "Regionalism through social policy: collective action and health diplomacy in South America".

51 Paulo Buss, "Brazil: Structuring 890 cooperation for health", *The Lancet*, No. 377 (2011): 1722-23.

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, los casos de Brasil y Venezuela desafiaron 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 que diseñó 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 de las nuevas formas de regionalismo como un proceso de acción colectiva en la región y para la región.

Las instituciones, fuentes de financiamiento, y prácticas bajo mandato de proyectos regionalistas como la UNASUR, reformularon 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.⁵²

UNASUR se propuso desarrollar una integración regional que abarque a toda América del Sur y que no esté simplemente orientada por la dimensión comercial. Su Tratado Constitutivo 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.⁵³

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 que diseñó 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.

52 *Ibid.*

53 *Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Sudamericanas* (2009).

En 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.⁵⁴

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 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,⁵⁵ 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

54 *Ibid.*

55 Riggiozzi, “Acción colectiva y diplomacia de UNASUR salud”.

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 intrarregionales y persiguiendo, a diferencia de previos proyectos regionales, una nueva cooperación interregional Sur-Sur.⁵⁶ 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.⁵⁷ Los objetivos específicos de esta agenda quedaron organizados en cinco puntos principales: 1. Escudo epidemiológico Suramericano; 2. Desarrollo de Sistemas Universales de Salud; 3. Acceso Universal a los medicamentos y otros insumos para la salud; 4. Promoción de la Salud y abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud; y 5. 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).⁵⁸

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 Tobarun 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

56 *Ibid.*

57 UNASUR, *Plan Quinquenal, 2010-2015* (2009).

58 *Ibid.*

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.⁵⁹ 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,⁶⁰ entraría 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 las 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 cuando se abordan 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 im-

59 Paulo Buss y Sebastián Tobar, “Diplomacia en Salud en América del Sur: El Caso de UNASUR SALUD”, *Revista Argentina de Economía y Ciencias Sociales*, No. 18 (2009): 9-11.

60 *Ibid.*

portancia 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 Río 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 son de carácter intergubernamental.⁶¹ 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,⁶² 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.⁶³

61 Riggiozoi, “Acción colectiva y diplomacia de UNASUR salud”.

62 Buss y Tobar, “Diplomacia en Salud en América del Sur”.

63 Deisy Ventura, “Salud pública y política exterior brasileña”, *Revista Internacional de Derechos Humanos* (2014), <http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo19.php?artigo=19,artigo_06.htm>.

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”.⁶⁴

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 transfronterizos mayoritariamente, y con poco grado de institucionalidad, UNASUR afianzó estos compromisos entendiendo además salud como una cuestión de gobernanza.⁶⁵

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 comienzan 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.

64 Buss y Tobar, “Diplomacia en Salud en América del Sur”.

65 Riggiozzi, “Acción colectiva y diplomacia de UNASUR 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.⁶⁶ 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 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 solo 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 experien-

66 *Ibid.*

cias particulares, será el gran desafío 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, la perspectiva 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 con 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 bibliográficas

- Akin John S., Nancy Birdsall y David M. De Ferranti. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington, DC: World Bank, 1987.
- Alvarez Castaño, Luz Stella. “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”. *Revista Gerencia Política Salud*, No. 17 (2009): 69-79.
- Alvarez, Mariano. “Los 20 años del MERCOSUR: una Integración a Dos Velocidades”. *Serie Comercio Internacional*, No. 108 (2011).
- Arditi, Benjamin. “Arguments about the Left Turn(s) in Latin America: a Post Liberal Politics?”. *Bulletin of Latin American Research*, No. 43 (2008): 59-81.
- Braga, José Ueleres, Maria Belén Herrero y Célia Martínez de Cuellar. “Transmissão da tuberculose na triplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina”. *Revista Cad. Saúde Pública* 27, No. 7 (2011): 1271-80. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700003>>.
- Brown, Theodore M., Marcos Cueto y Elizabeth Fee. “The World Health Organization and the transition from international to global public health”. *American Journal of Public Health*, No. 96 (2006): 62-72.
- Buss, Paulo. “Brazil: Structuring 890 cooperation for health”. *The Lancet*, No. 377 (2011): 1722-23.
- Buss, Paulo y Sebastián Tobar. “Diplomacia en Salud en América del Sur: El Caso de UNASUR SALUD”. *Revista Argentina de Economía y Ciencias Sociales*, No. 18 (2009): 9-11.
- Chorev, Nitsan. “Restructuring neoliberalism at the World Health Organization”. *Review of International Political Economy* 20, No. 4 (2013): 627-66.
- Cooper, Andrew F., Heine Jorge, Thakur Ramesh, editores. *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy* (Oxford: Oxford University Press, 2013).

- Cornwall, Andrea y Karen Brock. "What do buzzwords do for development policy? A critical look at 'participation', 'empowerment' and 'poverty reduction'". *Third World Quarterly* 26, No. 7 (2005): 1043-60.
- Farmer, Paul. "The Consumption of the Poor: Tuberculosis in the 21st Century". *Etnography*, No. 2 (2000): 1-183.
- Lee, Kelley y Richard Dodgson. "Globalization and Cholera: Implications for Global Governance". *Global Governance* 6, No. 2 (2000): 213-36.
- Ministerios de Relaciones Exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia. "Oslo Ministerial Declaration-global health: A pressing foreign policy issue of our time". *The Lancet* 369, No. 9570 (2007): 1373-78.
- Franco, Rolando y Armando Di Filippo. *Las dimensiones sociales de la integración regional en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 1999.
- Gómez, Eduardo. "Understanding Brazilian Global Health Diplomacy: Social Health Movements, Institutional Infiltration, and the Geopolitics of Accessing HIV/AIDS Medication". *Global Health Governance* 6, No. 1 (2012).
- Grugel, Jean. "Latin America and the remaking of the Americas". En Andrew Gamble y Anthony Payne, editores, *Regionalism and World Order*, 131-67. Londres: Macmillan, 1996.
- Hage, Carmo. *Health Surveillance in South America: epidemiological, sanitary and environmental*. South American Institute of Government in Health. Rio de Janeiro: ISAGS, 2013.
- Irwin Alec y Elena Scali. "Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences". *Social Determinants of Health Discussion Paper* No. 1. Ginebra: World Health Organization, 2010.
- Labonté, Ronald y Michelle Gagnon. "Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy". *Globalization and Health* (2010): 6-14.
- Malamud, Andrés. "Mercosur turns 15: Between rising rhetoric and declining achievement". *Cambridge Review of International Affairs* 18, No. 3 (2005): 421-36.
- PAHO. "Regional Outlook and Country Profiles". *Health in the Americas: 2012 Edition*. Washington, DC: PAHO, 2012.
- Perez Valerino, Daney Ricardo. "La diplomacia de salud y su presencia en las relaciones internacionales del siglo XXI". *Revista Cubana de Salud Pública Internacional*, No. 3 (2012).
- Phillips, Nicola. "Hemispheric Integration and Subregionalism in the Americas". *International Affairs*, No. 79 (2003): 327-49.
- _____. "The Rise and Fall of Open Regionalism? Comparative Reflections on Regional Governance in the Southern Cone of Latin America". *Third World Quarterly* 24, No. 2 (2003): 217-34. <http://alternative-regionalisms.org/wp-content/uploads/2009/07/phillips_openregionalism.inla.pdf>.
- Riggirozzi, Pia. "Acción colectiva y diplomacia de UNASUR salud: La construcción regional a través de políticas sociales". *Documento de trabajo* No. 63. Buenos Aires: FLACSO, 2012.



- ____ “Regionalism and Health Policy in South America: Tackling Germs, Brokering Norms and Contesting Power”. *Robert Schuman Centre for Advanced Studies Research Paper* No. 83. San Domenico de Fiesole: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, 2014.
- ____ “Regionalism through social policy: collective action and health diplomacy in South America”. *Economy and Society* (2014): 1-23. <<http://dx.doi.org/10.1080/03085147.2014.881598>>.
- ____ “Regionalism, activism, and rights: New opportunities for health diplomacy in South America”. *Review of International Studies* (2014). <doi: 10.1017/S026021051400028X>.
- Riggirozzi, Pía y Diana Tussie, editores. *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America*. Dordrecht: Springer, 2012.
- Sanahuja, Jose Antonio. *Post-liberal Regionalism in South America: The Case of UNASUR*. Fiesole: Central European University Press, 2012.
- Sen, Amartya. “¿Por qué la equidad en salud?”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, No. 11 (2002): 5.
- Solar, Orielle y Alec Irwin. “A conceptual framework for action on the social determinants of health”. *Social Determinants of Health Discussion Paper* No. 2. Ginebra: World Health Organization, 2010.
- Swampa, Maristella. *Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales*. Buenos Aires: Biblos, 2000.
- Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Sudamericanas, 23 de mayo de 2008.
- Tussie, Diana. “Economic Governance after Neoliberalism”. En Jean Grugel y Pia Riggirozzi, editores. *Governance after Neoliberalism in Latin America*, 67-88. Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2009.
- UNASUR, *Plan Quinquenal, 2010-2015* (2009).
- Urquía, Marcelo. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Remedios de Escalada: UNLA, 2006.
- Ventura, Deisy. “Salud pública y política exterior brasileña”. *Revista Internacional de Derechos Humanos* (2014). <http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo19.php?artigo=19,artigo_06.htm>.

Fecha de recepción: 15 de septiembre de 2014

Fecha de aceptación: 24 de octubre de 2014