

La salud del proceso de integración regional : el caso UNASUR SALUD. ¿Soberanía o dependencia sanitaria?	Titulo
Basile, Gonzalo - Autor/a;	Autor(es)
	Lugar
FLACSO República Dominicana IDEP-ATE	Editorial/Editor
2019	Fecha
III Dossiers Salud Internacional SurSur	Colección
Salud; UNASUR - Unión de Naciones Suramericanas; Integración regional; Dependencia; Soberanía; América Latina;	Temas
Doc. de trabajo / Informes	Tipo de documento
* <a href="http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20191205035735/III-Dossier-SISS-CLACSO-Integracion-regional-y-Salud.pdf">http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20191205035735/III-Dossier-SISS-CLACSO-Integracion-regional-y-Salud.pdf</a> *	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND <a href="http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es">http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es</a>	Licencia

**Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO**  
<http://biblioteca.clacso.org>

**Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)**  
**Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)**  
**Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)**  
[www.clacso.org](http://www.clacso.org)





Grupo Regional de Salud Internacional  
y Soberanía Sanitaria **CLACSO**

## III DOSSIERS DE SALUD INTERNACIONAL SUR SUR



### LA SALUD DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN REGIONAL: EL CASO UNASUR SALUD *¿SOBERANÍA O DEPENDENCIA SANITARIA?*

*Autor: Gonzalo Basile*



III Dossiers  
Salud Internacional SurSur

**La Salud del proceso de Integración Regional:  
El caso UNASUR SALUD**  
*¿Soberanía o dependencia sanitaria?*

Autor: Gonzalo Basile

III Dossiers  
Salud Internacional Sur Sur

**La Salud del proceso de Integración Regional:  
El caso UNASUR SALUD *¿Soberanía o dependencia sanitaria?***

INDICE

Prólogo .....	4
Resumen .....	5
Abreviaturas.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes del regionalismo político: el caso UNASUR.....	8
Fundamentos y marco teórico desde dónde comprender la agenda regional en salud.....	12
El estudio de caso: la experiencia del UNASUR Salud.....	15
Soberanía o Dependencia Sanitaria?.....	18
A modo de aportes y conclusiones .....	24
Referencias y Bibliografía consultada.....	27

## III Dossiers



### PROLOGO:

Como parte de las producciones y dinámicas de la agenda del Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), deseamos presentarles la edición de los Dossiers de Salud Internacional Sur Sur.

Este es un trabajo conjunto de FLACSO RD (Programa República Dominicana) y el Área de Salud de IDEP (Argentina).

Los Dossiers buscan ser un aporte en la producción y difusión de conocimientos e innovación hacia una nueva Salud Internacional Sur Sur, contribuyendo a desarrollar esta perspectiva conceptual, metodológica y de política pública para incidencia a nivel regional como nacional.

Esperamos sea de interés para centros miembros CLACSO, universidades y comunidad científica del campo de estudio, movimientos sociales y organizaciones de sociedad civil, organismos regionales como así en la gestión pública y Gobiernos de América Latina y el Caribe especialmente.

El objetivo central de estas ediciones de los Dossiers es fortalecer un proceso descolonial, emancipatorio e intercultural en el desarrollo de una nueva Salud Internacional Sur Sur.

Editaremos estos Dossiers según una agenda de publicaciones de trabajos y artículos inéditos de destacados investigadores y equipos de trabajo referidos a la Geopolítica colonial del Sistema Internacional de Cooperación, la Salud Internacional Sur Sur y el Giro decolonial, Migraciones y SISS, Agenda global de Reformas a Sistemas y Políticas de Salud, Seguridad Social y Protección Social en el Siglo XXI, las Emergencias socioambientales y Capitalismo del Desastre, Militarización y Acción Humanitaria, Epidemiología del Ambiente y Extractivismo, Epidemiología Internacional, Complejo Médico Industrial Farmacológico y Medicamentos, entre otros temas que iremos incorporando con el desarrollo de producciones de este espacio abierto.

Esperamos sean de vuestro interés y difusión.

### Ediciones Dossiers de Salud Internacional Sur Sur / Centros miembros CLACSO:

**Director Daniel Godoy**

**\* Área de Salud Instituto de Estudios de Participación y Estado (IDEP-ATE)**

**\* Programa de Salud Internacional Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -República Dominicana (FLACSO RD)**

## RESUMEN:

El proceso de integración regional en Sudamérica durante el periodo 2005-2015 tuvo ciertos aspectos que se suelen describir en la literatura especializada como regionalismo político y post-neoliberal, donde se asume que este proceso priorizó las políticas públicas de afrontamiento de las desigualdades y especialmente una perspectiva por el derecho a la salud, el acceso universal y el abordaje de los determinantes sociales como objetivos de este proyecto político integracionista y de nuevas políticas sani-

tarias en la región. Este artículo busca realizar un análisis de los contenidos de la corriente sanitaria dominante basada en el panamericanismo viendo su relación con los enunciados asumidos en el caso de la experiencia regional del desarrollo del UNASUR Salud y por último, comparar la operacionalización de la agenda de salud regional que terminó siendo predominante en dicho periodo en Sudamérica, y más ampliamente en América Latina y Caribe.

**Palabras claves:** Integración regional – UNASUR – Salud - Dependencia – Soberanía Sanitaria

*Cita:* **BASILE, G.** La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria?. En **III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Agosto, 2019.**

**Fecha:** Agosto 2019

**Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO**

**Autor(es):** Basile, Gonzalo (gbasile@flacso.org.do )

### ABREVIATURAS

ADPIC - Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio

ALBA - Alternativa Bolivariana de los Pueblos

BID - Banco Interamericano de Desarrollo

BM - Banco Mundial

CAN - Comunidad Andina de Naciones

CARICOM – Comunidad del Caribe

CELAC - Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños

CEPAL - Comisión Económica y Social para América Latina

CLACSO - Consejo Latinoamericana de Ciencias Sociales

CMIFF - Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero

CDSS – Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

CSS - Cooperación Sur Sur

CSS – Consejo Suramericano de Salud

CSN - Comunidad Suramericana de Naciones

CUS - Cobertura Universal de Salud

ETN - Enfermedades No Transmisibles

FESP - Funciones Esenciales de Salud Pública

ISAGS – Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

MERCOSUR – Mercado Común del Sur

OCDE - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS - Objetivos de Desarrollo Sostenible

OEA - Organización Estados Americanos

OMC - Organización Mundial de Comercio

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONGN - Organizaciones no gubernamentales del Norte

ONU - Organización de Naciones Unidas

OPS - Organización Panamericana de la Salud

PROSUR – Foro para el Progreso de Sudamérica

SGI - Salud Global Liberal

SICA - Sistema de Integración Centroamericano y República Dominicana

SIP - Salud Internacional Panamericana

SISS - Salud Internacional Sur Sur

UNASUR - Unión Suramericana de Naciones

UNICEF - Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

### INTRODUCCIÓN:

Con el impulso del PROSUR (Foro para el Progreso de América del Sur) promovido en marzo del 2019 por Colombia y Chile basándose en una supuesta “desideologización” de la integración regional (SANAHOJA, J. A. 2019), se buscaba cerrar el proceso de integración precedente y dar cierto mensaje de cambios institucionales definitivos que estaba sufriendo el regionalismo latinoamericano.

Este giro promovía un importante fin o crisis de ciclo/etapa: el de los procesos de integración regional que orientaban explícitamente a lograr mayor autonomía regional en política internacional frente a Estados Unidos; y en cuanto a estrategias de políticas públicas, frente a las dinámicas de lo que se supone la agenda de la globalización liberal y el sistema mundo imperante.

En un movimiento de pinzas por un lado se avanzó desde agosto del 2017 con el impulso del “Grupo de Lima” como mecanismo ad hoc para afrontar la crisis política, socio-económica, migratoria y sanitaria en Venezuela, y por otro se generaba el abandono y cierre de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) por parte de Argentina, Brasil, Perú, Colombia, Chile, Paraguay y Ecuador. Eso decantaría con el tímido lanzamiento del Prosur en inicios del 2019, que pareciera haber quedado sólo en un anuncio.

A decir de Ernesto Samper, ex secretario ejecutivo de la (ex) UNASUR:

*....“Prosur es más Pronorte que Prosur. Porque hay dos visiones de integración: una visión que sigue el término latino respice polum, mirando hacia los Estados Unidos, pensando que nuestro único destino es integrarnos a los Estados Unidos, que es un socio importante pero no es el más importante, y el respice similia, que es de dónde nació la Unasur, que es mirar al vecino. Nosotros entre nosotros, entendiéndonos como Sur regional, que con otras partes del Sur podemos hacer muchas*

*cosas juntos. Esas dos visiones son las que hoy día están enfrentadas”...*

Ahora bien, luego de casi 15 años, las condiciones que hicieron posible el intento de una integración regional denominada estratégica entro en una crisis (APONTE, M. 2014). La caída del ciclo económico de las commodities que había proporcionado los recursos materiales sobre los que se sustentaron políticas públicas nacionales e internacionales con componentes autonomistas y multilaterales junto a los liderazgos centrales que impulsaron este ciclo comenzaron a estancarse, cambiar o entrar en crisis.

Además de la profunda crisis en Venezuela y su constante visibilización con ciertos patrones de injerencia, el juego geopolítico regional continúa reproduciendo un doble estándar con graves situaciones en otros países especialmente centroamericanos: por un lado, Guatemala, donde el ex gobierno de Jimmy Morales expulsó al comisionado Iván Velásquez, a cargo de la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala (CICIG), y rompe de forma unilateral el acuerdo con Naciones Unidas que permitía su actuación y a su vez impidió presentarse a las elecciones presidenciales a la principal dirigente política opositora Thelma Aldana. Por otro, la deriva autoritaria y la represión —con más de 300 muertos— de Daniel Ortega en Nicaragua, o el fraude reconocido en elecciones presidenciales y ahora las masivas protestas sociales con decenas de muertes en Honduras. Y también en Sudamérica y el Caribe como la caída del gobierno de Roselló en el colonial Puerto Rico a partir de movilizaciones sociales, las masivas protestas con centralidad del movimiento indígena en Ecuador contra Lenin Moreno ante el programa del FMI con incremento de combustible mediante, la crisis económica y contundente derrota de Mauricio Macri en Argentina, la efervescencia popular en Chile con una deriva represiva militar y la exigencia de renuncia de Piñera, el cierre del Congreso en Perú por parte del presidente



## III Dossiers

interino Vizcarra, o los más de 40 muertes en Haití demandando la dimisión del presidente Jovenel. Unas crisis se visibilizan, otras no.

La región latinoamericana y caribeña se encuentra con dinámicas nacionales en tensión, pero con evidentes derivaciones y consecuencias a escala regional. Hacer un balance express sobre el regionalismo latinoamericano implicaría retrotraerse a los últimos quizás 100 años de la historia, luchas y vaivenes del devenir de América Latina y Caribe, y no podría ser objeto de este artículo. Ahora bien, revisar ciertos procesos recientes permitirían quizás extraer algunos aprendizajes o por lo menos puntos de partida desde dónde (re)pensar el regionalismo político y la estructuración de una agenda de salud del Sur (Basile, 2018).

El objetivo entonces de este artículo será analizar y realizar una aproximación a la comprensión del papel que el Consejo de Salud de UNASUR (UNASUR Salud) en el campo sanitario tuvo en el periodo 2009-2018. buscando preguntarse si este nuevo andamiaje institucional regional pudo desencadenar procesos de soberanía sanitaria, hegemonía alternativa y geopolítica Sur Sur, o por el contrario, bajo una narrativa o consigna híbrida de nueva diplomacia promotora de la salud como derecho humano (RIGGIROZZI, P. 2014), de impulso de políticas sociales, su operacionalización en realidad giro centralmente bajo una diplomacia sudamericana en salud que mantuvo la dependencia y reproducción de la agenda de intereses del panamericanismo sanitario regional (FERRE-RAS, N. 2014).

### Antecedentes del regionalismo político: el caso UNASUR

Los antecedentes más recientes de este proceso que tomaremos en este artículo tienen que ver con la resignificación de la «Patria Grande» desde inicios del siglo XXI, especialmente entre los años 2005 y 2015, donde un grupo de experiencias de gobiernos sudamericanos desplegaron una intensa actividad política con postulados de reformulación de los procesos de integración regional

A sabiendas del contexto regional actual, resulta clave para este trabajo preguntarse ¿la experiencia del UNASUR Salud fue un proceso alternativo a la trayectoria de la salud internacional panamericana en la región? ¿Cuánto de consigna política y de hibridación de lo “Sur Sur” hubo en los análisis que resaltaron acriticamente este proceso? En definitiva, resulta necesario entonces enumerar interrogantes que busquemos aproximarnos en este primer trabajo:

- *En el periodo de creación y desarrollo del UNASUR Salud ¿hubo un camino de autonomía regional con respecto a la salud internacional panamericana desde una perspectiva de medicina social/salud colectiva latinoamericana?*
- *¿El panamericanismo continuó siendo hegemónico en la agenda, las cooperaciones, en las formaciones de las diplomacias sanitarias y definición de políticas regionales, o el regionalismo post-neoliberal pudo construir una agenda sanitaria propia en el sentido emancipatorio de la soberanía sanitaria?*
- *¿La experiencia inicial del ISAGS-UNASUR (2011-2015) fue estructurante del Consejo de Salud (UNASUR Salud) o fue un arreglo institucional del movimiento sanitario de Brasil que se debilitó y tendió a su desaparición a partir del cambio de gestión en 2016?*

y geopolítica en la construcción de una autonomía denominada como “post-neoliberal” (SANAHOJA, 2009). El surgimiento de liderazgos políticos prominentes y centrales en el devenir de este proceso en Argentina (Néstor y Cristina Kirchner), Brasil (Luiz Inacio Lula Da Silva), Venezuela (Hugo Chavez), Bolivia (Evo Morales), Ecuador (Rafael Correa), Uruguay (José Mujica); afloraron una inspiración épica

en una especie de reedición de las referencias a los libertadores latinoamericanos (Bolívar, San Martín, Artigas, otros). Estos liderazgos tuvieron una influencia decisiva en las orientaciones y también en la excesiva personalización de las relaciones vinculares de este regionalismo fuertemente anclado en dichas figuras políticas (MENA CARRIÓN, 2013).

Este ciclo se había dado en un clima de incremento sin precedentes de rentas extraordinarias en materias primas exportables como la petrolera, gasífera, alimentaria y agronegocios ancladas en gran medida en la expansión de China como comprador primario de la región, bases económico-comerciales que permitieron mayores márgenes de autonomía económica con los Estados Unidos, capacidad de acción política y hasta solvencia financiera, aunque de forma contingente. Es decir, en parte este regionalismo político quedó atravesado por las dinámicas del acelerado capitalismo global y la expansión del extractivismo en la periferia (GUDYNAS, 2012).

Es en este escenario regional e internacional que se firma el tratado constitutivo de un nuevo organismo regional suramericano en la ciudad de Brasilia en mayo del 2008: la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Firma que la realizan doce presidentes sudamericanos de: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela. También ya venía desarrollándose desde 2004 la experiencia de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América - Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA-TCP) creada por Cuba y Venezuela (APONTE, 2014). Luego como parte de este proceso se decantará en el intento de la creación de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) lanzada en una cumbre en México en el año 2010 por primera vez sin la participación de Canadá y Estados Unidos como continuaba siendo en el seno del organismo panamericano de la Organización de Estados Americanos (OEA) (SERBIN, 2014).

El caso del UNASUR no fue un proceso nuevo ni eclosionó de la nada. Antecedentes desde las

Cumbres Sudamericanas del Cuzco (Perú-2004), de Brasilia (Brasil-2005) y Cochabamba (Bolivia-2006) motorizadas en gran medida por el presidente brasileño Luis Inacio Lula Da Silva, donde se crea la Comunidad Sudamericana de Naciones. La idea de CSN había nacido en el año 2002 para integrar los procesos regionales desarrollados por el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Comunidad Andina (CAN). Es en la cumbre Energética de la Isla Margarita (Venezuela-2007) que se decidirá cambiar el nombre a UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas).

El artículo 2 del Tratado Constitutivo de UNASUR<sup>1</sup> marca claramente el objetivo de la misma:

*La Unión de Naciones Suramericanas tiene como objetivo 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, 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.*

Más allá del articulado, el enunciado de UNASUR reafirma una decisión política e impronta de regionalismo multilateral, de índole no sólo político sino social y desde una identidad:

*“...AFIRMAN su determinación de construir una identidad y ciudadanía suramericanas y desarrollar un espacio regional integrado en lo político, económico, social, cultural, ambiental, energético y de infraestructura, para contribuir al fortalecimiento de la unidad de América Latina y el Caribe; CONVENCIDAS de que la integración y la unión suramericanas son necesarias para avanzar en el desarrollo sostenible y el bienestar*

<sup>1</sup> UNASUR - Tratado Constitutivo - [En Internet] <http://www.unasursg.org/images/descargas/DOCUMENTOS%20CONSTITUTIVOS%20DE%20UNASUR/Tratado-UNASUR-solo.pdf>

## III Dossiers

*de nuestros pueblos, así como para contribuir a resolver los problemas que aún afectan a la región, como son la pobreza, la exclusión y la desigualdad social persistentes; ...SEGURAS de que la integración es un paso decisivo hacia el fortalecimiento del multilateralismo y la vigencia del derecho en las relaciones internacionales para lograr un mundo multipolar, equilibrado y justo en el que prime la igualdad soberana de los Estados y una cultura de paz en un mundo libre de armas nucleares y de destrucción masiva...”*  
(Pag. 7 - Tratado Constitutivo UNASUR)

El UNASUR<sup>2</sup> en un corto periodo de tiempo fue creando diferentes estructuras e intentos de una institucionalidad suramericana desde el Consejo de Jefes y Jefas de Estado, al consejo de Ministras y Ministros de Relaciones Exteriores, al consejo de Delegados y Delegadas, a la creación de la Secretaría General de la Unión y a los Consejos ministeriales y sectoriales como Defensa, Educación, Salud, Desarrollo Social, Economía y Finanzas, Energético, de Infraestructura y Planeamiento, entre otros.

*“...Los Consejos Ministeriales Sectoriales son creados por las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de UNASUR conforme al artículo 6 del Tratado Constitutivo. Son Consejos temáticos que responden a los objetivos de UNASUR y a los lineamientos establecidos por los órganos políticos del organismo...”*

Los primeros desarrollos de Consejos fueron por un lado en la cumbre de la Isla Margarita en 2007 lo que posteriormente se llamará el Consejo Energético Suramericano<sup>3</sup> y su símil un tiempo después en el año 2008 en la ciudad de Salvador de Bahía donde se creará el Consejo de Defensa Suramericano (CDS)<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> UNASUR - <http://www.unasursg.org/es/consejos/consejos-ministeriales-y-sectoriales>

<sup>3</sup> UNASUR - Consejo Energético Suramericano. <http://www.unasursg.org/es/consejo-energetico-suramericano>

<sup>4</sup> UNASUR. Consejo Defensa Suramericano. <http://www.unasursg.org/es/consejo-defensa-suramericano-unasur>

Este consejo de defensa paradójicamente fue creado en el medio de las tensiones y conflictos entre Colombia (Álvaro Uribe 2002-2010) con Ecuador (Rafael Correa 2007-2017) y Venezuela (Hugo Chávez Frías 1999-2013), promoviendo un espacio de integración con la premisa de la cooperación y coordinación de políticas de defensa regional buscando quitar poder a la geopolítica de las bases militares norteamericanas en la región, Comando Sur mediante, y por otro lado, consolidar la paz. En la definición de objetivos, a ese Consejo de Defensa también se le asignó la potestad de las Fuerzas Armadas sobre las “emergencias y desastres”, una lógica de militarización reeditora de la doctrina de Seguridad Nacional en la “defensa civil” de los Desastres, a contramano de los estudios sociales de desastres latinoamericanos, la protección civil y gestión de riesgos del pensamiento crítico regional.

A diferencia de lo sucedido en Europa, con el escenario de la post - Segunda Guerra Mundial donde el proceso de integración surgió como un mecanismo para asegurar la paz (HAAS, 1948), en América Latina el objetivo de la integración regional siempre giró en gran medida en la hipótesis y teoría del desarrollo en especial el económico (PREBISCH, 1948). Según el pensamiento cepalino, para que los países de la región se desarrollaran, tenían que superar el deterioro en los términos de intercambio y para ello, la meta sociopolítica a conquistar por los pueblos de Latinoamérica eran la sustitución de importaciones, administración del comercio exterior, expansión de mercado interno de consumo, mejoras salariales e hipótesis de pleno empleo, políticas de protección social con reducción de la pobreza, Estado tripartito mediador capital - trabajo como promotor capitalista del desarrollo, entre otras prerrogativas. Con el ocaso del incipiente modelo desarrollista latinoamericano con sus tesis del desarrollo (DOS SANTOS, 2000); neoliberalismo mediante, se retomó desde los '70 una hoja de ruta fragmentada y de corte liberal basado en principios del centro Norte (PRECIADO, 2008).

De este modo, el temor de quedar al margen de la oleada de la mundialización económico financiera a partir del Consenso de Washington (LECHINI, 1999), hizo abrazar el regionalismo abierto (CEPAL, 1994) como única opción válida de inserción internacional durante los '80 y '90 en Latinoamérica y en especial Sudamérica. Es decir, responder a las directrices de liberalización económica, división internacional del comercio, alineamiento con los grandes bloques de poder del Norte global, horizonte de primarización de las exportaciones y debilitamiento del tejido institucional estatal y bienes públicos de los Estados - Nación.

Estas décadas dejaron en América Latina un complejo mapa de organismos y de subregiones, con multiplicidad de bloques de integración y proyectos políticos superpuestos:

- ALALC, Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (luego ALADI)
- CAN, Comunidad Andina de Naciones en 1969
- CARICOM, la Comunidad del Caribe
- MERCOSUR, el Mercado Común del Sur
- MCCA/SICA, Mercado Común Centroamericano en 1959 y luego SICA (Sistema Integración Centroamericana y República Dominicana)

Situación interpretada como fragmentación regional por las diferencias y distancias que se generaron entre las distintas subregiones (BOUZAS, 2008). Latinoamérica entonces, se disgregó en múltiples tramas de integración y ello impedía identificarla como un espacio geopolítico unificado, integrado y con perspectiva estratégica compartida.

Así para finales del siglo XX, la imagen de una América Latina y Caribe más o menos unificada había cedido a la de un rompecabezas de subregiones y proyectos integracionistas abiertamente marcados por avenidas diversas que respondieron más la búsqueda de asumir la geopolítica de poder del Norte global, que a caminos de emancipación.

México integrado a América del Norte (GONZÁLEZ, 2008), incluso en lo financiero, tecnológico, militar y cada vez más en lo cultural (TOKATLIAN, 2001). Solo en Sudamérica se destacaban los bloques de: el Mercosur, la CAN, el CARICOM —por Surinam y Guyana— y el modelo de apertura al mundo o trading around de Chile (SMITH, 2000).

Producida la crisis liberal de fines del siglo XX, un nuevo modelo de integración con la recuperación de las capacidades estatales como actor central, fue la lógica reacción a la excesiva presencia de la hegemonía de mercado de los '80 y '90. Esta reacción tuvo la necesidad de reestablecer un desarrollo regional donde se ponderó mecanismos de expansión de políticas de inclusión y protección social desde donde se incluyeron a las políticas de salud todas ellas atravesadas por lógicas de reducción de pobreza y focalización en grupos vulnerables a decir de los organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Este proceso de integración se siguió apoyando en las ambivalencias de un crecimiento económico a través de exportaciones primarias, pero implicó que bajo una reedición de la teoría del desarrollo nuevamente la etapa estuvo vinculada a la centralidad del Estado e intentos de recuperación de bienes públicos junto a la explotación acelerada de bienes comunes con evidente afectación socioambiental (GUDYNAS, 2012). Esto algunos autores lo denominaron como post-neoliberalismo (SADER, 2008); que reflejaría el consenso de un recetario sobre la necesidad de adopción de medidas como: direccionamiento de la inversión pública, el manejo de las exportaciones y rentas extraordinarias para políticas nacionales, la redistribución de la riqueza, el incentivo al mercado y consumo interno o la adopción de medidas contra-cíclicas económicas. Se destaca, entonces, la conducción política orientada hacia una tesis de producción y consumo con inclusión social como camino al bienestar de la sociedad, por oposición a la conducción "tecnocrática" liberal de mercado del regionalismo abierto (GUDYNAS, 2005).

## III Dossiers

En este contexto y etapa es que se inscribirá la creación del UNASUR (CHAVES GARCÍA, 2010). En general, a partir de una revisión sistemática sobre los estudios y literatura reciente sobre la experiencia de UNASUR, de este ciclo de integración y el denominado nuevo regionalismo, algunos ejes y tesis que enfatizan varios autores recurrentemente fueron y son:

- Su carácter político contrahegemónico, “estratégico” o “post-neoliberal” en la arena regional;
- La reafirmación de cierta matriz de cooperación Sur-Sur como perspectiva, - lo enmarcaron en los debates globales del sistema internacional de cooperación y comercio incluso planteando

### Fundamentos y marco teórico desde dónde comprender la agenda regional en salud

El sistema-mundo (PRECIADO, 2008) vigente esta atravesado por una aceleración global que crea fuerzas muy difíciles de controlar y de construir autonomía: flujos de comercio asimétricos, deslocalización de grupos económicos y corporaciones, enclaves de tráfico drogas, flujos migratorios, entre otros. Esto es resultado de un proceso de pliegues que en la región tiene que ver con la propia constitución histórica de América Latina y Caribe: del capitalismo colonial/moderno, periférico y eurocentrado como patrón de poder mundial y regional (QUIJANO, 2000). Uno de los ejes fundantes de ese patrón de la geopolítica del poder fue la propia racionalidad del eurocentrismo y del panamericanismo del Norte global (RAPOPORT, 2008), como metáfora de poder que mantuvo un muro a cualquier proceso de autonomía regional.

La primer dimensión teórica de este artículo se centra en las perspectivas de Aníbal Quijano y de Walter Mignolo (MIGNOLO, 2002) en la conceptualización de la **colonialidad del poder y del conocimiento**.

Esta conceptualización la consideraremos bases esenciales en este texto para analizar las impli-

la transformación desde Suramérica en el resurgimiento de un «nuevo Bandung», es decir, una cooperación internacional innovada<sup>1</sup>

- En el caso de salud con el supuesto desarrollo de una nueva diplomacia regional (RIGGIROZZI, 2014), que habría contribuido a la promoción de políticas públicas de salud transformadoras de las desigualdades centrándose en las capacidades del Estado desde la ampliación de cobertura de programas de salud pública, la desmercantilización y no tan sólo en el control vertical de enfermedades ni en respuestas basadas en medicamentos y tecnologías promovidas por los intereses comerciales del Complejo Médico Industrial Farmacológico.

cancias directas e indirectas en las estrategias de inserción internacional de la región latinoamericana y caribeña, en la comprensión de las disputas al interior de los procesos de integración regional y las limitantes geopolíticas emancipatorias de estos. El engranaje de la modernidad, capitalismo, patriarcado y colonialismo (eurocentrismo) son enclaves que se enlazaron en un mismo engranaje histórico en las sociedades latinoamericanas y por supuesto cimentan el devenir histórico regional incluso en el propio campo del regionalismo, la salud colectiva y salud internacional (BASILE, 2018).

Los procesos de integración regional en pugna en la región en diversos momentos tuvieron y tienen que ver con los intereses de política exterior de los grandes actores hegemónicos dominantes del sistema mundo contemporáneo buscando reafirmar posiciones de poder del Norte global en el Sur incluso desde la promoción de decisiones geopolíticas regionales (MORGENTHAU, 1986). El mejor ejemplo sería la Alianza para el Progreso desde donde nace quizás la corriente desarrollista de la Comisión Económica y Social Latinoamericana (CEPAL), o bien, la caída de la Unión Soviética

(URSS) con la expansión de modelos liberalizantes tecnocráticos en lo que se llamó regionalismo abierto. Es decir, no se pueden leer los proyectos de inserción internacional e integración regional de características fragmentados, socioculturalmente diversos y hasta antagónicos latinoamericanos sin una lectura pormenorizada de los patrones de geopolítica del poder especialmente del capitalismo del centro global expresado en EE.UU., Europa o los nuevos actores como Rusia y China actualmente en sus conjugaciones e intereses con la región.

Desde esta visión geopolítica, en América Latina y Caribe siempre se conjugaron interacciones Sur Sur que buscaron abrir otra dimensión del diálogo, cooperación y acción de actores del Sur poniendo en jaque a la teoría del desarrollo, a la colonialidad del poder y conocimiento e incluso al mismo capitalismo. Aunque también en este Sur geopolítico en su seno perduraron bloques de poder cimentados sobre sociedades excluyentes donde aún se reproduce dependencia, liberalización, mercantilización y descuidadización.

En el contexto histórico post Segunda Guerra Mundial, motivados por el rechazo al sistema internacional impuesto, los países del Sur llegaron a construir un proyecto político denominado “Nuevo Orden Económico Internacional” (NOEI) que aunque nunca tuvo una materialización efectiva pero sí permitió expandir la reconfiguración de la dimensión Sur Sur en las relaciones internacionales incluyendo aquí los procesos de integración regional. En gran medida este largo camino de emancipación, diálogo, integración, autonomía y cooperación entre los países del Sur desde Bandung (SURASKY, 2014) en adelante buscaron enfrentar la instauración y reproducción de la herencia, dispositivos y razón colonial.

Así el propio regionalismo latinoamericano y caribeño siempre convivió con semillas que el colonialismo interno había sembrado en las sociedades, grupos de poder, universidades e incluso luego en las tecno-burocracias y diplomacias de

los Estados-Nación. Estas siguieron reproduciendo estructuras sociales, económicas, políticas, culturales y epistémicas que se mantuvieron en la epidermis de las sociedades desde el periodo colonial hasta la actualidad (PRASHAD, 2012).

La segunda dimensión conceptual clave, es continuar reflexionando sobre la **teoría del desarrollo**. El desarrollo resulta un concepto primordial para analizar el regionalismo porque por más de medio siglo es la forma como se analiza, entiende y mira a los países del Sur, en especial a América Latina y Caribe.

Esta idea y dispositivo del “desarrollo” es asimilado con analogías al ciclo de la vida del ser humano con una visión lineal de la evolución económica de las sociedades con etapas naturales que Occidente se encargó de exportar y promover como cultura y hoja de ruta universal para alcanzar un tipo de calidad de vida (RIST, 2002). En pleno proceso de descolonización especialmente de África (MALDONADO TORRES, 2008), se dinamizará esta nueva readecuación epistémica y simbólica con la instalación del concepto del desarrollo y su supuesto carácter de científicidad (SUNKEL, 1999).

El esfuerzo por generar premisas en el carácter científico de la teoría del desarrollo, supuso una conceptualización donde todos los Estados se dedicaban a vivir “en desarrollo” (que para muchos significa convertirse en Naciones). Que su progreso se podría medir cuantitativa y sincrónicamente, sobre la base de conocimientos derivados de tales medidas los gobiernos podrían acelerar dicho proceso. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estará asociada a la teoría de los estadios. Presupone que las unidades individuales, las sociedades nacionales, se desarrollaban todas de la misma manera (satisfaciendo la demanda nomotética) pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todos los Estados terminarían/terminarán siendo más o menos lo mismo. Como Wallerstein (2006) lo plantea: “este truco de ilusionismo implicaba que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desa-

## III Dossiers

rollados”.

Esta teorización sobre el desarrollo, a su vez se expandió clasificando con tipologías del Norte a la geopolítica global e incluso a la epidemiología de las enfermedades: países desarrollados o subdesarrollados (o en vías de desarrollo), en enfermedades de países de alta-media-baja renta, enfermedades del nuevo y viejo mundo, entre otros. Estas clasificaciones de la modernidad y el desarrollo son categorizaciones producidas históricamente como parte de una historia del poder (QUIJANO, 2008).

La instalación del concepto del desarrollo (GUDYNAS, 2011) evitará sistemáticamente describir las relaciones de poder del sistema mundo actual y que el “subdesarrollo” estuvo y está conectado con la expansión del capitalismo del Norte global actualmente conocido como “él” desarrollo. Por último, esta concepción del desarrollo instalará la adopción de normas de comportamiento, actitudes, y valores identificados con la sociedad occidental y la racionalidad económica moderna como ideal a alcanzar y una meta sociopolítica a conquistar (DOS SANTOS, 2000).

El primer corriente de integración regional de mayor dimensión geopolítica en América Latina y Caribe estuvo sin duda fuertemente atravesada en la expansión de la matriz del desarrollismo en fase cepalina (DOS SANTOS, 1968). La agenda de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a partir de la cumbre de Punta del Este del año 1962, construyó en la región una conceptualización e ideario de “desarrollo” como dispositivo de adopción de una hoja de ruta de políticas públicas claves y posibles como horizonte regional, junto a la inserción internacional y valores socioculturales identificados con la sociedad occidental, Estado social de derecho liberal y la racionalidad económica del capitalismo desarrollado central como meta sociopolítica a conquistar por las naciones y pueblos de Latinoamérica y Caribe (MARINI, R. M., & MILLÁN, 1994). Los economistas tendrán una gran centralidad y divulga-

ción de esta teoría.

La planificación del “desarrollo”, la sustitución de importaciones, administración del comercio exterior, expansión de mercado interno de consumo, modernización, hipótesis de pleno empleo, Estado tripartito mediador capital-trabajo como promotor capitalista del desarrollo nacional, bienes públicos como salud y protección social para garantizar rehabilitación de la fuerza de trabajo; entre otras prerrogativas.

Esta narrativa discursiva y técnica economicista se transformó en una dimensión clave de diseño de ciertas políticas públicas enlazadas al ideario del desarrollo en la región (ESCOBAR, 1998). Se asumió en la práctica la teorización sobre el Desarrollo-Teoría del Desarrollo-(BEJARANO, 2002).

Theotonio Dos Santos definirá que el subdesarrollo es un proceso conectado estrechamente con la expansión de los países industriales, siendo que el desarrollo y subdesarrollo son dos caras de un mismo proceso. La dependencia no es tan “sólo” un fenómeno “externo”. Sino que se manifiesta también en formas y estructuras internas (sociales, ideológicas, políticas).

La persistencia de las visiones económicas del desarrollo en la región, incluso reeditado en el periodo 2005-2015, es bueno repensarlo con las reflexiones de Manish Jain que expresaba que la cooperación sur sur y los procesos de integración regional no tuvieron el efecto deseado de erradicar el sufrimiento y las asimetrías de poder del mundo porque sus fundamentos ideológicos estuvieron basados en un paradigma del desarrollo resultando irónico que quedara sumergido en el mismo paradigma que se suponía que iba a desafiar:

*“...los dirigentes gubernamentales creían que era posible trabajar dentro del paradigma de desarrollo de la modernidad y simplemente modificarlo o ajustarlo para resolver los problemas de sus naciones...” (JAIN, M. 1995).*

La última dimensión teórica que se considera en este artículo es enunciar *la doctrina del panamericanismo* y la incidencia dentro del regionalismo de salud desde Latinoamérica y Caribe.

Desde un punto de vista decolonial (ESCOBAR, 2007), es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemonizó desde fines del siglo XIX y todo el XX en América Latina y Caribe en el campo de lo que se denomina la salud pública internacional, o conocida como salud internacional (GODUE, 1999). La salud como asunto regional geopolítico en América Latina y Caribe siempre estuvo profundamente marcada por su matriz panamericana (BASILE, 2018).

Es preciso puntualizar que el panamericanismo (RAPOPORT, 2008) como “doctrina” fue impulsada por la diplomacia norteamericana y el objeto principal de la misma consistió en fortalecer la idea que Latinoamérica y Caribe sean un subcontinente subsumido a sus intereses y prerrogativas incluso con estrategias y políticas colaborativas y de “buen vecino”. Así el panamericanismo siempre estuvo atravesado por los intereses de política exterior de Estados Unidos y fue reforzado ya en 1904 con el ideario de la doctrina Monroe. Esta perspectiva panamericana visualiza a Latinoamérica como un territorio de explotación, dominio y expansión de intereses geoestratégicos, militares y comerciales. En los ojos de los EE.UU. siempre el panamericanismo estuvo basado en sus propios intereses de hegemonía en la región. Aunque en determinados momentos del devenir histórico esto pudo diferir con los intereses de los países latinoamericanos, y sin duda de ahí se explica la larga lista de intervenciones militares estadounidenses en el siglo XX especialmente en el Caribe y Centroamérica (Haití, República Dominicana,

### El estudio de caso: la experiencia del UNASUR Salud

Aunque el UNASUR nació en una etapa y clima caracterizado por autores como integración post-liberal (SANAHUJA, 2009) y regionalismo post-neoliberal o post-hegemónico (FALOMIR LOCKHART,

Cuba, Guatemala, Nicaragua, Panamá, otros).

Aunque es válido resaltar que el panamericanismo (MARTÍNEZ, 1957) siempre se (auto)describió como un mecanismo para lograr la confraternidad latinoamericana, en torno al reconocimiento del liderazgo de Estados Unidos. Será recurrente entonces escuchar la repetición de sus tesis sobre la solidaridad continental y la supuestamente existencia de una comunidad de intereses de “las Américas”. Estados Unidos y los países latinoamericanos y caribeños hermanados, compartirían factores geográficos, el carácter complementario de sus estructuras económicas, la existencia de hermandad espiritual y de una comunidad cultural única en oposición a las culturas europeas, orientales y eslavas.

Traer el panamericanismo es un ejercicio conceptual sustancial, porque esta geopolítica tendrá incidencia directa sobre el nacimiento y desarrollo del regionalismo latinoamericano en salud. El campo de la salud internacional en Latinoamérica y Caribe no se puede comprender sin la matriz panamericana en su constitución y genealogía (BASILE, 2018).

La matriz del panamericanismo sanitario se define como un campo que analiza la situación de salud poblacional o de la salud en la región como un todo. En particular se tratan de manera preferencial los temas relacionados con las enfermedades que traspasan las fronteras de los países y el rol de los Estados-Nación. Aunque en la superficie estuviera el panamericanismo y objetivos comunes, en la epidermis continua muy viva la relación entre colonialismo, enfermedades y comercio (DE LA FLOR GOMEZ, 2005)

N. 2013), desde sus inicios en alguna medida reprodujo de forma contingente la creación excesiva de nuevos órganos y mecanismos, una limitada y frágil institucionalidad, una intención de abarcar



## III Dossiers

muchos campos de política pública, la proliferación de consejos sectoriales, instancias y múltiples declaraciones como acuerdos que debían ser implementadas. Todo un andamiaje que luego tuvo severas dificultades para una implementación estructurante de una nueva integración regional radicalmente post-liberal o post-neoliberal y que parecería indicar que poco logró materializarse en lo ambicioso de sus propuestas, horizontes y narrativas.

En este contexto, el UNASUR Salud no fue la excepción. El Consejo Suramericano de Salud (CSS) fue la instancia conformada por los ministros de salud de los países miembros del UNASUR. Se trataba del segundo consejo emanado de este organismo después del de Defensa (CSD). La creación de este consejo, que tenía como objetivo promover políticas sanitarias comunes para todos los países de América del Sur, se creó por decisión de Jefes de Estado y de Gobierno reunidos en Costa de Sauipe, Brasil, en diciembre de 2008. Desde sus orígenes el propio comité coordinador del UNASUR Salud tenía entre sus miembros a un representante de la OPS (Organización Panamericana de Salud).

El CSS contó desde sus comienzos con 5 ejes estratégicos que se transformaron en Comités Técnicos:

1. Red de Vigilancia y Respuesta en Salud
2. Desarrollo de Sistemas de Salud Universales
3. Promoción de la Salud y Acción sobre los Determinantes Sociales
4. Acceso Universal a Medicamentos
5. Desarrollo de Gestión de Recursos Humanos

Además de estos 5 ejes y comités técnicos, se fueron creando redes llamadas “estructurantes” como:

- Red de los Institutos Nacionales de Salud (RINS);
- Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS),
- Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC),
- Red de Escuelas de Salud Pública (RESP),
- Red de Asesorías de Relaciones Internacionales y de Cooperación Internacional en Salud (REDSSUR-ORIS),
- Red de Gestión de Riesgos y Mitigación de Desastres

### Gráfico 1 – Diseño del Consejo Suramericano de Salud



Fuente: ISAGS-UNASUR

Con la salvedad de la cooperación técnica Sur Sur estatal entre dos o más Ministerios de salud pública que pudiera asumir tal denominación, de iniciativas contingentes de alguna gestión ministerial, o la excepcionalidad del intento del Banco de Precios de Medicamentos y alguna otra experiencia específica, los resultados acumulados como experiencia de integración y cooperación Sur Sur emancipatoria en salud fueron frágiles. Tampoco en el avance real de la mayoría de las iniciativas mencionadas en declaraciones, documentos y acuerdos de políticas de salud internacional en la región.

Aquí valga la pena poner en observación el rol de las diplomacias sanitarias liberales, formadas bajo los presupuestos del panamericanismo sanitario y la expansión del complejo político liberal, quizás sea una de las explicaciones de los magros logros. Aunque hubo intentos de lecturas híbridas de dichas tecnocracias, en gran medida, muchas de las iniciativas del regionalismo político sanitario quedaron en manos de diplomacias de salud que fueron formadas y preparadas para reproducir una y otra vez la agenda global (BASILE, 2018). Y estas diplomacias que se cristalizan y anudaron en el tejido institucional público estatal no es que sólo tienen como elemento central su liberalismo, su individualismo, su íntima relación con organismos internacionales del Norte global que pagan sus viajes, sus formaciones, y hasta sus salarios. El elemento central es la creencia de un progreso gradual e inevitable a condición de que sólo sea de la mano y con la sabiduría de los competentes y educados especialistas (MATUS, 2007).

En este contexto, parte de la literatura especializada sobre los procesos de integración regional generaron afirmaciones donde se caracterizó al UNASUR Salud en el marco del regionalismo post-neoliberal basado en políticas sociales para reducción de pobreza (RIGGIROZZI, 2015), o de una integración basada en políticas sociales y/o bajo una supuesta salud internacional panamericana latinoamericanista. Suspendida la experiencia de UNASUR Salud en la actualidad, y pasado

el momento de auge entre los años 2012-2014, estos análisis que provinieron principalmente del campo de las relaciones internacionales pareciesen relevante ser revisados y deconstruidos pudiendo sacar algunas lecciones en el largo devenir del pensamiento crítico en salud y procesos emancipatorios latinoamericanos y caribeños.

Efectivamente en artículos de la etapa y proyectos de estudio, aparecieron sistemáticamente un tipo de enunciaciones convertidos en textos de divulgación que tuvieron que ver también con la interpretación del ciclo a partir del punto de vista de cada analista e investigador/a, donde el acercamiento propuesto a este proceso fueron más expresiones de deseos más que materialmente lo que ocurría con las tendencias, operacionalizaciones y agendas de política pública sanitaria regional.

Aunque las dinámicas del UNASUR Salud fueron enunciadas como un paraguas de transformación de la agenda sanitaria regional, de una supuesta nueva diplomacia sanitarista (HERRERO, 2014), de construcción de autonomía y, eventualmente, una plataforma institucional para la concreción de políticas emancipatorias en el campo salud; estas narrativas dificultaron realizar una cabal comprensión tanto a nivel gubernamental como social y académico de la complejidad, las contingencias, tensiones, disputas y contradicciones de la experiencia desarrollada entre 2008 al 2018 por el UNASUR en el campo de la salud colectiva en Sudamérica.

Aquí podríamos incluir además del Consejo Suramericano de Salud y sus comités técnicos del UNASUR Salud, a la experiencia más institucionalizada de ese proceso: el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) que recientemente acaba de anunciar su cierre y suspensión<sup>5</sup> de actividades.

<sup>5</sup> ISAGS-UNASUR – “ISAGS realizo su ceremonia de suspensión de actividades casi 8 años de historia y la idea firme de que el camino es la integración”. [En Internet: [http://isags-unasur.org/es/isags-realizo-su-ceremonia-de-suspension-de-actividades-casi-8-anos-de-historia-y-la-idea-firme-de-que-el-camino-es-la-integracion-regional-en-salud/?fbclid=IwAR1N5-yIK-IMt-pvphi46kpRHMMK2WV66OF-9vTOVGxdvXUYAMGvOhBebS\\_o](http://isags-unasur.org/es/isags-realizo-su-ceremonia-de-suspension-de-actividades-casi-8-anos-de-historia-y-la-idea-firme-de-que-el-camino-es-la-integracion-regional-en-salud/?fbclid=IwAR1N5-yIK-IMt-pvphi46kpRHMMK2WV66OF-9vTOVGxdvXUYAMGvOhBebS_o)]

### Soberanía o Dependencia Sanitaria?

La primera aproximación a abordar este proceso de integración y las preguntas asumidas es comprender si la experiencia del UNASUR Salud significó - o no- una expresión emancipatoria y si fue concebida, promovida o diseñada en sus fundamentos medulares por el movimiento de medicina social y salud colectiva latinoamericano (PAIM y ALMEIDA FILHO, 1999).

En general, las diplomacias tecnocráticas (ALVAREZ, 2005) que participaron en el diseño y operacionalización tuvieron en algunos casos participaciones contingentes de referencias destacadas del pensamiento crítico latinoamericano sanitario, pero las relaciones de poder hacia el interior del Consejo de Salud de UNASUR (UNASUR Salud), es decir, en las gestiones de gobierno y estructuras de los Ministerios de Salud, como en el diseño y agenda de las políticas acompañadas por los ministros suramericanos en la etapa como buscaremos enumerar más adelante respondieron o reprodujeron la tendencia de la región en donde se mantuvo y profundizaron las recetas de la salud pública funcionalista (Funciones Esenciales de Salud Pública), del panamericanismo, de la expansión a partir del 2012 de las líneas estratégicas de la salud global liberal (BIRN, 2014) atravesada por las prerrogativas e iniciativas conjuntas de la OPS-OMS y el Banco Mundial especialmente referido en la Cobertura Universal de Salud, y con pocas acciones claramente autónomas de claro corte Sur Sur exceptuando quizás el intento con el diseño inicial en el año 2011 del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud como escuela de gobierno regional en salud tomando las propuestas de Carlos Matus (2007) en el fortalecimiento de capacidades públicas de los técnicos gubernamentales en la región y liderado casi exclusivamente por Brasil y su ex ministro Gomes Temporão con un equipo de salubristas vinculados al movimiento de salud colectiva brasileño.

Resumidamente, reconstruyendo observaciones participantes en el campo del debate y acción de

política pública regional de la etapa estudiada, y también revisando los contenidos de los acuerdos, documentos, agenda y plan quinquenal del UNASUR Salud se puede caracterizar de forma aproximada que:

1. Las diplomacias y tecno-burocracias de los Ministerios de Salud de la región provenían de tradiciones del panamericanismo de la salud internacional, formados incluso por las propias instancias de la OPS (Organización Panamericana de la Salud). En momentos donde referentes del movimiento de medicina social/salud colectiva, es decir del pensamiento latinoamericano crítico en salud, tuvieron experiencias de gobierno y fueron participes de la integración regional uno de los grandes límites encontrados fue la correlación de fuerzas absolutamente adversa especialmente hacia el interior de las estructuras gubernamentales y burocracias sanitarias como maquinarias de captura en el andamiaje del Estado. A nivel diplomático los equipos técnicos ministeriales fueron formados para la administración y reproducción de las agendas panamericanas y globales de la salud liberal como también en la misma etapa se encontraron falta de consensos sustanciales en política sanitaria entre las representaciones políticas de los Estados.

Dichas diplomacias regionales y equipos técnicos de muchas oficinas de relaciones internacionales de los Ministerios de Salud Pública en Latinoamérica a la hora de actuar e intervenir fueron implementadores, operacionalizadores y ejecutores de las agendas de supuestos “consensos” de salud global y cooperación internacional Centro-Norte donde se requieren de tecnocracias dispuestas a reproducir, administrar y no problematizar ni pensar alternativas (BASILE, 2018).

2. Los planteos de autonomía de las políticas iniciales del ISAGS-UNASUR en rechazar financiamiento ni quedar subsumido a la agenda

global de salud y los programas verticales de UNICEF, Banco Mundial, BID, OPS o de agencias de cooperación del Norte global o bien del propio panamericanismo fueron progresivamente debilitándose. A partir del 2015, esas medidas fueron anuladas y este instituto también paso a ser un dispositivo más dentro de la multiplicidad de organismo regionales y en complementariedad a la centralidad de la OPS-OMS en el regionalismo panamericano de salud.

3. En el caso del Consejo Suramericano de Salud e incluso dentro del ISAGS-UNASUR se reprodujeron instituciones públicas cerradas, de diálogo entre técnicos de gobierno y con bajísimos procesos de tejido institucional con una apuesta innovada a una esfera pública ampliada (Estado-Sociedad). De hecho, incluso tardíamente se diseñó el Foro de Participación Ciudadana del UNASUR (más dependiente de la Secretaria General del UNASUR y de las cancillerías), y aunque hilvano sus estatutos, nunca tuvo un desarrollo. Y es importante describir que este Foro era una institucionalidad “en paralelo” y por fuera de la institucionalidad de los Consejos sectoriales como el de Salud. Es decir, el movimiento de medicina social y salud colectiva latinoamericana nunca tuvo ni la hegemonía en el diseño y proceso ni tuvo participación protagónica en la toma de decisiones del regionalismo sanitario de la etapa aunque si pudiera existir algunos equipos directivos de Ministerios de Salud de la región en la etapa que se reconocieran parte o afines a este movimiento.

Sonia Fleury cuando habla de una institucionalización crítica en el Estado se refiere en resumen a: *“procesos de transformación de las estructuras y dinámicas institucionales, principalmente las estatales, en las que se plasmen esas nuevas relaciones de poder... A la consolidación de la esfera pública de forma más inclusiva. Se trata de innovar e inventar procesos, metodologías, dinámicas y estructuras*

*que permitan y consoliden la expansión de la ciudadanía y la inclusión social”* para vivir bien (FLEURY, 2009).

A decir de Boaventura Sousa Santos *“desmercantilizar, democratizar y descolonizar”* (DE SOUSA SANTOS, 2010) la institucionalidad del Estado, atravesarlo en toda su gestión de lo *“popular e intercultural”* fue un gran ausente del proceso consensado en el Consejo Suramericano de Salud del UNASUR.

4. Por último, podríamos decir que existió en el caso de UNASUR Salud una excesiva dependencia incluso de gestión interna con Brasil. Tanto en sus aportes en claves técnico-política como sanitarios. En el 2017 el principal contribuyente de UNASUR seguía siendo Brasil con casi un 40 por ciento(%) del monto total, y le siguieron Argentina (16,52%) y Venezuela (11,60%).

Entrando en la segunda parte, se esboza una revisión sistemática y análisis de contenidos de los cinco ejes –políticos– y de los grupos técnicos que articularon el esquema del UNASUR Salud<sup>6</sup> para comparar los enunciados y las líneas teórico-programáticas y de políticas públicas asumidas e implementadas:

### *1. La Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud*<sup>7</sup>:

Fue lo que inicialmente se dio en llamar “escudo epidemiológico” regional. El proceso de integración de redes de vigilancia de la salud se definió como la “creación de una red suramericana de vigilancia y control de salud pública, que articule programas regionales de vacunación y el desarrollo de proyectos para la compra conjunta o producción concertada de medicamentos esenciales y vacunas”(CARMO, 2010). Es decir, desde un prin-

6 UNASUR -Consejo de Salud Suramericano. Ver: <http://www.unasursg.org/es/consejo-salud-suramericano>

7 ISAGS-UNASUR - Vigilancia. <http://isags-unasur.org/es/o-que-fazemos/vigilancia/>

## III Dossiers

cipio dicho esquema giro alrededor de una concepción de una epidemiología clásica especialmente sobre inmunizaciones y control sanitario tradicional sobre las enfermedades epidémicas y de notificación obligatoria como de riesgos. Como bien lo planteaba el propio ISAGS-UNASUR a partir del año 2016, la red sudamericana de vigilancia y respuesta en salud se basó sobre dos iniciativas subregionales ya existentes y con características muy claras: la Comisión de Vigilancia en Salud del Subgrupo de Trabajo 11 “Salud” del Mercado Común del Sur (Mercosur) y la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).

En la Agenda Suramericana de Salud(año 2009-2010) definida en Chile, en el eje 1 sobre escudo epidemiológico se puede leer: 1.2 Establecer un registro de indicadores estandarizado de morbilidad y mortalidad regional. Tomando como base los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Como bien lo ejemplifica el eje, la propia agenda regional pensaba en función de los acuerdos globales como los ODM y toda la mirada de indicadores estandarizados para reportar y rendir cuentas de los acuerdos globales. En general, en los documentos y reuniones técnicas de este apartado primó un enfoque de *enfermología* pública como lo caracterizaba Edmundo Granda (2000) por la centralidad en las enfermedades con impacto poblacional, las fronteras y las lógicas de control y vigilancia vertical.

Sólo por tomar los ejemplos de casos recientes como las epidemias de Zika, Fiebre Amarilla o endemias regionales como el Dengue, Malaria, Tuberculosis o ENT(Enfermedades No Trasmisibles), el UNASUR Salud demostró que en general se reprodujeron las lógicas y perspectivas ya establecidas en las reuniones técnicas tradicionales regionales del propio panamericanismo sanitario expresado por los grupos técnicos convocados por OPS-OMS, sus guías y protocolos técnicos, el compartir las mismas matrices de gestión.

De hecho, en los últimos años de existencia, las reuniones de los Grupos técnicos de UNASUR y del propio ISAGS-UNASUR se realizaban con presencia protagónica y una agenda de trabajo cuasi copiada a la de la propia Organización Panamericana de la Salud<sup>8</sup>.

En el mismo periodo de creación y expansión del Consejo de Salud de UNASUR, se continuó promoviendo y expandiendo el funcionalismo de la nueva salud pública asimilada por universidades, centros de formación y gestores de gobierno de los Ministerios de salud de la región. Si en el siglo XX, la salud pública del panamericanismo fungía bajo las premisas primero del colonialismo de mercado a posteriori del capitalismo industrial y por momentos desarrollista en sus tesis centrales, en el capitalismo del siglo XXI la institucionalidad y agenda de la salud internacional panamericana pasará a ocuparse solamente de las funciones esenciales de la salud pública, en función de un mandato de los actores globales y nacionales del mercado y sus agencias y organismos que representan estos intereses (ARMADA, MUNTANER, NAVARRO 2001). Las funciones esenciales no tendrán relación con una dinámica de mayores o mejores respuestas colectivas, integrales, interdependientes de las determinaciones globales de la salud para el bienestar de las sociedades, sino según según Oscar Feo (2004) será la función que los bancos le asignarán a una salud pública residual, ocupada en funciones mínimas de rectoría, regulación, atención de enfermedades de altas externalidades y bajo lucro(endemias, epidemias, ciertas vacunas) o en evaluación sanitaria y compras públicas, entre otras. Funcionalizaron la salud pública al mercado(FEO, 2004). Por qué? Porque el diseño de las agendas, políticas y las reformas estructurantes quedaron a cargo de los bancos, o sea del propio sistema financiero, expresado en las tecnocracias del BID, Banco Mundial y otros actores extra-sanitarios.

<sup>8</sup> ISAGS-UNASUR. “Grupo técnico de Vigilancia y Respuesta en salud de UNASUR se reúne en Asunción”. [En Internet] <http://isags-unasur.org/es/grupo-tecnico-de-vigilancia-y-respuesta-en-salud-de-unasur-se-reune-en-asuncion/>

Por último, las bases de la Vigilancia de la Salud regional giraron alrededor del Reglamento Sanitario Internacional, una mirada que ya no respondía a las ideas de escudo epidemiológico regional y fortalecimiento de capacidades autónomas enunciadas en el inicio de la creación del ISAGS-UNASUR en la etapa del primer director, el brasileño Gomes Temporao.

2. *Desarrollo de Sistemas de Salud Universales:* como bien lo planteaba José Gomes Temporão, el primer secretario ejecutivo del ISAGS-UNASUR y ex ministro de salud de Brasil<sup>9</sup>(2007-2010) :

*“...el discurso a veces engaña un poco. Se habla de cobertura universal o de seguro universal, pero no se dice qué está contenido en este proceso. Pueden ser coberturas parciales, para algunos procedimientos o programas, y no lo que el Consejo de Salud Suramericano de la Unasur define como sistemas universales: salud como derecho, sistemas dirigidos a la reducción de las inequidades, la cuestión de la integralidad...”*

Los postulados teóricos sobre sistemas universales de salud asumidos por el ISAGS-UNASUR (GIOVANELLA et al, 2012) no tuvieron encarnadura dentro del Consejo de Salud del UNASUR ni en las gestiones gubernamentales ni en la hoja de ruta de las reformas a los sistemas de salud en Suramérica.

En la Agenda Suramericana de Salud definida en 2009 en Chile cuando se termina de crear el Consejo Suramericano de Salud, ya se deja constancia que un objetivo central en este eje estratégico es: *“2.2 Diseñar medidas para ampliar la cobertura y aumentar la calidad en la atención de salud, privilegiando la atención primaria”*<sup>10</sup>. Se estaba eligiendo

9 ISAGS- UNASUR. “Tensión entre Estado y mercado [http://www.isags-unasul.org/it\\_entrevista.php?lg=2&ev=906](http://www.isags-unasul.org/it_entrevista.php?lg=2&ev=906)

10 Agenda Sudamericana de Salud – Plan de Trabajo 2009: [En Internet] [https://web.archive.org/web/20160303221908/http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/UNASUR\\_plan\\_trabajo\\_2009\\_2010.pdf](https://web.archive.org/web/20160303221908/http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/UNASUR_plan_trabajo_2009_2010.pdf)

y avalando el camino de ampliación de coberturas de salud, hoja de ruta del pluralismo estructurado del Banco Mundial.

En la práctica la agenda sobre reformas los sistemas sanitarios sudamericanos siguieron estando signados por los postulados del Banco Mundial y del panamericanismo de la OPS-OMS.

En el año 2013 los ministros de salud de las Américas en el 53° Consejo Directivo del Comité Regional de la OMS para las Américas, aprobó por unanimidad la *“Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”* (ReF CD53/5). En general, exceptuando algún caso particular como el de Brasil o los intentos de Bolivia, el Consejo de Salud de UNASUR y los Ministerios de Salud de Suramérica se plegaron desde 2013 a esta iniciativa global de Cobertura Universal de Salud/Salud Universal que viene acoplándose a la prerrogativa de extensión de pluralismo estructurado (LONDOÑO y FRENK, 1997) con sistemas de “aseguramiento” en salud (HSIAO, W. y SHAW, P. 2007) en el marco de la nueva oleada basada en el gerenciamiento del riesgo social (HOLZMANN, y JORGENSEN, 2001).

Traducción: cobertura sanitaria a través de seguros de salud por estrato social ampliando las desigualdades y también la financierización con la separación de funciones para la entrada de proveedores de cobertura sanitaria a través de aseguradoras del sistema financiero. El precursor Chile de Pinochet en el '82 (ALMEIDA, 2002), la reforma neoliberal de Colombia en los '90, o actualmente Perú (WILSON, y PONCE, 2009), o las más recientes reformas CUS de Argentina y en parte Uruguay; son casos a evaluar sin sesgos. Si uno estudia estas experiencias identifica rápidamente que: 1- El Aseguramiento (CUS hoy) prima en mayoría de las reformas regionales y no fue un camino efectivo para la universalidad del derecho a la salud con el caso Chile a 30 años o Colombia en su Ley 100 a más de 15 años (ALMEIDA, 2001), 2- Los seguros no lograron ser integrales ni cubrir todas las necesidades (su cobertura se vincula a un listado de enfermedades y prestaciones mínimas),

3- Fueron ineficaces e ineficientes para desarrollar estrategias de cuidado integral y abordar las dimensiones preventivas-epidemiológicas frente a endemias y epidemias regionales prevalentes, 4- El subsidio a la demanda con enfoque de riesgo social y apertura de competencia público-privada no mejoró el acceso ni la calidad de atención en salud y acrecentó transferencia financiera pública al sector privado, 5- se profundizó la fragmentación de los sistemas de salud, no por un error de la reforma CUS/SU, sino dividiendo a los prestadores, a los usuarios/poblaciones a cubrir, para crear competencia y mercados.

Más allá de lo que Gomes Temporão describió como la apuesta al desarrollo de sistemas universales (GOMES-TEMPORÃO, 2014), es importante comprender que estos lineamientos de CUS u hoy llamada Salud Universal (SU) fueron hegemónicos en el periodo de creación y expansión del UNASUR Salud. En el periodo 2016-2018 se aceleró esta iniciativa con una activa participación acrítica en esta dinámica regional incluyendo las reuniones de la OPS-OMS y la reciente reunión de Altas autoridades de Naciones Unidas por CUS.

### 3. Acceso Universal a Medicamentos:

Aunque inicialmente se había enunciado como un eje estratégico la producción pública de medicamentos y vacunas basadas en las capacidades productivas y de ciencia-tecnología suramericanas, básicamente esto migró hacia un esquema tendiente a la regulación<sup>11</sup> y estrategias públicas para: -*Compra pública de medicamentos esenciales*; -*Regulación de precios de medicamentos*; -*Agencias sanitarias de medicamentos* y -*Evaluación de tecnologías sanitarias*.

11 ISAGS-UNASUR. Acceso Universal a Medicamentos. <http://isags-unasur.org/es/o-que-fazemos/medicamentos/>

12 UNASUR. Consejo de Salud Suramericano. <http://www.unasursg.org/es/consejo-salud-suramericano>

13 ISAGS-UNASUR. Acceso Universal a Medicamentos. <http://isags-unasur.org/es/o-que-fazemos/medicamentos/>

Es decir, países que en su mayoría cuentan con balanzas comerciales deficitarias por dependencia a importación de fármacos, tecnologías y principios activos del mercado de la industria farmacéutica nacional y multinacional (UGALDE, A. y HOMEDES, 2009); nunca asumieron una política de soberanía científica y fortalecimiento de capacidades de redes de producción pública de los Estados a nivel regional; y tendieron a iniciativas de tipo regulatorias, de negociación concertada de precios siempre con el mercado farmacéutico y cierta racionalidad economicista en compras públicas de medicamentos y tecnología. Esta concepción fue tardíamente implementada desde el UNASUR Salud con dos propuestas que recién trataron de materializarse entre el 2016 y 2017:

\* Mapeo de capacidades regionales de Producción de Medicamentos (públicas y privadas)

\* Banco de Precios de Medicamentos de UNASUR

Por último, propuestas que asumió el UNASUR Salud entre el 2015-2018 como la Agencia de Evaluación Tecnológica o Agencias Sanitarias de Medicamentos, fueron iniciativas impulsadas por la línea del panamericanismo de la OPS-OMS que el UNASUR reprodujo y acompañó en la región. También en 2015 estuvo la X reunión del Consejo de Salud Suramericano UNASUR y de la primera reunión extraordinaria de ministros del Mercado Común del Sur (Mercosur), donde dichos bloques acordarían la creación de una plataforma conjunta de compra de medicamentos de alto costo.

Frente a la dependencia generada por el complejo farmacéutico mundial de los negocios de la enfermedad y salud, el UNASUR Salud nunca tuvo propuestas ni iniciativas determinantes al respecto más allá de reuniones o foros que contaron con declamaciones potentes como la de Buenos Aires y Montevideo del 2015, pero que nunca lograron ni institucionalidad ni materialidad. Las bases de las desregulaciones globales impulsadas por la Organización Mundial del Comercio (OMC) cuando se presentó el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) en el año 2002 y en

los debates que siguieron reveló el poco interés por el derecho a la salud de la geopolítica del comercio mundial; y mucho interés en la extensión del período de exclusividad para los negocios, es decir de garantías de monopolio, de un nuevo producto en el mercado a 20 años (UGALDE & HOMEDES, 2009). Esa dependencia sanitaria no se pudo revertir ni atacar en algunas de las facetas más graves.

### *5. Promoción de Salud y Acción sobre los Determinantes de la Salud:*

Quizás la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud en el año 2011 en Río de Janeiro en Brasil (OMS, 2011), sea un ejemplo del accionar sobre este eje definido como prioridad en la constitución del CSS-UNASUR. El UNASUR Salud acompañó con mínimas aportaciones una comprensión, abordaje y estudio de la determinación social de la salud (BREILH, 2010) reducida a la acumulación de factores de riesgos, conductismo de estilos de vida y enfoque individual.

Esta conferencia mundial instrumentalizó a los determinantes sociales de la salud como factores de riesgos aislados incluso a contraposición de las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud (CDSS) en su reporte final en el año 2008 (MARMOT et al, 2008), "*Subsanar las desigualdades en una generación*", cuyas conclusiones quedaron resumidas en tres ejes de acciones a saber: 1. Mejorar las condiciones de vida, que reúne todas aquellas intervenciones dirigidas a grupos etarios específicos como la primera infancia, las mujeres, entre otros; 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, haciendo referencia a las acciones a nivel político del sector público que lleven a una gobernanza promotora de la equidad, y; 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, que invita a que los determinantes sociales de la salud se conviertan en un objeto de evaluación y seguimiento por parte de los gobiernos.

En la etapa de UNASUR Salud prevaleció una mirada sobre los determinantes sociales de la salud que ni siquiera asumió la base eurocéntrica del reporte del año 2008 de la CDSS-OMS, que fue minimizada en el propio desarrollo de la Conferencia en Brasil, sino restringido a factores aislados y estilos de vida y medidas verticales de agua y saneamiento o por grupos de edad (infancia, adolescentes, adultos mayores, etc).

### *6. Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud:*

La experiencia de la Red de Institutos Nacionales de Salud y de Escuelas de Salud pública desarrollada por ISAGS-UNASUR con el motor del Instituto FIOCRUZ de Brasil detrás quizás puede tomarse como el antecedente más trascendente de este eje (ROSENBERG et. al, 2015), en la práctica concreta no se encontraron importantes iniciativas, políticas públicas y acciones regionales tendientes a la innovación en la formación profesional y educación médica en el campo sanitario regional, sólo estando este eje sujeto a las grandes matrices de la revalidación de titulación universitaria y las posibilidades de libre mercado en el ejercicio profesional sanitario en la región suramericana. El ISAGS-UNASUR fue el que más hizo aportes en este sentido con diplomados, instancias formativas, desarrollo de las redes en especial la red de institutos. Es decir, en este eje convivieron formaciones de salud pública funcionalista tradicional con espacios donde se trabajó desde una educación sanitaria basada en la salud colectiva brasileña especialmente.



**Cuadro 1 – Resumen de Agenda y Enfoques del UNASUR Salud (2008-2018)**

Eje UNASUR Salud	Concepción	Actores priorizados	Paradigma responde
Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud	Epidemiología convencional. Enfermología. FESP (Funciones Esenciales de Salud Pública)	OPS-OMS	Panamericanismo
Acceso Universal a Medicamentos	Regulación, Evaluación tecnología y compras concertadas	OPS-OMS	Panamericanismo
Promoción de Salud y Acción sobre los Determinantes de la Salud	DSS como factores de riesgo y estilos de vida.	OPS-OMS y UNICEF	Salud global liberal y Panamericanismo
Desarrollo de Sistemas de Salud Universales	Mayoría de Reformas de Sistemas de Salud regresivas - Gasto en Salud privado creciente	OPS-OMS y Banco Mundial	Salud global liberal y Panamericanismo
Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud	Formación y profesionalización de diplomacias sanitarias liberales	Residencia OPS - Escuelas de Salud Pública de Sudamérica y FIOCRUZ (Brasil)	Panamericanismo y Salud Colectiva

*Fuente: Elaboración propia en base análisis de contenidos Grupos Técnicos*

### A modo de aportes y conclusiones:

1. El proceso de integración regional de carácter político que postuló una etapa post-neoliberal entró en una crisis de corto o largo alcance. Resulta necesaria una evaluación entre las conjugaciones de contingencias, limitaciones e incluso errores para una cabal comprensión de los acumulados resultantes con perspectiva de futuro; y esto incluye a experiencias como la de UNASUR Salud. Salir de las consignas, narrativas totalizantes entre híbridas y partidocráticas; y cimentar un nuevo saber en el análisis del proceso de integración reciente es sustancial para reconstruir bases epistémicas emancipatorias que puedan fortalecer una geopolítica regional decolonial y Sur Sur en salud.

2. El caso analizado de UNASUR Salud requiere ser repensado y resignificado entre las loables declaraciones, documentos y objetivos, y las tensiones en la operacionalización y materialidad de estos

postulados. Efectivamente no se pudo construir un proceso estructurante de geopolítica sanitaria Sur Sur con autonomía y soberanía sanitaria de la agenda global de los organismos internacionales como el Bando Mundial, la OPS-OMS, el complejo médico industrial farmacológico financiero y otros actores globales y regionales de salud.

3. Las mayores limitaciones en un modelo de integración regional de tipo político (caso UNASUR), implica revisar las relaciones con los postulados y concepciones arraigadas en la teoría del desarrollo y las intersecciones críticas con la colonialidad del poder y del conocimiento que reproducen, cimentan y configuran nuestras diplomacias y tecnocracias regionales incluida claro las diplomacias de salud que fueron unos de los principales motores para administrar y reproducir status quo, dependencia sanitaria y colonialidad.

4. Retomando los planteos de Helio Jaguaribe en clave de autonomía regional latinoamericana y caribeña, cualquier estrategia e institucionalidad de regionalismo que busque conjugar soberanía sanitaria debe enfrentar desafíos en el plano diplomático, de las burocracias-tecnocracias profesionales y las capacidades para acumulación de fuerzas políticas y sociales al interior de los Estados con el protagonismo de actores sociales y políticos-sanitarios para que los avances no sólo sean meras medidas administrativo-burocráticas gubernamentales fácilmente desmontables. Cimentar intentos de procesos de regionalismo emancipatorio sólo en manos de funcionarios, ministros y/o académicos a la carta pareciera un error clave a revisar.

5. Queda evidenciado que el UNASUR Salud nunca enfrentó ni dispuso espacios de autonomía y soberanía regional sobre el panamericanismo imperante en la salud de la región. Las implicancias del panamericanismo en la salud parecieran estar poco estudiadas. Este panamericanismo quizás no sea *latinoamericanizable* o administrable, ya que siempre mantiene la capacidad de instalación de sus propios intereses y objetivos de agenda en la región.

6. La idea de soberanía nacional constituye una construcción mítica, profundamente arraigada en los estudios sobre política internacional. En realidad, este interés es, más que de una sociedad nacional, en la representación de aquellos bloques de poder que logran imponer sus preferencias en un Estado que se encuentra siempre en movimiento, tensión, atravesado por hegemonías contingentes, cambiantes y en disputa. Y no todos los sectores de la sociedad cuentan con la capacidad para fijar sus prioridades políticas, económicas y sociales. Ya a mediados de los años 70, Oscar Ozlak y Guillermo O'Donnell planteaban una cuestión que no perdió vigencia. Estos autores marcan que la configuración de las políticas públicas—entre las cuales, obviamente, se cuenta la política sanitaria en convivencia con las estrategias de inserción internacional e integración— existen

dinámicas que involucran «clases, fracciones de clases, organizaciones, grupos y, eventualmente, individuos». Podríamos sumarle aquí corporaciones multinacionales y nacionales, movimientos y organizaciones sociales, colonialidad, género, etnicidad, entre otras dimensiones interseccionales. Es decir, la situación del modelo de integración no es estática, sino que, al contrario, varía acorde con los cambios en los momentos históricos, contingencias de las relaciones de poder y los contextos.

7. Muchos de los argumentos que se concentran en el giro liberal conservador en la región, la injerencia de Estados Unidos, el PROSUR como factor de destrucción de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) y los retrocesos que implica la desaparición de una agenda sanitaria regional sudamericana (aunque se mantiene la región andina con ORAS y la centroamericana con COMISCA), resulta una explicación válida, sin embargo, insuficiente para comprender por qué el bloque sudamericano en el campo sanitario fue un motor de reproducción de la agenda de salud del panamericanismo y del Norte global. En la región nunca existió un único modelo de inserción internacional en América del Sur, y eso se mantuvo como una variable constante en cada cuestión del UNASUR Salud. Cabría preguntarse si las premisas de “post-neoliberalismo” realmente fueron más una expresión de deseos que efectivamente procesos estructurantes transicionales de un cambio de época en la región.

8. Pareciera ser necesario profundizar el pensamiento crítico latinoamericano sobre la inserción internacional y la matriz teórica del “desarrollo” asumida por la región resignificando las implicancias de la experiencia del ciclo progresista o de “giro a la izquierda” de las experiencias de gobiernos populares, quizás intentando salirse de las lecturas y comprensiones en clave de disputa política; y adentrarnos en qué hipótesis promovió y estructuró o buscó dinamizar este ciclo. ¿Hubo un desarrollismo de intentos post-neoliberales a decir de varios autores? ¿Cuáles fueron y son los límites de este desarrollismo en Latinoamérica y

### III Dossiers

Caribe? ¿Era posible recrear las bases de un nuevo desarrollismo en el siglo XXI? ¿Es posible dar un giro decolonial a esta perspectiva?

9. El andamiaje estructurado en los '80 y '90 por el complejo político liberal y el reformismo neoliberal (en la sociedad, en el gobierno del Estado y en las relaciones internacionales y regionales), con las radicales reformas al Estado, el regionalismo abierto y la consolidación de sociedades de mercado polarizadamente desiguales, injustas y con sus naturalizaciones en el no reconocimiento del Otro; colonizaron la democracia ciudadana, el sentido común societal, las tecno-burocracias estatales y dejaron cimientos y huellas perdurables que quizás fueron subestimados por las experiencias recientes de integracionismo político regional y ciclo de gobiernos de cambio. Extremar el pensamiento crítico en el análisis de las barreras, errores, limitaciones e impedimentos de por qué los enunciados declamativos de la integración política latinoamericana y una nueva matriz de inserción internacional no lograron materializarse en una nueva geopolítica alternativa, autónoma y emancipatoria para la región es una obligación de la etapa.

10. A decir de Wallerstein (1976) “es importante mirar de un nuevo modo no sólo cómo funciona el mundo en qué vivimos, sino como hemos llegado a pensar acerca de este mundo”. Analizar los modos en que hemos pensado conocíamos el mundo, también implica los modos en que creíamos conocer y hemos pensado la salud internacional y el regionalismo sanitario. Es un camino de emancipación epistémica que plantea la nueva salud internacional sur sur (BASILE, 2018). Complementando la teoría de la dependencia a los desafíos del siglo XXI y la teoría de la autonomía de Jaguaribe (2009), resultará clave para una nueva etapa de regionalismo con horizontes de emancipación repensar, conceptualizar y operacionalizar la Soberanía Sanitaria: buscar maximizar la capacidad de decisión en el contexto global imperante y contrarrestar las lógicas hegemónicas del panamericanismo y salud global liberal es quizás

una premisa sustancial que permita una genuina capacidad regional de formular políticas, metas y estrategias emancipatorias basadas en nuestros propios actores y decisiones. Sin olvidar la necesidad de una transmodernidad, asumiendo que las culturas y saberes de la mayoría de la humanidad incluyendo las latinoamericanas y caribeñas fueron excluidas y negadas por la modernidad eurocentrada (DUSSEL, 2004). Una transmodernidad que pudiera aportar una inmensa capacidad y cantidad de invenciones culturales/saberes y conocimientos sanitarios y ambientales de vivir bien necesarias para la sobrevivencia futura de la humanidad, para una nueva definición de la relación humanidad-naturaleza desde el punto de vista ecológico.

## Referencias y Bibliografía consultada:

- Almeida, C. (2001). "Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud." *Cuadernos Médico-Sociales* 79: 27-58.
- \_\_\_\_\_ (2002). "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from." *Cad. Saúde Pública* 18.4: 905-925.
- Alvarez, J. E. (2005). *Intelectuales, tecnócratas y reformas neoliberales en América Latina*. Univ. Nacional de Colombia.
- Aponte, M. (2014), El nuevo regionalismo estratégico. Los primeros diez años del ALBATCP, Buenos Aires, CLACSO.
- Basile, G. (2018). *Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.
- Birn AE. (2014). Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting (s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*. 2014;12(1):e8.
- Bonilla, Adrián y Guillaume Long (2010). "Un nuevo regionalismo sudamericano". *Iconos, Revista de Ciencias Sociales* N°38: 23-28.
- Bouzas, Roberto; Da Motta Veiga, Pedro y Ríos, Sandra. (2008). "Crisis y perspectivas de la integración en América del Sur". *América Latina: ¿integración o fragmentación?* Ricardo Lagos (comp.). Argentina. Edhasa, 2008: 319-347.
- Breilh, J. (2010). "Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud." (2010).
- Carmo, Eduardo Hage, et al. "VI. Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud: creación, agenda y desafíos." *Vigilancia en Salud en Suramérica*: 115.
- Cavarozzi, M. (1982). El "Desarrollismo" y las Relaciones Entre Democracia y Capitalismo Dependiente en Dependencia y Desarrollo en América Latina. *Latin American Research Review*, 17(1), 152-165.
- CEPAL. (1994). El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe. La integración económica al servicio de la transformación productiva con equidad". Libros de la CEPAL 39. Chile. Enero 1994.
- Chaves García, C. (2005). "La inserción internacional de Sudamérica: la apuesta por la Unasur." (2010).
- de la Flor Gómez, J. L. (2005). "El complejo político liberal en el régimen internacional de cooperación en salud."
- Dos Santos, Theotonio. (2000). "La teoría de la dependencia. Balance y perspectivas."
- Dussel, E. (2004). Sistema mundo y transmodernidad. *Modernidades coloniales*, 201-226
- Escobar, Arturo. (2007). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre.
- Falomir Lockhart, Nicolás. "La identidad de Unasur: ¿regionalismo post-neoliberal o post-hegemónico?." *Revista de Ciencias Sociales* (2013).
- Feo, Oscar. (2004). "La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22.99.

## III Dossiers

Ferreras, Norberto O. (2014). "El Panamericanismo y otras formas de relaciones internacionales en las Américas en las primeras décadas del Siglo XX." *Revista Eletrônica da ANPHLAC* (2014): 155-174.

Fleury, Sonia. (2011). "Democracia y Socialismo: el lugar del Sujeto" en CEBES – Sonia Fleury y Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. "Participación, Democracia y Salud". [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br), 2009 – 1ra Edición Buenos Aires/ Lugar Editorial.

Franco, Saúl. (2012). "La Rockefeller y las filantropías afines". Cap. VII.

García, A. (2019), "El Prosur para la desintegración regional", Página 12, 31 de marzo.

Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. (2012). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS; 2012.

Godue, C. (1990). "La Salud Internacional. Un concepto en formación". Documento de Trabajo. Montreal, enero de 1990.

Gomes-Temporão J, Faria M. (2014). Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014;31:740-6.

González González, G. (2008) "México en América Latina: entre el Norte y el Sur y el difícil juego del equilibrista". América Latina: ¿integración o fragmentación? Ricardo Lagos (comp.). Argentina: Edhasa.

Granda, Edmundo. (2004). "A qué llamamos salud colectiva, hoy." *Revista Cubana de salud pública* 30 : 0-0.

Gudynas E. (2005) El "regionalismo abierto" de la CEPAL: insuficiente y confuso. *Observatorio Hemisférico*. 2005; 28:1-4.

\_\_\_\_\_ (2012). "Estado compensador y nuevos extractivismos: Las ambivalencias del progresismo sudamericano." *Nueva sociedad* 237 (2012): 128.

Guereña, Jean-Louis.(2012). "Urbanidad, higiene e higienismo." *Areas*. *Revista Internacional de Ciencias Sociales* 20 (2012): 61-72.

Haas, Ernest B.(1948). "The United States of Europe". *Political Science Quarterly* LXX (4). Diciembre 1948.

Herrero MB.(2014). El surgimiento de una nueva diplomacia regional en salud en tiempos posteriores al neoliberalismo: el caso de UNASUR Salud. *Comentario Internacional*. *Revista del Centro Andino de Estudios Internacionales*. 2014 Oct 24(14):223-52.

Hsiao William C. y Paul Shaw. (2007). *Social Health Insurance for Developing Nations, Harvard Institute and World Bank Institute*. 2007 Washington DC.

Iriart, Celia, Emerson Elias Merhy, y Howard Waitzkin. (2000). "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector." *Cad. Saude Publica* 16.1 (2000): 95-105.

Knaul, Felicia Marie; Arreola-Ornelas, H., y Méndez, O. (1992). "Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004." *salud pública de méxico* 47.6 (2005): 430-439.

Lechini, Gladys. (2009). "La globalización y el Consenso de Washington-sus influencias sobre la democracia y el

desarrollo en el sur.”

Londoño, Juan Luis, y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington^ DC DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Mallmann, Maria Izabel. (2007). “Límites y perspectivas de la integración sudamericana”. Cuadernos sobre Relaciones Internacionales, Regionalismo y Desarrollo 2 (4). Julio diciembre 2007: 39-67.

Marini, R. M., & Millán, M. (1994). *La teoría social latinoamericana: Subdesarrollo y dependencia* (Vol. 2). Ediciones El Caballito

Marmot, Michael, et al. (2008). “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.” *The Lancet* 372.9650 (2008): 1661-1669.

Martínez, R. A. (1959). *De Bolívar a Dulles: el panamericanismo, doctrina y práctica imperialista* (Vol. 17). Editorial América Nueva.

Matus, Carlos. (2007). “Escuela de gobierno.” *Salud colectiva* 3.2 (2007): 203-212.

Mena, Francisco Carrión. (2013). *Unasur: ¿ simple retórica o regionalismo efectivo?: Fortalezas y debilidades*. Friedrich Ebert Stiftung (FES) Ecuador, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS).

Mignolo, W. (2001). Colonialidad del poder y subalternidad. *Convergencia de tiempos. Estudios subalternos/contextos latinoamericanos. Estado, cultura, subalternidad*, 155-184

Organización Mundial de la Salud. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud; 19-21 Octubre de 2011; Río de Janeiro, Brasil: Organización Mundial de la Salud.

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1976). «Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación», Documento Cedes No 4, Buenos Aires, 1976, p. 9.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.

Prashad, V. (2014). Las naciones oscuras: Una historia del Tercer Mundo. *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*, (34), 188-189

Prebisch, R. (1948) Desarrollo económico en América Latina y sus principales problemas. Chile: CEPAL.

Preciado, Jaime. (2008). “América Latina no sistema-mundo: cuestionamientos e alianças centro-periferia.” *Caderno CRH21.53* (2008).

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina.

Rapoport, M. (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. *América Latina en Movimiento*. Quito, jun.

República Dominicana, Ley 87-01 sobre Sistema Seguridad Social (2001). <http://www.cnss.gob.do>

Riggiozzi P. (2012). Acción colectiva y diplomacia de UNASUR salud: La construcción regional a través de políticas sociales. Documento de trabajo. 2012Sep(63).

## III Dossiers

\_\_\_\_\_ (2014), "Regionalism through social policy: collective action and health diplomacy in South America", *Economy and Society*, vol. 33, nº 3, pp.432-454.

\_\_\_\_\_ (2015). "UNASUR: construcción de una diplomacia regional en materia de salud a través de políticas sociales." *Estudios internacionales (Santiago)* 47.181 (2015): 29-50.

Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental* (Vol. 137). Los libros de la Catarata

Rosenberg F, Tobar S, Buss P. (2015). El papel de los institutos nacionales de salud de UNASUR en la generación de evidencia sobre la determinación social de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;38:152-6.

Sanahuja, J. A. (2018). La crisis de la integración y el regionalismo en América Latina: giro liberal-conservador y contestación normativa. *Ascenso del nacionalismo y el autoritarismo en el sistema internacional*, 107.

\_\_\_\_\_.(2009). "Del 'regionalismo abierto' al 'regionalismo post-liberal'. Crisis y cambio en la integración regional en América Latina." *Anuario de la integración regional de América Latina y el Gran Caribe* 7 (2009): 12-54.

Serbin, A. (2014). Los nuevos regionalismos y la CELAC: Los retos pendientes. *Desafíos estratégicos del regionalismo contemporáneo: CELAC e Iberoamérica*, 47

Smith, Peter. (2000). *Talons of the eagle: dynamics of US-Latin American relations*. Gran Bretaña. Oxford University Press, 2000: 418.

Sousa Santos, Boaventura. (2010). *Refundación del estado en América Latina: Perspectivas desde una epistemología del sur*. México: Siglo XXI Editores. 2010.

Surasky, J. (2014). La cooperación sur-sur en América Latina como herramienta decolonial. *Serie Documentos de Trabajo*.

Tokatlian , Juan Carlos . "La unión sudamericana: ¿inexorable o contingente?". *Desarrollo Económico* 41 (161). Abril-junio 2001.

UGALDE, Antonio; HOMEDES, Núria. (2009). Medicamentos para lucrar: La transformación de la industria farmacéutica. *Salud colectiva*, 2009, vol. 5, p. 305-322.

Wallerstein, I. (2006). Después del desarrollismo y la globalización, ¿qué?. *Polis. Revista Latinoamericana*, (13).

Wilson, Luis, Aníbal Velásquez, y Carlos Ponce. (2009). "La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación." *Rev. Perú. Med. Exp. salud pública* 26.2 (2009): 207-217.



**CLACSO**

Consejo Latinoamericano  
de Ciencias Sociales

Grupo de Trabajo regional GT "Salud Internacional y Soberanía Sanitaria"  
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

[gtsaludinternacionalclacso@gmail.com](mailto:gtsaludinternacionalclacso@gmail.com)

 GT Salud Internacional Clacso

[www.clacso.org.ar](http://www.clacso.org.ar)