

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador
Departamento de Estudios Internacionales y Comunicación
Convocatoria 2015-2017

Tesis para obtener el título de maestría de investigación en Relaciones Internacionales con mención en Negociación y Cooperación Internacional

La Unasur y la creación de un Régimen Regional en Salud

Sandra Milena Olivares Homez

Asesora: Cintia Quiliconi, PhD.

Lectores: Adriana Montenegro Ph, D (c) y Ernesto Vivares Ph, D

Quito, febrero de 2018

Dedicatoria

A mi más grande amor: mi madre. Ella fue siempre mi motor, me impulsó y apoyó hasta su último suspiro.

Epígrafe

“Somos lo que hacemos, pero sobre todo somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”

Eduardo Galeano. Espero que esta investigación contribuya de alguna manera, en la búsqueda de un sistema de salud digno para los habitantes de la región.

Tabla de Contenidos

Resumen	VIII
Agradecimientos	IX
Introducción	1
Capítulo 1	11
Marco teórico	11
1. Contexto del nacimiento de la Unión de Naciones Suramericanas	11
2. Sobre los conceptos de integración y regionalismo post hegemónico	12
2.1 Integración	12
2.2 Regionalismo post hegemónico	14
3. Regímenes internacionales	18
3.1. Sobre el concepto de régimen internacional	19
3.1.1 Realista	20
3.1.2 Constructivista	22
3.1.3 Neoliberal	23
3.2. Sobre los incentivos para crear los regímenes internacionales	26
4. Institucionalización, organizaciones internacionales formales y los regímenes internacionales	29
4.1. Institucionalización	29
4.2. Organizaciones internacionales formales	30
Conclusiones	31
Capítulo 2	33
Sobre los intereses para crear el Consejo de Salud Suramericano	33
1. La apuesta política de la Unasur	33
2. Estado de la salud en la región	35
3. La apuesta política del nacimiento del Consejo de Salud Suramericano	36
3.1 Debilidades en la prevención de enfermedades clásicas: Un motor para crear el Consejo de Salud Suramericano	39
4. El papel de los países en la creación del Consejo de Salud Suramericano	43
4.1. Sustento político y social que influyó en las decisiones de los países para impulsar el tema de la salud en Unasur	44

4.2. Actuaciones políticas de Ecuador y Brasil al interior de Unasur	48
Conclusiones	54
Capítulo 3	57
Institucionalización del Consejo de Salud Suramericano y sus órganos subsidiarios	57
1. Institucionalización del Consejo de Salud Suramericano	57
2. Creación e institucionalización del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)	61
2.1. Avances del ISAGS con relación a la “creación del Régimen de salud Suramericano”	66
2.1.1. Articulación de trabajo, a través de las reuniones con los Grupos Técnicos y Redes Estructurantes y, la participación en otros consejos y espacios de la Unasur	67
2.1.2. Organización de talleres, conferencias, seminarios y reuniones técnicas de alto nivel sobre temas enmarcados en los cinco ejes del Plan Quinquenal del CSS	68
2.1.3. Publicaciones de trabajos investigativos en el tema de salud en la región que servirán como base para la formulación y/o coordinación de política regionales en salud	70
2.1.4. Logros alcanzados con respecto al Plan Trienal del ISAGS 2012-2015	71
2.1.5. Papel dinamizador del ISAGS en la visibilización de la región como actor internacional en foros mundiales de salud, por medio de la organización y/o participación en eventos regionales y mundiales en torno a la salud	74
3. Creación de los Grupos Técnicos y Redes Estructurantes	77
3.1. Grupos Técnicos	77
3.1.1. Institucionalización de los Grupos Técnicos	79
3.2. Redes Estructurantes (RES)	82
3.2.1. Institucionalización de las Redes Estructurantes	84
Conclusiones	86
Reflexiones finales	89
Lista de siglas	100
Lista de entrevistas	103
Lista de referencias	104

Lista de ilustraciones y tablas

Figuras

Figura 2.1. Evolución de la situación del dengue y la FDH en las Américas, 1980-2007	40
Figura 3.1. Estructura del Consejo de Salud Suramericano	58
Figura 3.2. Funcionamiento del Consejo de Salud Suramericano	59
Figura 3.3. Estructura organizacional del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud	64

Tablas

Tabla 3.2. Coordinadores Grupos Técnicos del Consejo de Salud Suramericano	80
----------------------------------------------------------------------------------	----

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Sandra Milena Olivares Homez, autora de la tesis titulada “La Unasur y la creación de un Régimen Regional en Salud” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de investigación en Relaciones Internacionales con mención en Negociación y Cooperación Internacional concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, febrero de 2018.



Sandra Milena Olivares Homez

Resumen

Esta investigación indaga sobre los avances que ha tenido el proyecto de Unasur en el ámbito de la salud, en un contexto que le ha sido favorable por la relativa autonomía que tuvo la región a finales de la década del nuevo milenio. Así los proyectos de integración ampliaron su lista de prioridades y le quitaron el papel protagónico a la economía. Ahora temas como: salud, educación, desarrollo sostenible, entre otros, son parte de la agenda regional.

El argumento de esta investigación sostiene que a partir de los avances que ha tenido la Unasur en el área de Salud se puede configurar un régimen de salud regional, porque justamente se ha trabajado en la creación de marcos normativos, se comparten ideas y propósitos en el tema de salud, entre otras cosas. Por tanto se analizará si en efecto en la región se ha formado un régimen regional de salud, utilizando la definición tradicional de Krasner.

La información recopilada permite argumentar que la preponderancia del tema de la salud, al interior de la Unasur estuvo motivada por intereses locales y regionales y que Brasil y Ecuador jugaron un importante papel en la consolidación del Consejo de Salud Suramericano (CSS). Se ha generado un grado de institucionalización a partir de la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, que ha servido de puente entre los otros órganos subsidiarios del CSS y que han trabajado en conjunto para cumplir con los objetivos de salud de la Unasur.

Existe una serie de procesos y acciones que se han realizado con la coordinación del CSS y que denotan características de regímenes internacionales, por ejemplo el entendimiento y consenso a la hora de la toma de decisiones; adicionalmente la sinergia del CSS y sus órganos ha creado una serie de actividades y prácticas que son compartidas por los países, gracias al espacio de encuentro que proporciona el CSS. Gracias al trabajo del Consejo los países han mejorado su posición en términos de posicionamiento político a nivel regional

La principal conclusión de la investigación es que el tema de la salud en Unasur presenta características de régimen internacional, así en la formación de intereses y la firma de acuerdos y construcción de consensos, pero le falta el elemento de obligatoriedad que hace que todos los países acojan sus disposiciones, esto principalmente porque ninguna de las decisiones de la Unasur -en ningún aspecto- son vinculantes.

Agradecimientos

A todas las personas que se cruzaron en mi camino a lo largo de estos dos años y me brindaron su apoyo en los momentos difíciles. En especial a mi familia y amigos por su amor incondicional.

Introducción

La región de América Latina es la región más desigual del mundo, por tanto tiene problemas endémicos de salud, empleo, educación; todos ellos relacionados directamente con la situación de pobreza. De tal suerte que el problema de la atención en salud se ha vuelto una situación endémica que se ha agravado en los últimos 30 años por cuenta de las políticas neoliberales que entraron a través del Consenso de Washington. La propuesta de desregulación de la economía confinaba al Estado a ser un simple espectador ante la irrupción y comando del mercado en todas las esferas de la vida social, incluyendo la salud. Estas políticas tuvieron su auge en los años 90 (aunque algunos países ya las aplicaban desde antes) y obligaron a los gobiernos a realizar una reestructuración de los sistemas de salud y a hacer un recorte de gasto social para poder cumplir con los compromisos de pago de la deuda externa.

Hacia 1980 habían resurgido epidemias que se creían controladas, como la malaria, el cólera, la tuberculosis, enfermedades todas relacionadas con condiciones de pobreza y salubridad, que en otras partes del planeta se estaban erradicando. También aparecieron enfermedades como el SIDA y “se ha presentado un aumento progresivo de las enfermedades degenerativas propias del envejecimiento en algunas poblaciones como los problemas cardiovasculares, el cáncer, la desnutrición y aumentos significativos en las enfermedades psicosociales como la depresión y la violencia con características de «cultura» en sus diferentes manifestaciones” (Rico 1997, 30).

La salud pública estaba subsidiada por el Estado desde el lado de la oferta, pero producto de la apertura neoliberal tuvo que transformarse rápidamente en empresa social del Estado, con énfasis en el subsidio hacia la demanda. “Los principios de reforma (o contrarreforma) del sector salud se asociaron con la seguridad social y en este proceso se formularon toda una serie de paquetes legislativos para favorecer la productividad y tasas de ganancias” (Rico 1997, 30). El sector salud entra en proceso de privatización y el Estado reduce su papel como garante de este derecho excluyendo así a un amplio sector de la población.

No es un secreto que la salud de las personas depende directamente de los procesos económicos y sociales, que se representan a través del ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas

condiciones étnicas, culturales y de migración. Es claro que en un modelo liberalizador de la economía las exclusiones y diferencias en el disfrute del derecho a la salud se acentúan por cuanto son cada vez más las capas de la población que ingresan a una situación de marginación y pobreza.

Siendo esta la situación de la mayoría de países en los años 90, los procesos de integración seguían estando orientados por el enfoque tradicional centrado en la economía y específicamente en la idea de la liberalización de los mercados, mientras el área social de la región seguía deteriorándose. Ningún proceso integrador de la época se planteó de manera integral o más allá del mero crecimiento económico, el tema de cooperar para superar la pobreza en la región y mejorar las condiciones de vida de los suramericanos.

Desde inicios de este nuevo siglo, producto de la incapacidad del neoliberalismo para cumplir con las expectativas de desarrollo de la región y el ascenso de nuevos líderes regionales (con orientación de izquierda o centro izquierda), se ha posibilitado la creación de nuevos proyectos de regionalismo, que comienzan a desplazar ese foco de integración, por uno más social donde el Estado tiene un rol más protagónico en la dirección de dichos proyectos. Además, se hacen más explícitas las necesidades de desarrollo de la región, las cuales son abordadas desde una perspectiva más amplia que incluye la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas.

En este sentido el nacimiento de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur), reviste importancia por dos razones: la primera porque refleja una situación de autonomía regional al alejarse del tradicional modelo de integración impulsado desde el norte del continente y propone “construir de manera participativa y consensuada, un espacio de integración y unión en lo político, económico, social, cultural, ambiental, energético y de infraestructura, para contribuir al fortalecimiento de la unidad de América Latina y el Caribe” (Unasur 2011). La segunda razón es que su proyecto regionalista tiene un fuerte contenido social, de cara a superar las asimetrías de la región (caracterizada como una de las más desiguales del planeta). El proceso de creación de la Unasur se remonta al año 2004 en Cuzco, Perú, donde se creó la Comunidad Suramericana de Naciones y que en 2007 se cambió el nombre por el de Unasur. El 23 de mayo de 2008 se aprobó el Tratado Constitutivo que entró en vigencia el 11 de marzo de 2011 (Unasur, Tratado Constitutivo). La Unasur cuenta con doce consejos ministeriales y sectoriales, dentro de estos consejos se encuentra el Consejo de Salud Suramericano (CSS).

El foco integrador en materia social se encuentra a lo largo del tratado constitutivo, sin embargo, hay dos objetivos específicos relacionados con el desarrollo humano: los objetivos dos y diez de la Unasur dan cuenta de este “nuevo foco”, a saber: “(2) desarrollo social y humano con equidad e inclusión para erradicar la pobreza y superar las desigualdades en la Región. (10) el acceso universal a la seguridad social y a los servicios de salud” (Unasur 2011). Estos dos objetivos son transversales a los Consejos que se relacionan directamente con desarrollo social y equidad.

Es evidente la importancia que desde la organización se le ha dado al tema de la salud creando el CSS, que es quizás la muestra más fehaciente de los nuevos compromisos adoptados por Unasur en materia social. Riggiozzi (2012), plantea que este compromiso se desarrolla en tres niveles del quehacer político: institucional, diplomático y en la conducción de proyectos. Estos niveles están interconectados de tal forma que la región se fortalece de dos maneras, por un lado se institucionalizan marcos regulatorios y de buenas prácticas y por el otro la región va ganando autonomía frente a los actores externos. Es claro el compromiso de Unasur por fortalecer una agenda social de la integración, así lo expresó su Secretario General Ernesto Samper “el objetivo de la agenda social de Unasur es la inclusión social, buscando la reducción de la pobreza, y de las asimetrías y brechas que caracterizan la desigualdad” (Samper 2014, 13).

El tema de la salud en Unasur ha sido relevante desde la creación de este organismo, cuyo tratado constitutivo se firma en el 2007 y, el 16 de diciembre de 2008 en la ciudad de Salvador de Bahía, Brasil, se crea el Consejo de Salud Suramericano. Aquí se definen sus funciones, objetivos, estructura, así como sus principios en materia de salud.

En abril del 2009 se realiza la reunión constitutiva del CSS, en dicha reunión se establecieron las atribuciones del Comité Coordinador, Secretaria técnica y los grupos técnicos, estos últimos que son los encargados analizar, elaborar, preparar y desarrollar propuestas, planes y proyectos que contribuyan a la integración suramericana en salud. Los grupos técnicos son: Red de Vigilancia y Respuesta en Salud; Desarrollo de Sistemas de Salud Universales; Promoción de la Salud y Acción Sobre los Determinantes Sociales; Acceso Universal a Medicamentos; Desarrollo de Gestión de Recursos Humanos.

El objetivo del CSS es construir un espacio de integración en materia de salud, incorporando los esfuerzos y logros de otros mecanismos de integración regional, promoviendo políticas comunes y actividades coordinadas entre los países de Unasur en referencia a la Salud.

En ese mismo año los ministros de salud de Unasur emitieron una declaración frente a la amenaza mundial de la influenza y definieron una estrategia conjunta para enfrentar el dengue en la región, un acuerdo para la utilización de la vacuna contra la gripe A H1N1 y la elaboración de un plan estratégico de lucha contra las enfermedades para el periodo 2010 – 2015.

Durante el 2009, el CSS reunido en Guayaquil se aprobó la resolución que crea el ISAGS (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud), con sede en Brasil y que tiene como propósito de un lado, analizar, elaborar, preparar y desarrollar propuestas, planes y proyectos que contribuyan a la integración suramericana en salud y por el otro, constituir una institución política suramericana con competencia en temas sanitarios, el desarrollo de soluciones para problemas y desafíos que trasciendan las fronteras nacionales, desarrollando valores e intereses mutuos entre los países vecinos, facilitando así la interacción de las autoridades sanitarias de los estados miembros, mediante la transferencia de conocimiento y tecnología en la región.

Ese mismo año se aprueba el plan quinquenal 2010-2015, que relaciona cinco líneas de acción: Vigilancia y Respuesta en Salud; Sistemas Universales de Salud; Acceso Universal a Medicamentos; Promoción de la Salud y Acción sobre los Determinantes Sociales; Gestión de Recursos Humanos en Salud. Además de eso, “establece temas prioritarios que deben ser tratados: soberanía alimentaria; hambre, alimentación y nutrición; salud ambiental; salud en fronteras; salud de inmigrantes; emergencias y desastres; género; salud mental; interculturalidad; trabajo en salud y violencia” (Unasur 2010).

En el 2011 se inauguró oficialmente el ISAGS anotando una vez más que su razón primordial es al CSS en el cumplimiento de su plan quinquenal, de tal modo que planifica sus acciones a través de la concentración en diferentes áreas de la salud, a saber: la determinación social de la salud, la economía política de la salud y los sistemas universales de salud.

Entre el 2011 y el 2016 el ISAGS ha organizado 12 talleres sobre el tema de la salud en Suramérica y que junto con las reuniones del CSS y los diferentes seminarios, han permitido adoptar diferentes estrategias para cumplir con los objetivos del CSS, así como las

necesidades inmediatas de cooperación en salud. En el 2012 se aprobó el plan de trabajo trienal del ISAGS, además se creó la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar el Cólera en la Isla La Española (Haití y República Dominicana). La gestión del ISAGS se puede ver reflejada en la edición de dos libros que realizan un panorama sobre los sistemas de Salud en Suramérica, así como los sistemas de vigilancia en salud.

Por su parte el CSS también ha adelantado cuatro tareas importantes en el área de la salud regional, a saber: realizar un mapeo de capacidades regionales de producción de medicamentos, para tener información consolidada y estratégica y, elaborar políticas públicas regionales en esta materia.

La segunda tarea tiene que ver con el Banco de precios de medicamentos que tiene como objetivo “generar una lista de referencia de precios de medicamentos a nivel de la Región, con el fin de fortalecer la capacidad negociadora de los actores del sistema de salud públicos frente a los procesos de adquisición de medicamentos, consolidando de esta forma una única herramienta de información” (Unasur 2011). La parte inicial de esta tarea se enfoca en compartir información intergubernamental sobre compras de medicamentos y se incorporaran otros medicamentos conforme a las necesidades de los estados miembros, luego se aumentará el listado de medicamentos.

La tercera es la creación de un escudo epidemiológico en Sur América, que coordina y vigila actividades en materia de salud en los países miembros, a través de redes de aplicación de normas sanitarias internacionales. La cuarta es el desarrollo de un complejo regional de promoción de salud en donde se busca tener una coordinación regional para prevenir enfermedades como malaria, ejercer vigilancia sobre el envenenamiento del agua a causa de pesticidas, y en general regular y mejorar el acceso a la salud de los grupos más vulnerables (Riggiozzi 2012, 21).

Finalmente es importante señalar que la Unasur pretende -a través del CSS y sus organismos adjuntos- “consolidar a Suramérica como un espacio de integración en Salud que contribuya a la salud para todos y al desarrollo, incorporando e integrando los esfuerzos y logros subregionales de Mercosur (Mercado Común del Sur), ORAS CONHU (Organismo Andino de Salud en Convenio Hipolito Unanue) y OTCA (Organización del Tratado de Cooperación Amazónica)” (Unasur 2008, 2).

Aún no se han hecho estudios regionales sobre el impacto de las diferentes iniciativas que ha tenido Unasur en materia de salud y que ha materializado a través del CSS y sus organismos adjuntos (léase grupos técnicos, redes estructurantes e ISAGS) por ello esta investigación se aboca a esta tarea y se propone hacer un análisis de estas iniciativas para ver si es posible hablar de la creación de un régimen regional en salud; tema que sin duda sería un logro de la propuesta regionalista de la Unasur.

Mucho se habla del proceso de regionalismo de la Unasur y se evalúa (a priori) su éxito o su fracaso dependiendo del modelo teórico que se use para explicarlo. Así algunos teóricos la consideran un proyecto más de los muchos que existen en la región y que contribuye solo al estancamiento de la integración regional “el regionalismo latinoamericano no está evolucionando hacia otro paradigma, sino que está dando vueltas sobre sí mismo” (Malamud y Gardini 2012, 118). Mientras otros, un poco más optimistas consideran que es un proceso naciente, opuesto al regionalismo abierto y que merece un estudio particular más allá de las cárceles conceptuales, como diría Vivares (2013), con las que tradicionalmente se estudia el regionalismo en América Latina, pero que además se le debe estudiar es su dimensión política y social que es su fuerte (Sanahuja 2012; Riggirozzi y Tussie 2012).

Más allá de la teoría es necesario evidenciar si en efecto los proyectos regionalistas tienen el alcance que en el discurso se señala y más en el contexto de la relativa autonomía que tiene la región (entendida como el alejamiento del hegemon del norte). Los enfoques, por tanto, la investigación puede dar elementos que permitan evaluar el alcance de la Unasur al menos en el área de la salud.

El propósito de esta investigación es revelar que factores han posibilitado los avances en materia de salud que se han dado al interior de la Unasur y, si a partir de dichos avances es posible hablar de la configuración de un régimen regional en salud, utilizando la definición tradicional de Krasner.

Principios implícitos o explícitos principios, normas, reglas, toma de decisiones y procedimientos alrededor de los cuales convergen las expectativas de los actores en un área dada de las relaciones internacionales. Los principios son creencias de hecho, causalidad y rectitud. Las normas son estándares de comportamiento definido en términos de derechos y obligaciones. Las reglas son prescripciones o proscipciones específicas para la acción. Los procedimientos de toma de decisiones son prácticas predominantes para tomar e implementar decisiones colectivas (Krasner 1982, 186).

Se lee en los propósitos del CSS que busca “promover políticas comunes y actividades coordinadas entre los países miembros, ser un órgano de consulta y consenso en materia de salud, que busca profundizarse en temas relevantes y fortalecer las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de vida de los habitantes del continente suramericano” (ISAGS 2011b).

Esta idea es reforzada por Riggiozzi quien sostiene que la creación del CSS busca “consolidar una integración suramericana en el campo de la salud por medio del establecimiento de políticas basadas en acuerdos mutuos, esfuerzos y actividades de cooperación coordinadas entre países” (Riggiozzi 2012, 20). Con esto en mente es posible relacionar la creación de un régimen regional en salud con la consecución de los objetivos del CSS y sus organismos subsidiarios (ISAGS y grupos técnicos), que a su vez contribuyen al alcance de los objetivos específicos (2 y 10) de la Unasur.

Tangencialmente la investigación también abordará el tema del regionalismo visto desde la perspectiva post hegemónica, porque el nacimiento de la Unasur obedece a condiciones políticas, económicas y sociales particulares en la región dentro de un determinado momento histórico. La característica fundamental de la Unasur es su enfoque en la agenda social y la vuelta del Estado como protagonista de la política de cooperación regional. El regionalismo post hegemónico, reconoce por un lado la focalización de los problemas sociales como desafíos de la integración y por el otro que existen otros actores, que influyen y participan activamente de este proceso, por ejemplo la sociedad civil. Esta redefinición ha sido posibilitada por dos motivos: el primero el alejamiento de Estados Unidos de la región y segundo por el ascenso de gobiernos de izquierda acompañados de una fuerte movilización social que han trastocado las tradicionales relaciones institucionales a nivel interno y externo de los países de la región (Riggiozzi y Tussie 2012).

El argumento de esta investigación señala que, los avances que ha tenido la Unasur en el área de Salud, posibilita hablar de marcos normativos, ideas y propósitos comunes en el tema de salud, lo que a su vez permite adoptar estrategias conjuntas para mejorar el acceso de la población a la salud. Estos compromisos de los países en esta área podrían entenderse como un régimen de salud regional y es justamente eso lo que se pretende evidenciar.

La pregunta principal que guía la investigación es ¿Por qué los avances de la Unasur en materia de salud podrían considerarse como un régimen regional en salud? Esta pregunta se

explora a través de las siguientes preguntas subsidiarias: ¿Cuáles fueron los intereses de los países para crear el CSS y como contribuyeron a la consolidación del tema en la Unasur? y ¿De qué manera la institucionalización del CSS y sus órganos subsidiarios: el ISAGS, los grupos técnicos y las redes estructurantes, han coadyuvado en la consolidación de un régimen regional en salud?

Todos los consejos que componen la Unasur no han tenido el mismo dinamismo que el CSS y el Consejo de Defensa Suramericano y esto obedece a condiciones objetivas que son las que se pretenden dilucidar. Para lograr este objetivo las preguntas subsidiarias buscan responder al elemento central de los factores que posibilitan el nacimiento de un régimen, entendiendo que un régimen tiene dos dimensiones. La primera se refiere a una dimensión abstracta, no institucional que contiene los intereses por los que se crea el régimen y las normas y valores comunes que comparte; la otra dimensión es la institucional y hace referencia a la institucionalización de esa dimensión abstracta, gracias a la cual el régimen puede comenzar una vida orgánica. Es importante resaltar que a través de las preguntas se evidenciarán no sólo las motivaciones principales de los países para crear el CSS, también su grado de compromiso frente a los objetivos de superación y erradicación de la pobreza, para lo cual mejorar el sistema y las políticas de salud a nivel regional son un asunto fundamental.

Con relación a la metodología y entendiendo que hace referencia a las formas en las que adquirimos conocimiento, se optó por la metodología cualitativa porque permite analizar los fenómenos en profundidad a partir de los significados que se infieren de los datos, además da la posibilidad de estudiar múltiples realidades, generando riqueza interpretativa (Hernández Sampieri 2010, 3). En el caso de la Salud dentro de la Unasur es necesario hacer un análisis de sus desarrollos, más allá de los convencionalismos, es decir de lo que la teoría de la integración plantea y mirar detalladamente como estos han propiciado una nueva forma de cooperación y que bien podría derivar en un régimen regional de salud.

Teniendo en cuenta que “los métodos de investigación son técnicas para coleccionar datos” (Lamont 2015, 21) se escogió trabajar con el método de estudio de caso, teniendo en cuenta que estos sirven para “delimitar la configuración específica de la situación de los factores que llevaron a un resultado realmente observado” (Jackson 2011, 201). En ese sentido lo que se pretende en la pregunta central de la investigación es responder si los desarrollos y avances del tema de la salud al interior de la Unasur sugieren la construcción de un régimen regional de salud. Los estudios de caso son los más usados en la investigación en relaciones

internacionales, además de proveer una visión de los procesos sociales que pueden dar cuenta de cómo entender o explicar las relaciones internacionales de manera más amplia (Lamont 2015, 126).

Como unidades de análisis para investigar sobre la dimensión institucional del Régimen Regional en Salud, se proponen: el CSS, el ISAGS, Grupos Técnicos y Redes Estructurantes; teniendo en cuenta que son organismos creados a través de acuerdos y/o resoluciones, que precisan de una forma organizativa, una planta de personal y de infraestructura física para poder llevar a cabo su trabajo. Por tanto, estos elementos denotan un nivel de institucionalidad.

Por su parte, para la dimensión no-institucional se tomarán dos países miembros del Comité Coordinador del CSS, a saber: Ecuador y Brasil. El primero por ser el país donde se gesta la idea de crear el ISAGS y se da nacimientos al CSS y Brasil por ser la sede del instituto. En esta dimensión se revisará el tema de los intereses nacionales y regionales que han motivado a los países a tener una posición activa en la creación y consolidación del Consejo de Salud Suramericano.

Las principales estrategias para la recolección de información cualitativa son las entrevistas, especialmente si se está interesado en las características o percepciones de una población particular en este caso de ser posible, los tomadores de decisión. En esta investigación las entrevistas fueron semi estructuradas de tal modo que se pudieran abordar temas que quizás son de índole política más que técnica y que muchas veces los funcionarios son reacios a hablar de ellos. También se usaron las estrategias de investigación documental y los documentos disponibles en internet Lamont (2015), por cuanto todos los textos oficiales de la Unasur, el CSS y el ISAGS, están en Internet puesto que los físicos reposan en los ministerios de salud de los diferentes países.

Esta investigación está estructurada en tres capítulos, el primero aborda el marco teórico que se sustenta en la teoría de regímenes elaborada por Stephen Krasner (1982) y los desarrollos hechos por Keohane y Nye (2012), Young (1982), Jervis (1999), Aggarwal (1981), entre otros, sobre este tema. También se abordará paralelamente el enfoque de regionalismo post hegemónico (Riggiorozzi y Tussie 2012; Biceño Ruiz 2014), para explicar el nacimiento de la Unasur y el contexto en que comienzan estos acuerdos regionales en salud.

El segundo capítulo aborda el tema de los intereses de los países en la creación del CSS y en específico se aborda el comportamiento de Ecuador y Brasil, por ser países líderes en la instauración del Consejo de Salud Suramericano y que además hacen parte del comité coordinador del CSS. Se busca evidenciar que si hay una decisión de crear unos consensos mínimos a nivel de la salud regional y que están en concordancia con los objetivos generales de la Unasur.

El tercer capítulo hace referencia a la importancia de la institucionalidad para consolidar un régimen regional en salud, partiendo de los avances que se han dado en el CSS, el ISAGS y los grupos técnicos, en materia de análisis, caracterización y formulación de recomendaciones a nivel de la salud regional

El último capítulo aborda las conclusiones de la investigación que darán cuenta de la posibilidad de hablar de la creación de un Régimen de Salud Suramericano, a partir de los avances de la Unasur a través del CSS y sus órganos subsidiarios y, evidenciar cuáles fueron los factores decisivos que al interior de la organización facilitaron dichos avances.

Capítulo 1

Marco Teórico

Esta investigación aborda el tema de la posible creación de un régimen de salud suramericano a partir de los avances de la Unasur en esta materia. Por tanto, es necesario ubicar el contexto histórico regional en el que nace la Unasur y definir qué tipo de regionalismo es el que propone y por qué se diferencia de los procesos de integración regional, para esto se hará una discusión conceptual y teórica.

El nuevo orden mundial que incluye nuevas formas de coordinación política y de cooperación puede ser estudiado desde la teoría de la gobernanza global y desde los regímenes internacionales. Esta investigación propone estudiar lo que sucede en el área de salud dentro de Unasur a partir de los planteamientos sobre los regímenes internacionales, de tal modo se exponen las principales corrientes teóricas que los estudian, las funciones e incentivos de creación de los mismos, así como su origen.

El presente capítulo aborda la discusión sobre integración y regionalismo, dos visiones desde las cuales se ha estudiado la creación de organizaciones internacionales en la región y, ahonda en la propuesta analítica del post hegemónico para entender el nacimiento y puesta en funcionamiento de la Unasur. El siguiente apartado analiza el tema de los regímenes internacionales, su concepto, las diferentes perspectivas de análisis, así como los incentivos para crearlos y las funciones que tienen. Finalmente entendiendo que las organizaciones internacionales son una herramienta fundamental desde la perspectiva liberal institucionalista (que es con la que se desarrollara la investigación), se explica el porqué de su importancia a la hora de conformar y consolidar un régimen internacional.

1. Contexto del nacimiento de la Unión de Naciones Suramericanas

Para trabajar el tema de la posibilidad de creación de un régimen suramericano de salud, a partir de los avances de esta área al interior de la Unasur es necesario, en primera medida referenciar el contexto social, político y económico en el que nace y se desarrolla la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) y, el por qué es esta organización la que posibilita la creación del Consejo de Salud Suramericano (CSS) y sus posteriores avances.

A grandes rasgos se puede decir que la región ha asistido a dos modelos de integración y cooperación regional: uno guiado por la óptica de la integración económica y el otro que se ha planteado en términos de cooperación política con énfasis en áreas sociales.

En el escenario del Consenso de Washington, la integración se pensaba netamente en términos económicos y estaba guiada por la doctrina del regionalismo abierto que impulsaba los esquemas de integración como el “Sistema de la Integración Centroamericano (SICA), la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y el Mercado Común del Sur (Mercosur)— caracterizados por una baja protección externa y la pretensión de establecer uniones aduaneras con las que mejorar la competitividad internacional” (Sanahuja 2012a, 143).

Este panorama es propicio para que aparezcan respuestas políticas que prometen el cambio de modelo de desarrollo orientado, hasta entonces, a la extracción de recursos naturales y a la liberalización de la economía; también prometían mejorar la situación económica y social de la región. Es así como florecen nuevos proyectos de centro y centro-izquierda, los cuales con un marcado discurso anti neoliberal, ofrecían sacar a América Latina del estancamiento económico y sobre todo social en que se encontraba, producto del Consenso de Washington. Como muestra la historia el modelo de desarrollo siguió reprimarizado, pero producto del llamado “boom de los commodities”, la región pudo avanzar en el mejoramiento de las condiciones sociales de la población, en la mayoría de los países.

Es en este contexto es que nace en 2004 la Unasur, cuyo Tratado Constitutivo se aprueba en mayo de 2008 y entra en vigencia el 11 de marzo de 2011. La Unasur tiene 21 objetivos específicos que pueden ser recogidos en cuatro grandes ejes: político; de desarrollo humano; integración y cooperación. Aquí se recogen todos los aspectos a tener en cuenta en la integración, empezando por la economía, pasando por la armonización de políticas sociales, culturales, de biodiversidad y protección del medio ambiente; todas orientadas a la búsqueda de un desarrollo sostenible y armónico para los países de la región en el marco de la autonomía regional.

2. Sobre los conceptos de integración y regionalismo post hegemónico

2.1. Integración

En la región la integración tradicionalmente ha sido analizada básicamente en términos económicos, incluyendo los enfoques que toman como modelo la Unión Europea o aquellos que hablan de regionalismo enmarcado en la idea de fortalecer las instituciones y acuerdos regionales, que mejoren la productividad comercial entre países contiguos.

La tendencia dominante en los estudios en integración regional, puede ser agrupadas en tres grandes perspectivas: desde el liberalismo, el realismo y el neorrealismo (Gómez-Mera 2008).

El liberalismo a su vez, propone tres enfoques para analizar la integración regional: (sistémico, institucionalista y el neoliberalismo institucional). El sistémico propone ver la integración regional en términos de cooperación regional que tiene su lugar dentro de una economía global y que dentro de una región específica crea características de interdependencia.

El institucionalista, sostiene que la integración regional es una respuesta a la demanda que crea la creciente interdependencia regional, de tal suerte que los gobiernos crean instituciones inter o supranacionales para resolver necesidades y problemas comunes para satisfacer necesidades funcionales.

En el neoliberalismo institucional las instituciones tienen un rol importante en la resolución de problemas y/o dilemas a través de la cooperación. Las instituciones se convierten en organismos que ayudan a los estados a alcanzar una cooperación sostenida.

Por su lado la perspectiva denominada realista, señala que la formación de bloques regionales se da como respuesta a amenazas intra o extra regionales, “incluyendo la existencia de un hegemon extra regional y/o el surgimiento de un esquema de integración rival” (Gómez-Mera 2008, 84), esta respuesta es la constatación de que subyacen intereses de aumentar el poder político, ganancias relativas, balance de poder y hegemonía (Hurrell, 1995).

Los neorrealistas, pertenecientes a la tercera perspectiva, se enfocan en la distribución del poder dentro de una región y en cómo se afecta la integración regional por cuenta de las asimetrías regionales. Es claro que existen vínculos entre seguridad e interdependencia económica y en esta situación los acuerdos comerciales se convierten en una herramienta para influenciar políticamente aquellos estados débiles y aumentar así, la influencia regional del hegemon. Mattli (1999) señala que la preferencia de un hegemon regional benevolente y con liderazgo indisputable, es necesario para una exitosa integración.

En resumen, la integración es entendida como la necesidad de unión entre países para ser más productivos a nivel económico, esta necesidad está dada por factores internos o externos y la forma de agenciar los acuerdos es a través de la creación de instituciones y acuerdos regionales. El eje central de todos los proyectos de integración siempre va a ser la economía y la búsqueda de su óptimo desempeño en un mundo de libre mercado. Sin embargo, la mayoría de estas teorías no se acercan a explicar la UNASUR donde han primado intereses que no tienen como foco a la integración económica.

2.2. Regionalismo post hegemónico

La región asistió a momentos de crisis política y económica, lo que ocasionó una fuerte presión política para cambiar el modelo de desarrollo imperante y las formas de integración regional guiadas por la liberalización del mercado. Esta presión vino de los gobiernos de izquierda o centro-izquierda, que comenzaban su ascenso; este último posibilitado -entre otras- por el alejamiento de Estados Unidos de la región, como consecuencia de su lucha global contra el terrorismo. A este respecto, Briceño Ruíz señala que un factor explicativo de la crisis del modelo de integración imperante fue “el fracaso de las negociaciones del ALCA y la creciente falta de interés en América Latina por el Gobierno de Presidente Bush tras los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001” (Briceño Ruíz 2014, 28). Es en este contexto se comienza a hablar de regionalismo post liberal, donde la región busca mayor autonomía.

Varios autores señalan que la región se ha movido entre ciclos (Briceño Ruíz 2014, Sanahuja 2088-2009). Para Sanahuja la región ha pasado de un regionalismo abierto a un regionalismo post-liberal, donde se evidencia un agotamiento del llamado ciclo de regionalismo abierto que se centraba en el intercambio económico. Otros como Riggiozzi y Tusie (2012) plantean que los modelos de integración bajo esta óptica del regionalismo, si bien no están centrados en la economía, esto no quiere decir que se haya superado por completo la tendencia hacia la liberalización económica en los países de la región.

En concordancia con esta afirmación Da Motta Veiga y Ríos (2007) sostienen que se caracteriza por una desaceleración del modelo económico neoliberal que pone en evidencia la crisis de los proyectos de integración de los años 90, pero que no denotan el fin del modelo aperturista. Señalan que en general hay una actitud más cautelosa frente a profundizar la liberalización comercial, pero que ciertamente las políticas de apertura no sufrieron una reversión nítida. Sin embargo se resalta que la región está en otra época y los mejores representantes de esto son la Unasur, el ALBA y la CELAC, propiciado por los cambios en mención. Existe un consenso que el regionalismo latinoamericano superó la etapa de hegemonía neoliberal y que está atravesando por una nueva etapa” (Briceño Ruíz 2014, 23).

La idea de regionalismo post hegemónico tiene dos vertientes conceptuales e históricas según Briceño Ruíz (2014). En primera medida el autor resalta las condiciones históricas en las que nace el concepto y le atribuye la idea original a Armitav Acharya

Quien tuvo como premisa el fin de la hegemonía estadounidense y el impacto que esto potencialmente podría tener en la construcción del regionalismo. Para Acharya, la construcción de los órdenes regionales o regional worlds ha estado inscrita en la práctica de la hegemonía, que después de la II Guerra Mundial correspondió a Estados Unidos. El fin de la hegemonía estadounidense estaría conduciendo al surgimiento de “hegemonías regionales” (Acharya 2009) citado en (Briceño Ruíz 2014, 30).

En segunda medida el autor señala que esta propuesta de regionalismo se asocia más a la “visión gramsciana de hegemonía en la forma desarrollada por Robert Cox en los estudios internacionales” (Briceño Ruíz 2014, 30). Según el autor Cox señalaba sobre la hegemonía que

Se trataría de una sustitución de la narrativa dominante en la década de 1990, según él, estaba indisolublemente asociado al triunfo del neoliberalismo que, a su vez, se vinculaba al proceso de globalización. En esa narrativa el regionalismo se asimilaba a la integración económica y está era vista como sinónimo de libre comercio indiscriminado e inserción internacional, sin preocuparse por la calidad de esa inserción (Cox y Sinclair 1996) citado en (Briceño Ruíz 2014, 30).

Para Briceño, dos de las autoras más relevantes en la investigación del regionalismo post hegemónico (Pia Riggirozzi y Diana Tussie), han tenido en cuenta estas dos vertientes para estudiar los desarrollos sociales, políticos y económicos de la región en los últimos años.

De este modo Riggirozzi sostiene que un factor fundamental del regionalismo post hegemónico tiene que ver con el cambio de orientación política. Esto significa el ascenso de gobiernos de izquierda o centro izquierda, en países como Bolivia, Ecuador, Brasil, Argentina, Venezuela, Uruguay, Paraguay e incluso en Perú (año 2011) y que estuvo acompañado de una fuerte movilización social que reclamaba reenfocar el modelo de desarrollo regional, para que se ocupara de las demandas sociales e incluyera en los asuntos públicos a sectores tradicionalmente excluidos, como los indígenas. Sobre esto Riggirozzi y Tussie encontraron que

El rechazo de la supervisión externa se acopló con la movilización social, un nuevo enfoque en el fortalecimiento de las poblaciones indígenas y la llamada a promulgar la solidaridad a escala regional. América del Sur se convirtió en una plataforma lista para volver a encender el regionalismo que incorpora las dimensiones normativas de una nueva era, yendo más allá de los patrones liderados por EEUU en materia de integración comercial (Riggirozzi y Tussie 2012, 1).

Este escenario regional estaba marcado por una fuerte movilización de sectores indígenas, ecologistas, entre otros, en búsqueda de alcanzar sus reivindicaciones tradicionales lleva al poder a líderes regionales que plantean afanosamente deslindarse definitivamente de la doctrina neoliberal de Estados Unidos, doctrina que había impregnado todos los intentos de integración regional y que en mayor o menor medida había entronizado la idea de desarrollo, entendida solo en términos de crecimiento económico sin contemplar ningún aspecto social.

Desde el 2001 se empieza a hablar de regionalismo post hegemónico, año que marcó el ascenso de gobiernos de corte anti neoliberal en la región y es el momento donde se empieza a dejar lado la idea del regionalismo visto como respuesta a la globalización económica y a la eficacia de las políticas neoliberales. Sobre esto Riggiozzi sostiene que

Los pilares que sostenían la relación entre regionalismo económico y globalización comenzaron a quebrarse a partir de dos dinámicas que se han reforzado mutuamente desde el comienzo de la nueva década: un fuerte cuestionamiento a los modelos de política económica neoliberal en América Latina, especialmente en el Cono Sur; y una crisis financiera a nivel internacional que desbarrancó el edificio económico-financiero que ha sostenido el proyecto neoliberal en el plano internacional (Riggiozzi 2012a, 131).

Es durante esta época que pueden darse proyectos regionales con un claro tinte político y social, que tienen una idea de desarrollo que incluye la superación de las desigualdades como el eje integrador, esto es lo que representa la Unasur. La creación de proyectos de este corte se pudo dar fundamentalmente porque Estados Unidos -el hegemón- se aleja de la región, por la lucha contra el terrorismo y también por la crisis financiera mundial, a la que debe poner especial atención. Dado lo anterior América Latina plantea sus propias estrategias de desarrollo e integración gracias al amplio margen de acción política que tuvo.

En razón de lo anterior Riggiozzi y Tussie sostienen que este proceso no puede ser visto como una mera respuesta al colapso del liderazgo de Estados Unidos en la región y las múltiples crisis del neoliberalismo, sino que es “una manifestación visible de la repolitización de la región dada por el nacimiento de nuevos proyectos políticos regionales en los cuales los estados, movimientos sociales y líderes interactúan y construyen nuevos entendimientos del espacio regional y se vuelven arenas de contestación política e incluso pueden tomar lugar procesos contra hegemónico a nivel regional” (Riggiozzi y Tussie 2012, 2-3).

Por su parte Briceño también resalta que este regionalismo es un espacio de contestación para enfrentar el neoliberalismo, con una narrativa distinta y que va más allá de un mero mecanismo defensivo.

El regionalismo post hegemónico intenta ser algo más que un mecanismo defensivo y en vez de ello sería más bien un espacio de contestación y resistencia para enfrentar el neoliberalismo y la hegemonía estadounidense. No obstante, lo más relevante del regionalismo post hegemónico es que plantea narrativas distintas al neoliberalismo. Regionalismo ya no es solo integración económica sino un complejo proceso que incluye a esta, también a formas de cooperación y concertación política. Incluso, la idea de integración económica cambia, pues ya no solo es comercio, sino también formas de integración productiva, financiera, social y en infraestructura (Briceño Ruíz 2014, 30).

Con respecto a proyectos como el ALBA y la Unasur, Briceño (2014,30) también los describe como ejemplos propios de este regionalismo post hegemónico que reconoce la existencia de una nueva narrativa que va más allá del comercio y la apertura comercial y es por esto que se pueden explicar esos proyectos, así como los cambios en el modelo de integración del Mercosur.

Para poder entender estos nuevos regionalismos es imprescindible poner especial cuidado al liderazgo que visiones alternativas le imprimen a las prácticas intergubernamentales e intrasociales, sobre el concepto y el fin en sí mismo que tiene la región; “esas prácticas son la expresión de una redefinición de un consenso regional sobre compartir recursos económicos y sociales, regulaciones y planeación y cooperación financiera” (Riggirozzi 2012b, 425).

La Unasur es la expresión de un regionalismo cuyo foco de cooperación no es la economía, sus motivaciones son un tanto más políticas y están en función de poner a la región en una mejor posición en la arena global, en términos de desarrollo humano. Para ello se apoya en la creación de nuevas instituciones, mecanismos y políticas regionales, que van acompañadas de nuevas prácticas colectivas en áreas sociales tales como educación, salud, empleo, energía, infraestructura y seguridad.

En conclusión puede señalarse que el regionalismo post hegemónico está atravesado por tres tendencias que hacen parte de sus características fundamentales, esto Serbín (2011, 7-8) lo ha catalogado como tres retornos: el retorno de la política, del Estado y de la agenda de

desarrollo. Bajo estos enfoques la Unasur se legitima a través de la búsqueda de la autonomía regional en los campos de “la economía, la política, la seguridad y el desarrollo y se convierte en una versión actualizada de los tradicionales ideales de integración latinoamericana” (Sanahuja 2012, 35).

El siguiente apartado explora el concepto de regímenes internacionales, así como las principales teorías que los abordan, teniendo en cuenta que esta investigación se sustenta por un lado en el regionalismo entendido desde las perspectiva post hegemónica y, por el otro en la teoría Neoliberal, en su vertiente institucionalista, de los regímenes internacionales. No es posible hablar de la creación de un de régimen regional en salud sino en el marco de este regionalismo, donde los temas sociales fueron los protagonistas de la agenda de cooperación e integración.

3. Regímenes internacionales

Frederking y Diel sostienen que los asuntos más importantes de la política mundial hoy como pobreza, conflictos regionales, estabilidad económica, entre otros, no pueden resolverse sin cooperación multilateral. “La política mundial se caracteriza por la interdependencia en seguridad: ni siquiera el Estado más poderoso, puede manejar esos problemas solo, el mundo de hoy requiere que estados y actores no estatales coordinen acciones, a menudo a través de organizaciones internacionales, para atender estos asuntos” (Frederking y Diel 2015, 1).

Varios autores como Frederking y Diel (2015), Robert Keohane y Nye (2012), Krasner (1982), Young (1982), señalan que después de la Segunda Guerra Mundial y, con el decaimiento de la hegemonía norteamericana, el mundo asiste a una reconfiguración política, que ya no permite entender los sucesos mundiales solamente a la luz de la distribución del poder mundial. Hay un auge de nuevos actores, pero también nuevos desafíos y amenazas, no solo a la paz mundial, sino que en general el estudio de las relaciones internacionales, requiere abrir el lente de estudio para comprender cómo se están entendiendo hoy los países y como están tramitando sus diferencias para no recurrir a la violencia como última instancia.

Keohane por su parte sostiene que la interdependencia es la característica de la política mundial de este tiempo y la define como dependencia mutua. “En la política mundial esta situación se caracteriza por efectos recíprocos entre los países o los actores en diferentes países. Esos efectos resultan de transacciones internacionales las cuales han aumentado

dramáticamente desde la Segunda Guerra Mundial y que trascienden los límites nacionales” (Keohane y Nye 2012, 7).

Es así como los actores del sistema internacional han desarrollado una serie de normas, reglas y procedimientos para trabajar en conjunto por sus objetivos en diversas áreas. Este es el inicio de los regímenes internacionales.

3.1. Sobre el concepto de régimen internacional

Los regímenes hacen referencia a esa serie de acuerdos en el cual los estados convergen y que pueden institucionalizarse a través de la creación de organizaciones o instituciones, que les dan un aspecto más formal a los regímenes. Jervis (1982), Puchala (1982), Keohane (1982) sostienen que los regímenes influyen en el comportamiento de los estados.

En la definición clásica de Stephen Krasner, los regímenes hacen referencia a un

Conjunto implícito o explícito de normas, reglas, y procedimientos de toma de decisiones alrededor de los cuales convergen las expectativas de los actores en un área dada de las relaciones internacionales. Los principios son creencias de hecho, causación y rectitud. Las normas son estándares de comportamiento definido en términos de derechos y obligaciones. Las reglas son prescripciones o proscipciones para la acción. Los procedimientos de toma de decisiones son prácticas que prevalecen para crear o implementar decisiones colectivas (Krasner 1982, 186).

Por su parte Keohane y Nye sostienen que los regímenes son “un conjunto de arreglos gubernamentales que incluyen redes de reglas, normas y procedimientos que regularizan el comportamiento y controlan sus efectos” (Keohane y Nye 2012, 19). Haas (1980, 553), señala que “un régimen engloba una coherencia mutua sobre el conjunto de procedimientos, reglas y normas”. Bull, destaca la importancia de las reglas e instituciones en la sociedad internacional, porque son principios imperativos que exigen o autorizan y prescriben comportamientos sobre grupos de personas. Aquí las instituciones ayudan a asegurar la adherencia de las reglas, a través de la formulación, comunicación, administración, reforzamiento, interpretación, legitimación y adaptación de las mismas (Bull 1997, 54).

Existen tres posiciones sobre lo que significan los regímenes: la primera que los ve como una característica penetrante del sistema internacional- aquí se encuentran Young (1982), Puchala y Hopkins y (1982). La segunda que los ve como un concepto engañoso que oscurece las relaciones económicas y de poder, aquí se ubica Strange (1982) y, la tercera llamada

estructural modificada Krasner (1982, 186), la cual acepta los supuestos analíticos del realismo estructural que posicionan un sistema internacional anárquico de estados que maximizan el poder actuando en un ambiente anárquico. No obstante, bajo ciertas condiciones restrictivas los regímenes pueden tener un impacto significativo, incluso en el comportamiento de los actores.

Por consiguiente, los regímenes pueden estudiarse desde diferentes perspectivas teóricas, Hasenclever, Mayer y Rittberger (1997, 1-2), proponen clasificarlas dependiendo de si se basan en el poder, en el interés, o en el conocimiento. Así pueden clasificarse en tres escuelas de pensamiento, el “realismo que se enfoca en las relaciones de poder, liberalismo que basa sus análisis en las constelaciones de interés y los cognitivistas quienes enfatizan en las dinámicas de conocimiento, comunicación e identidades”. Lo que separa a las tres escuelas es el grado de institucionalismo que cada una adopta y que de alguna manera repercute en el impacto que los regímenes tienen en el mundo político.

3.1.1. Realista

Las teorías realistas sobre los regímenes, sostienen que los estados se preocupan por las ganancias relativas y absolutas y dependiendo de ello, se adscriben o no a las instituciones internacionales y a la cooperación internacional. La distribución de los recursos de poder afectara la efectividad en la creación y duración de un régimen en determinada área, pues los estados solo actuaran si se desprenden ganancias de dicha cooperación. En suma, el realismo propone que la creación de los regímenes internacionales depende de dos elementos: a) la distribución de poder en el sistema y b) los intereses de las potencias, definidos en términos de maximización de su poder relativo (Anaya 2014, 53). Desde esta perspectiva se han visto los regímenes internacionales como una construcción basada en los principios expuestos por Estados Unidos y donde su poder fue esencial en la creación y mantenimiento de los mismos; esto fue especialmente evidente en la temprana post guerra.

Haas sostiene que a los realistas clásicos y a los neorrealistas no les interesan los regímenes, por mucho los consideran como recursos temporales para manejar o resolver problemas específicos sobre desequilibrios, los cuales son una expresión básica de problemas de poder. “La estructuración del poder es lo que les importa, no las tasas diferenciales de desarrollo industrial, las tendencias demográficas o los modos cambiantes de resolución de problemas humanos” (Haas 1982, 230).

Sin embargo, hay otros realistas que ven la cooperación como esencial en un mundo de interdependencia económica y quienes aluden que compartir intereses económicos crea una demanda por reglas e instituciones internacionales (Mitrany 1975). Así, los regímenes resultan de percepciones de interés derivadas de los actores y observadores del proceso económico. Si los regímenes permanecen intactos depende de la permanencia de esos intereses y de la variable de impacto de esos procesos en miembros específicos del régimen o del hegemón, así como de los socios menores (Haas 1982, 232).

Los realistas piensan que una alianza de cooperación se puede explicar como un resultado del balance de poder, pero si la política internacional fuera un estado de guerra constante, los patrones institucionalizados de cooperación en la base de los propósitos compartidos no existirían excepto como parte de la larga lucha por el poder y por tanto los patrones de comportamiento internacionales que se observan en diversas áreas como: relaciones financieras, comercio, salud, telecomunicaciones y protección ambiental, estarían ausentes (Keohane 1984, 7).

El análisis del tema de la salud en Unasur, requiere de un marco de análisis amplio que permita incorporar temas como la provisión de bienes públicos, intereses no solo económicos o de seguridad, para explicar que motiva a los países para cooperar y en especial que le dé a la política nacional un papel más relevante en el campo de la construcción de regímenes internacionales. Los actores no son solamente lo que el sistema los fuerza a hacer, en ese caso regímenes de cooperación en áreas que no sean económicas no existirían. La motivación principal de los estados no siempre debe medirse en términos de calcular los costos y beneficios de las acciones, pensando en su supervivencia. El realismo no contempla perspectivas transnacionales o trans gubernamentales por cuanto los actores principales del sistema internacional son los Estados, “la soberanía está viva y bien mientras la estructura del sistema internacional permanezca anárquica” (Haas 1982, 231).

Si bien es cierto que los desarrollos que ha tenido el tema de la salud en Unasur mantienen a los estados como eje central del proyecto y no pone en cuestión su soberanía, también lo es que la creación de instituciones supone un compromiso formal para delegar ciertas tareas de los gobiernos centrales, en una institución supranacional, hablando particularmente del ISAGS, que ayude a coordinar a nivel regional tareas que bien pueden verse como bienes públicos y, que no necesariamente un hegemón es el encargado de proveerlos.

3.1.2. Constructivista

Las teorías de los regímenes basadas en el conocimiento se han enfocado en el origen y como son percibidos los intereses por los estados y dentro de esta conexión han acentuado el rol de las ideas causales y normativas. El constructivismo sostiene que la creación de regímenes internacionales se relaciona con los marcos de identidades y normas existentes a nivel global, en determinada región o al interior de cierto grupo de estados y en momentos histórico concretos, así como con el activismo de los emprendedores de normas, quienes, activando dinámicas de la lógica de lo apropiado, impulsan la creación de regímenes basados en normas por parte de los Estados. (Anaya 2014, 63).

Así mismo, las teorías que abordan los regímenes desde la base del conocimiento “se centran en los intereses percibidos por los estados y, en este sentido, han acentuado el papel de las ideas tanto causales como normativas, parte de su contribución puede ser vista como complementaria de la tendencia de la corriente principal neoliberal racionalista en el análisis del régimen, tratando de llenar un vacío en la teorización basada en intereses mediante la adición de una teoría de la formación de preferencias” (Hasenclever, Mayer y Rittberger 1997, 5-6).

Este enfoque teórico da un papel preponderante a las prácticas institucionalizadas en las identidades de los actores internacionales, que según señala Hasenclever, Mayer y Rittberger (1997, 6) “dan robustez al concepto de régimen internacional y también sugieren que los estados se entienden mejor como jugadores de rol que como maximizadores de utilidad”.

Sin embargo, en esta investigación no se ahondará en el proceso de la formación de preferencias al interior de los Estados, se pretende hacer un análisis macro a nivel regional y aunque se investigarán las motivaciones de dos estados, tomados como unidades de análisis, no se abordará el concepto de identidad en la formación de los intereses porque el tema de la salud en la Unasur es visto más desde el pragmático interés del Estado que busca cooperar para mejorar, entre otras, el índice de desarrollo humano propio y el regional.

Es claro también que grupos sociales y de presión pueden haber jugado un importante papel a la hora de definir el fin de la cooperación dentro de la Unasur, pero esta condición puede ser estudiada también desde la teoría liberal de los regímenes internacionales, en su vertiente institucionalista, que también reconoce que en el escenario internacional, el estado no es el

único actor, aunque sigue siendo el más importante y ciertamente la Unasur es una muestra de esto último.

3.1.3. Neoliberal

Los neoliberales o las teorías de los regímenes basados en el interés, enfatizan el rol de los regímenes internacionales ayudando a los estados a realizar intereses comunes, aquí los estados se ven como entidades con intereses egoístas que les importa solo sus ganancias absolutas, se alimentan de las teorías económicas de las instituciones que se enfocan en la información y los costos de transacción.

El modelo de teoría de juegos ha sido utilizado para explicar la constelación de intereses que subyacen a los diferentes tipos de regímenes y que también afectan la probabilidad de que un régimen sea creado. La teoría liberal de los regímenes, se divide en dos visiones: la institucionalista y la de las preferencias. La visión institucionalista plantea que los estados deciden crear regímenes internacionales porque estos cumplen la función necesaria de hacer posible la generación de ciertos bienes comunes que no se podrían generar sin cooperar (Anaya 2014, 58). Dentro de esta visión se encuentran los planteamientos de Keohane y Nye.

Por su parte la visión liberal de las preferencias, sostiene que la creación de un régimen internacional se da cuando las preferencias de un número necesario y suficiente de estados coinciden en ese sentido y cuando la formación del régimen en cuestión favorece los intereses o se adhiere a las ideas de los individuos y/o grupos con mayor influencia o representación en cada uno de los estados (Anaya 2010, 61), dentro de esta visión se inscribe Andrew Moravcsik.

Desde el neoliberalismo institucional se sostiene que los regímenes son arreglos o acuerdos peculiares en áreas sustantivas de las relaciones internacionales y que son caracterizadas por la interdependencia, no hay jerarquía, pero tampoco anarquía y los estados raramente practican la auto-ayuda. Los regímenes también reflejan políticas de contingencia y dependiendo de estas, pueden resultar regímenes de intereses comunes o de aversiones comunes. Los primeros hacen referencia a que los actores están de acuerdo en que si cada uno juega su propia estrategia así sea racional, el resultado puede ser malo para todos y por tanto la estrategia de colaboración puede ser la política más óptima para adoptar.

Los regímenes de aversiones comunes son aquellos donde “los actores no están de acuerdo en un resultado comúnmente preferido, pero están de acuerdo en el resultado que todos desean

evitar; tales regímenes simplemente requieren coordinación de políticas, no colaboración. Se aceptan prohibiciones de conducta, no se requiere supervisión central y resolución de conflictos, y las políticas positivas conjuntamente perseguidas son muy raras” (Haas 1982, 211-212).

El caso de la creación del Consejo de Salud Suramericano puede claramente ajustarse a los regímenes que comparten intereses comunes, por cuanto fue un deseo de todos los países comenzar a trabajar en el área de la salud y crear estrategias comunes para aliviar y mejorar la difícil situación de esta área en cada uno de los países de la región.

El neoliberalismo institucional hace énfasis en el rol de las instituciones, ampliamente definido como patrones de endurecimiento de expectativas compartidas acerca del comportamiento, que han recibido algún grado de consentimiento formal, también sostiene que el establecimiento de instituciones puede incrementar la cooperación (Jervis 1999, 53-54).

El institucionalismo neoliberal no niega la existencia de casos de extremo conflicto, pero reconoce que el mundo no permanece todo el tiempo en conflicto y se ha demostrado que “los estados pueden trabajar juntos para mitigar los efectos de la anarquía, producir ganancias mutuas y evitar daños compartidos” (Jervis 1999, 45). En cambio, apuesta decididamente por la cooperación que ocurre “cuando los actores ajustan su comportamiento a las actuales o anticipadas preferencias de los otros, a través de procesos de coordinación política. Estos procesos de coordinación política implican que las políticas de cada estado han sido ajustadas para reducir sus consecuencias negativas para los otros estados” (Milner 1992, 467).

Señala también que a pesar de que los instrumentos de la diplomacia incluyen estándares e instituciones innovadoras que son adecuadas para alcanzar algún grado de cooperación, estas aún son muy frágiles y pueden dejar el mundo en el mismo estado de conflicto a no ser que esas instituciones produzcan o estén acompañadas de profundos cambios en lo que los actores quieren y como conciben sus intereses. “Es útil preguntarse si los cambios en las preferencias sobre las estrategias serían suficientes para producir una mayor cooperación. El neoliberalismo sostiene que este es a menudo el caso y, más específicamente, que las instituciones son instrumentos eficaces para este propósito” (Jervis 1999, 62).

Los neoliberales son más optimistas que los realistas sobre la eficacia que pueden tener los regímenes internacionales si solo opera un cambio en las preferencias, de tal modo que “los

cambios en preferencias sobre las estrategias usualmente son suficientes para producir beneficios mutuos. Mucho de este cambio viene por más y mejor información, información acerca de la situación, información acerca de que ha hecho el otro lado y por qué lo ha hecho y, la información acerca de que probablemente el otro lado haga en el futuro” (Jervis 1999, 51).

Los Estados pueden cooperar por medio de la reducción de los costos de transacción (los costos y riesgos asociados con el alcance y cumplimiento de los acuerdos) y de este modo la reducción de estos costos facilita la cooperación.

En el caso de la salud en Unasur, su estatuto propone claramente trabajar en el fortalecimiento de la unidad de los países promoviendo políticas comunes, actividades coordinadas y cooperación entre los países de Unasur. Lo que sucede con la salud en Unasur también podría caracterizarse como un régimen de intereses comunes, derivado de la contingencia política, contingencia expresada en el ascenso de los gobiernos de izquierda en la región que le dieron vida a esta organización.

La cooperación en el área de la Salud se expresa a lo largo del estatuto del consejo de salud y busca en primera medida fortalecer los ministerios de salud, a través de la búsqueda de determinantes sociales críticos de la salud y así propiciar políticas y acciones tales como: seguridad alimentaria, ambiente saludable, cambio climático y otros. Busca fortalecer el trabajo en redes y las instituciones, institutos y escuelas de salud pública, entre otras (Unasur 2011).

También se plantea promover la respuesta coordinada y solidaria ante situaciones de emergencia y catástrofes, avanzar en el proceso de armonización y homologación de normas, características que bien pueden ser interpretadas como parte de un régimen regional en salud.

Por tanto y en concordancia con lo esbozado arriba, la teoría neoliberal en su vertiente institucional es la que mejor se ajusta al caso de estudio. En principio no es el poder (medido militar o económicamente), de un único Estado el que determina e impulsa los desarrollos que en materia de salud se han venido dando al interior de Unasur, como señala Haas “el poder es multidimensional no es solamente o militar o geopolítico, muchos actores estatales ven las cosas de manera diferente, dependiendo de lo que se está discutiendo” (Haas 1982, 231). Hay patrones de comportamiento de los estados que producen su toma de decisiones en la arena

internacional y estas decisiones no son meramente un reflejo de la estructura que presiona a los actores a comportarse de determinada manera.

Este marco analítico permite entender que se da un juego al papel de la política doméstica y que de algún modo (aunque no totalmente) el concepto de soberanía se va debilitando. Es claro que hay asuntos como el de la seguridad donde los estados no cederán ni un milímetro su soberanía, no así en otros asuntos de índole social. No obstante, valga aclarar que nunca será una condición sine qua non, la cesión de soberanía para la creación y consolidación de un régimen en cualquier área.

Por el lado de la cooperación también es propicia esta teoría porque la creación de la Unasur y por ende cada uno de sus consejos y ministerios, son la expresión del espíritu de cooperación que existía en aquella época en la región. La Unasur busca no solo ser la expresión de la cooperación política sino de la cooperación estatal en áreas tradicionalmente excluidas de la cooperación y el regionalismo. Keohane (1984,10), señala que la cooperación tiene muchos significados para quienes hacen la política, pero nunca es vista como un fin en sí misma.

3.2. Sobre los incentivos para crear los regímenes

También en esta área se encuentran diferentes visiones, sobre la motivación principal de los estados para cooperar y crear un régimen. No obstante, todas comparten el análisis hecho por Keohane, quien sostiene que en el Siglo XX se ha visto una expansión de la real y potencial violencia internacional y, que en la economía política mundial se han incrementado las oportunidades de crear conflictos entre naciones, a medida que la acción del Estado se ha ensanchado (Keohane 1984, 5). Pero así mismo se han incrementado los intercambios y transacciones de todo tipo y en muchas áreas, (bienes, personas, mercado, tecnología, etc). Esta situación aumenta la interdependencia y por tanto la necesidad de cooperación.

En este sentido las visiones sobre los incentivos para crear los regímenes, puede organizarse en dos grandes grupos. La primera puede asociarse con la visión realista que explica la cooperación como un resultado del balance de poder, algunos como Mitrany ven la cooperación como esencial en un mundo de interdependencia económica y que comparte intereses económicos; este es el propicio escenario para crear instituciones (Keohane 1984, 7).

Sin embargo, es cierto que cualquier operación que suceda se deriva de potenciales patrones de conflicto, por lo que sostiene Keohane (1982), que en situaciones de armonía o sin discordia no hay posibilidad de cooperación.

La otra visión sostiene que derivado de la interdependencia, se incrementa la necesidad de realizar una coordinación política, lo que debe conducir a una mayor cooperación. También señala que la cooperación bajo ciertas condiciones desarrolladas en la base de los intereses complementarios y de las instituciones, puede afectar los patrones de cooperación que emergen de las mismas y así afectar o incidir en los patrones de comportamiento de los actores que participan del régimen de cooperación (Keohane y Nye 2012). Aunque se entiende que, en condiciones de interdependencia, algo de cooperación es una condición necesaria para alcanzar óptimos niveles de bienestar, no es una condición suficiente y entonces más cooperación puede no ser mejor que menos cooperación.

No obstante, como sostiene Krasner (1982a, 500), los regímenes adquieren vida propia y una vez establecidos pueden retroalimentar incluso las variables causales básicas que le dieron origen (léase interés propio, poder político, conocimiento, entre otras). Incluso pueden alterar la distribución de poder y hacer cambios en las valoraciones de los intereses.

Keohane (1982, 348), sostiene que “las instituciones y procedimientos que se desarrollan alrededor de los regímenes internacionales, adquieren valor en cuanto a que son acuerdos que permiten la comunicación y por lo tanto facilitan el intercambio de la misma y esto es una prueba de la creciente demanda hacia ellos”.

Aggarwal (1981, 16), por su parte argumenta sobre la pervivencia de los regímenes que, si incluso el poder se fragmenta, cambiando la función de la oferta para los regímenes, estos “pueden persistir porque la función de la demanda ha sido desplazada hacia arriba por las ventajas informativas proporcionadas por los principios, las normas, las reglas y los procedimientos de toma de decisiones existentes”. Krasner (1982a) sostiene que los regímenes pueden verse como variables intervinientes que están entre las variables causales básicas (VCB) por un lado y los resultados y el comportamiento por el otro. Las VCB son: interés egoísta, poder político, normas y principios, hábitos y costumbres y, conocimiento.

Para el caso de estudio es evidente que existe entre los países de Suramérica, una interdependencia que cruza los temas económicos y de seguridad y que ha entendido que la superación de la pobreza es necesaria para que la región tenga mejor margen de maniobra en la escena internacional. También pueden ser vistos como incentivos mejorar la capacidad de acción frente a la negociación con multinacionales farmacéuticas y el impulso a la producción

regional de medicamentos. En todo caso es el interés de los países el que les ha permitido concurrir en esta área específica.

Para entender las funciones de los regímenes internacionales Keohane señala dos características importantes del contexto internacional, la primera es que la política mundial carece de autoridades gubernamentales, la segunda es que justamente por la primera razón existe una incertidumbre penetrante. Dentro de este contexto la función más importante de los regímenes internacionales es facilitar la creación de acuerdos mutuos entre gobiernos, así la condición estructural de anarquía no lidera completamente (Keohane 1982, 332).

Los actores en el mundo político están buscando reducir conflictos de interés y riesgos a través de la coordinación de su comportamiento. “Un acuerdo en un área dada puede impactar otras áreas en un sistema multicapas, es decir con acuerdos en múltiples niveles y distintas áreas. Aquí la función más importante del régimen internacional es facilitar la creación de acuerdos específicos en materias muy importantes dentro de un área cubierta por el régimen” (Keohane 1982, 334).

Finalmente, los regímenes tienen dos funciones muy importantes y que de algún modo pueden verse como una de las principales motivaciones para su creación. La primera es establecer marcos de negociación a través de la reducción de los costos de transacción y la segunda tiene que ver con la ayuda que presta en la coordinación las expectativas de los actores por medio de la mejora en la calidad y la cantidad de información disponible para los estados.

Los avances que hasta ahora ha tenido Unasur en el área de la salud dan cuenta de un proceso de coordinación de expectativas y de un arduo trabajo en el levantamiento de información real y precisa sobre el estado de la salud en la región. Esta información es de suma importancia porque con ella y con arreglo a los fines Macro -de Unasur- y micro -del CSS-, los gobiernos tomarán decisiones de política pública, que impactarán en el mundo real, es decir en las personas de Suramérica.

4. Institucionalización, organizaciones internacionales formales y los regímenes internacionales

4.1. Institucionalización

La teoría neoliberal define los regímenes internacionales con base en los patrones institucionalizados o hábitos de cooperación que se generan en determinadas áreas temáticas y también tiene en cuenta el conjunto de acciones que logran formas de cooperación o

coordinación multilateral. Los regímenes pueden o no, estar acompañados por arreglos organizacionales (Young 1982), con esto en mente es pertinente para este trabajo, analizar la dimensión institucional de los mismos, expresada principalmente en la formación de instituciones ya que su establecimiento puede incrementar la cooperación (Jervis 1999, 53-54).

Para esta investigación la institucionalización se entenderá como la incorporación de las concepciones que los países tienen sobre la salud en la región, a través de la elaboración de acuerdos para crear -en primera Instancia- el CSS, luego las RES, los GsTs y el ISAGS. Paso seguido, la implementación de estos acuerdos se entenderá a la luz del establecimiento de espacios físicos y de la asignación de una planta de personal, para que estos órganos cumplan con las responsabilidades asignadas en la búsqueda de cumplir los objetivos de Salud de la Unasur. Todos los planes, proyectos, estudios y recomendaciones que se deriven del trabajo de estos órganos serán entendidos como parte de la institucionalización que la Unasur le ha dado al tema de la Salud.

Es claro que la creación de estos organismos o “arreglos organizacionales”, es un asunto importante a la hora de analizar si se configura un régimen regional en salud a partir de los desarrollos del Consejo de Salud Sudamericano, además porque en el neoliberalismo las instituciones son una herramienta importante de los regímenes internacionales para alcanzar los objetivos de la cooperación (Jervis 1999).

Todos estos patrones o indicios de institucionalización del tema de la salud en Unasur han sido dinamizados por las organizaciones que se han creado, entiéndase por organizaciones el CSS y en un sentido más formal el Instituto de Salud Suramericano, que se convierte en la herramienta fundamental de acción del CSS; de tal suerte que la creación de estas organizaciones también hacen parte de la institucionalización del tema de la salud. Se hace necesario entonces definir qué se entiende por organizaciones internacionales.

4.2. Organizaciones internacionales formales

Una herramienta fundamental de los regímenes internacionales son las organizaciones internacionales formales (OIs), como bien señalan Abbot y Snidal (1998, 29) “mientras las OI formales han sido seriamente descuidadas en el estudio teórico de los regímenes internacionales, estas han jugado un rol fundamental no en algunas, sino en muchas, instancias de colaboración interestatal”. Las OIs, se crean entre otras, para institucionalizar las

normas, acuerdos y procedimientos que han sido creados por el régimen internacional, por lo tanto, es necesario indagar sobre la motivación de los estados para actuar a través de dichas organizaciones.

Existen atributos funcionales de las organizaciones internacionales que hacen que los estados, bajo ciertas circunstancias, las prefieran para alternar formas de institucionalización y actuar a través de ellas; estos son: la centralización e independencia. Centralización entendida como la capacidad que tienen las organizaciones internacionales de dar soporte y centralizar actividades colectivas, dada su concreta y estable estructura organizacional y su aparato administrativo. Esta capacidad “incrementa la eficiencia de dichas actividades colectivas y a la vez va reforzando la habilidad organizativa, que influye directamente en acuerdos, entorno y en los intereses de los estados” (Abbott y Snidal 1998, 4-5).

Por su parte la independencia es entendida como “la habilidad de actuar con un grado de autonomía dentro de esferas definidas, esto aumenta la capacidad para operar neutralmente en el manejo de las disputas y conflictos dentro de los estados” (Abbott y Snidal 1998, 5). Si bien es cierto que una pretendida independencia absoluta puede no darse en el mundo real, debido a la influencia de los estados más poderosos dentro de la organización y para el caso de la Unasur, es posible que este papel lo juegue Brasil, los autores reconocen que a nivel de negociaciones micro esta condición sí se cumple y, que este hecho aumenta la credibilidad en las organizaciones.

Por lo tanto y, a pesar de que la evidencia puede contrastar la aseveración de la poca independencia de las organizaciones internacionales, en esta investigación no se da por sentado que exista un Estado dominante que haya impuesto sus puntos de vista e intereses sobre el tema de la salud en Unasur. Se parte de la premisa de que todos los estados concurren a trabajar en esta área movidos por el interés de superar las asimetrías que cada uno tiene y en conjunto alcanzar ciertos mínimos sociales.

Estos dos atributos están presentes (aunque no en el mismo grado), en la institucionalidad que el tema de la salud tiene dentro de Unasur. El Consejo de Salud Suramericano ha sido creado como un órgano de consulta, consenso y cooperación en materia de salud, con miras a consolidar a “Sudamérica como un espacio de integración en salud que contribuya a la Salud para todos y al desarrollo, incorporando e integrando los esfuerzos y logros subregionales de

otros espacios como Mercosur, Organismo Andino de Salud Convenio Hipolito Unanue y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica” (Unasur 2008).

Se entiende entonces que el CSS busca coordinar acciones y crear marcos normativos que le permitan actuar a los estados conjuntamente, ha centralizado tareas que tienen que ver con el mapeo de la salud en la región y así realizar diagnósticos preliminares sobre el estado de la misma, además ha creado una institucionalidad propia para vehicular sus objetivos; es así como ha fundado el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Este instituto hace parte de los instrumentos de lo que hasta ahora vendría a constituir el régimen regional de salud.

Por el lado de la independencia es cierto que el órgano rector del CSS está compuesto por los ministros y ministras de salud de la región pero tiene un comité coordinador, que es el que organiza el funcionamiento del Consejo y en el que los ministros han depositado una gran confianza. De tal modo que la independencia está dada por las actuaciones atadas a los objetivos centrales del CSS y que a su vez representan los objetivos macro de cooperación de la Unasur.

Conclusiones

Para que pueda pensarse en la posibilidad de que exista un régimen regional de salud en Sudamérica fue necesario que hubiese un contexto favorable para otro tipo de cooperación regional, donde los actores estatales tuvieran la capacidad política y también económica para proponer una nueva organización internacional, como fue el caso de Unasur. Este contexto puede entenderse solamente bajo el paraguas del regionalismo post hegemónico y post liberal que les dio a los gobiernos regionales un nivel de autonomía que impactó incluso las concepciones tradicionales de desarrollo e integración; entendiendo esta última más allá del aspecto económico y asumiendo que un elemento fundamental del desarrollo era la superación de la pobreza.

Una de las formas de combatir la pobreza es a través del mejoramiento del área de la salud en todas sus dimensiones. Los gobiernos que concurrieron a la creación de la Unasur entendieron esto, por eso asumieron la creación del Consejo de Salud Suramericano y emprendieron una serie de desarrollos en el área. Desarrollos que han permitido la coordinación de políticas y la creación de marcos comunes de acción. Lo que se busca por un lado es la consolidación de un sistema que haga seguimiento a los avances en salud de cada uno de los países y por el otro se

van generando las condiciones para que los estados adapten sus normativas nacionales a las recomendaciones que desde el CSS y sus entidades adjuntas se realizan.

Lo anterior puede ser estudiado a la luz la teoría liberal de los regímenes internacionales, en su vertiente institucionalista, porque el caso de estudio presenta un alto grado de institucionalización que ha ido evolucionado, de tal modo que puede pensarse que en efecto en la región se ha creado un régimen regional de salud y esto es justamente lo que esta investigación pretende dilucidar.

Antes de revisar el grado de institucionalización del CSS se hace necesario indagar sobre los intereses que tuvieron los países de la región para crear dicho consejo en el marco de la Unasur. Por tanto en el siguiente capítulo se aborda este tema, teniendo en cuenta los intereses políticos y económicos de los dos países que son tomados como unidades de análisis: Brasil y Ecuador. También se toma como parte del análisis la preocupación por los temas sociales que se dio en la región por aquella época y, que podrían ser vistos como “intereses sociales” de todos los países, cuyo epicentro era la superación de las desigualdades y la pobreza, para lo cual el acceso efectivo y el goce del derecho a la salud –era y es- una herramienta fundamental.

Capítulo 2

Sobre los intereses para crear el Consejo de Salud Suramericano

Este capítulo indaga sobre los intereses que tuvieron los países de la región para crear el Consejo de Salud Suramericano (CSS) y como contribuyeron a la consolidación del tema en la Unasur. Para entender cuáles fueron dichos intereses es necesario tener presente cuales fueros las motivaciones de los líderes regionales para crear la Unasur, información que se desprende de las declaraciones oficiales de encuentros previos y del Tratado Constitutivo. Seguidamente se aborda el tema del estado de la salud en la región y su relación con la creación del CSS y, finalmente se esboza cuáles fueron los principales países que estuvieron detrás del proceso de fortalecimiento del tema de la salud dentro de Unasur.

1. La apuesta política de la Unasur

El proceso de creación de la Unasur se remonta al año 2004 en Cusco, Perú, donde se creó la Comunidad Suramericana de Naciones y que en 2007 se cambió el nombre por el de Unasur. El 23 de mayo de 2008 se aprobó el Tratado Constitutivo que entró en vigencia el 11 de marzo de 2011(Unasur 2011). La Unasur cuenta con doce consejos ministeriales y sectoriales, dentro de estos consejos se encuentra el Consejo de Salud Suramericano (CSS).

La idea de formar un espacio de cooperación regional, basado en el principio de la solidaridad fue gestada inicialmente en la ciudad de Cusco, en Bolivia en diciembre del 2004. La declaración señala el anhelo de los pueblos de construir una unidad de los países de América del Sur y un futuro común por tanto, deciden crear la Comunidad Suramericana de Naciones (Parlamento Europeo 2004). En las siguientes dos cumbres de presidentes de América del Sur, entiéndase Cochabamba (Bolivia) en el 2006 y Salvador de Bahía (2008), se ratifica la necesidad de crear ese espacio común y se definen los principios rectores de dicha unión. El primer principio que se contempla y que será mencionado constantemente en las declaraciones y tratados firmados posteriormente es el de la “solidaridad y cooperación en la búsqueda de una mayor equidad, reducción de la pobreza, disminución de las asimetrías y fortalecimiento del multilateralismo como principio rector de las relaciones internacionales” (ISAGS 2006, 2).

En términos de la teoría de los regímenes esta acción puede entenderse como una convergencia inicial que guiará las relaciones de los países al interior de la Unasur.

En la misma declaración se definen los objetivos de la CSN y, en lo que tiene que ver con el compromiso en el área social, se resalta la necesidad de superar las asimetrías para una integración equitativa que permita resolver las desigualdades entre los países de la región, se propone un “ Nuevo Contrato Social Suramericano: promoción de una integración con rostro humano articulada con la agenda productiva, que se exprese en el establecimiento de metas definidas de desarrollo social y en mecanismos sistemáticos de evaluación” (ISAGS 2006, 4). Estos compromisos en la declaración inicial, también hacen parte de las expectativas comunes con las que llegaron los países en la etapa inicial de la formación de Unasur.

Por su parte en la declaración de Salvador de Bahía, (Brasil), los mandatarios “reafirmaron la determinación de poner en marcha una vigorosa agenda social en la región, que corresponda a los compromisos asumidos en la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (...), asegurar el acceso universal y de calidad a los servicios básicos de educación, salud, saneamiento y suministro de agua potable, en especial para las personas en condición de pobreza extrema” (Rojas 2011, 176-177).

De las declaraciones presidenciales y del Tratado Constitutivo de Unasur se desprende que los países han decidido unirse porque entienden que

La integración y la unión suramericanas son necesarias para avanzar en el desarrollo sostenible y el bienestar 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. Reconocen 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 (...) y que la integración suramericana debe ser alcanzada a través de un proceso innovador, que incluya todos los logros y lo avanzado por los procesos del Mercado Común del Sur (Mercosur) y la Comunidad Andina de Naciones (CAN) (Unasur 2011).

Estas pueden ser vistas como las motivaciones políticas y los principios que dieron origen a la Unión de Naciones Suramericana. Buscar un espacio común de acción política para tratar de superar el marco de acción dado por los múltiples acuerdos bilaterales y multilaterales de los que los diferentes países de la región hacen parte, queriendo lograr una coordinación de políticas a nivel regional. El objetivo que subyace a estas motivaciones es colocar a la región en una posición mejor para negociar en diferentes escenarios internacionales, es decir que se convierta en una arena política, como sugirieran Riggirozzi y Tussie (2012, 5).

2. Estado de la salud en la región

Para el tema de la investigación es importante señalar el estado de la salud en el que se encontraba la región a la hora de la formación de la Unasur. Tema que está ligado a otros factores que se conocen como determinantes sociales de la salud; que tienen que ver con el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico y, otras condiciones culturales que se presentan en una población en particular. Por lo anterior es que la Unasur decide focalizar su trabajo inicial en tres consejos y uno de ellos es el de la Salud, los otros dos son Defensa y Energía.

Las condiciones de salud también se relacionan con el perfil demográfico y epidemiológico de los distintos países y grupos de la población. En el Plan Quinquenal del CSS se expresaba que en la región coexisten daños debidos a enfermedades transmisibles que se pueden prevenir y controlar y, sumado a las de tipo crónico-degenerativo, se generaba una doble carga de enfermedades, “las enfermedades transmisibles provocan el 10,6% de las muertes. Las neoplasias malignas causan el 17,1% de defunciones, la diabetes el 4,1%, las enfermedades isquémicas del corazón el 9,4%, las enfermedades cerebro-vasculares un 8,7% y las causas externas el 12,7%” (Unasur 2010, 7).

En cuanto a los sistemas de salud de la región se puede decir que tienen diferentes niveles de desarrollo y se distinguen básicamente por: el modo en el que se financian, grado de aseguramiento que alcanzan, su estructura legal y la participación -o no- del Estado. Estos sistemas tuvieron cambios sustanciales en su organización, financiamiento y desempeño, asunto que tiene relación directa con las reformas estatales que adoptaron los estados hacia la década de los 90. Se evidenció un aumento del gasto privado, hubo déficit del financiamiento público para la salud y se debilitó la función rectora del Ministerio de Salud, situación que desembocó en: la limitación del acceso efectivo a los servicios asistenciales y la priorización de servicios curativos sobre acciones preventivas. Por otro lado la descentralización descoordinada aumentó la fragmentación de los servicios de salud y la pérdida de solidaridad en el sistema (Unasur 2010, 8).

La preocupación por el estado de la salud en la región, se recoge en el Tratado Constitutivo de la Unasur que señala en su artículo 3 (Inciso J), que uno de los objetivos de la organización es “El acceso universal a la seguridad social y a los servicios de salud” (Unasur 2011). De igual modo los artículos 5 y 6, dan la potestad de crear consejos de nivel ministerial, grupos de trabajo y otras instancias institucionales que se requieran para implementar los objetivos. De

tal suerte que el Consejo de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno deciden crear el Consejo Suramericano de Salud, como órgano de consulta y consenso de este organismo en esta materia. También se prevé que el Consejo de Jefas y jefes de Estado y de Gobierno construyan los lineamientos políticos, planes de acción, programas y proyectos del proceso de integración suramericana y que decidan cuales de esos planes deben ser prioritariamente implementados (Unasur 2011).

La Unasur posee un sistema institucional que descansa en el Consejo de Jefas y Jefes de Gobierno, seguido del Consejo de Ministras y Ministros de Relaciones Exteriores, el Consejo de delegadas y delegados y finalmente la Secretaria General. El Consejo de Salud Suramericano fue una iniciativa del Consejo de Jefas y Jefes de Gobierno, pero su implementación es competencia del Consejo de Ministras y Ministros por cuanto ellos adoptan resoluciones para llevar a cabo las decisiones del Consejo de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno. El Consejo de Ministras y Ministros también está encargado de coordinar posiciones en temas centrales de la integración suramericana; desarrollan y promueven el diálogo político y la concertación sobre temas de interés regional e internacional.

Adicionalmente aprueban el presupuesto anual de funcionamiento de Unasur y crean Grupos de Trabajo en el marco de las prioridades fijadas por el Consejo de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno (Unasur 2011).

Por lo anterior es de relevancia para la investigación indagar sobre las posiciones de los ministros y ministras sobre el CSS y con base en ello dilucidar qué países fueron más activos y prestaron toda su disposición para que se viabilizara la iniciativa del CSS, así como su implementación. El siguiente apartado revisa el nacimiento del CSS.

3. La apuesta política del nacimiento del Consejo de Salud Suramericano

En el 2008 los lineamientos del Plan de acción 2008-2009 de Unasur, resaltan la necesidad de terminar el proceso de construcción de una política regional de salud y adopta las líneas generales de acción del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), que trabaja el tema de salud dentro del Sistema Andino de Integración -órgano de la CAN. Las áreas generales de acción son: a). Escudo epidemiológico Suramericano, b). Desarrollo de sistemas de salud universales, c). Acceso universal a medicamentos, d). Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales y e). Desarrollo y gestión de recursos humanos en salud (ORAS-CONHU 2009, <https://www.orasconhu.org/quienes-somos/objetivos-estrategicos-y-lineas-de-accion>).

La Unasur también recoge los desarrollos hechos por Mercosur y OTCA. Sobre el primero en especial la dinámica de los foros especializados en salud y las reuniones de los ministros de la salud de los países que hacen parte del organismo; así mismo la iniciativa de armonizar las políticas de salud de los miembros y la creación de Comisiones Intergubernamentales que abordan temas tales como VIH/SIDA, dengue, política de medicamentos, donación y trasplante, gestión de riesgos, entre otros (Unasur 2010, 4).

En relación con la agenda de la OTCA, se puede ver que Unasur para el tema de la salud acogió específicamente tres áreas de esta organización: 1) Desarrollo de capacidades institucionales, 2) Salud ambiental y 3) Enfermedades transmisibles, con énfasis en la malaria y la red de vigilancia epidemiológica (Unasur 2010, 5).

Lo anterior es una señal de la apuesta de Unasur por recoger los avances que en la región se han tenido en materia de salud y además trabajar con otros organismos regionales, buscando complementariedades y evitar la duplicación de esfuerzos y funciones. En razón de lo anterior y, con el ánimo de formular un plan quinquenal para la integración en salud es que dentro del plan de acción se propone profundizar la coordinación y cooperación con los organismos que trabajan la salud en la región, como: ORAS-CONHU, Subgrupo de Salud de Mercosur, OTCA, OPS y OMS y otros organismos del sistema de Naciones Unidas (Unasur 2008-2009, 3). El hecho de incorporar los avances que en materia de salud se han hecho en otros organismos a fin de seguir avanzando, se contempla en el objetivo número 21 de la Unasur que sostiene que la cooperación sectorial que se realiza a través del intercambio de información, experiencias y capacitación es un mecanismo que sirve para profundizar la integración suramericana, mediante el intercambio de información, experiencias y capacitación. (Unasur 2008,10).

De los valores fundamentales de la Unasur, se desprenden cinco que guían el accionar del CSS: Derechos Humanos, Participación, Ciudadanía Suramericana, Solidaridad, y Equidad. Sin menoscabar los otros valores, estos dos últimos están directamente relacionados con el accionar de Unasur en materia de salud. La solidaridad se entiende como un proceso colaborativo de toma de responsabilidades comunes en materia de salud regional (Unasur 2010, 14). Por su parte la equidad se relaciona con los procesos de definición de políticas de acción encaminadas a eliminar las desigualdades sociales, género, económicas, políticas, ambientales y culturales de la población, sobre todo en las poblaciones en situación de vulnerabilidad (Unasur 2010, 14).

Con relación a lo anterior la Unasur ha reconocido que la salud tiene determinantes sociales y con el ánimo de mejorar las condiciones de vida de la población que vive en pobreza extrema y, que no tiene acceso a salud se incorporan objetivos que específicamente pretenden atacar la desigualdad y buscan ampliar la solidaridad

2. El desarrollo social y humano con equidad e inclusión para erradicar la pobreza y superar las desigualdades en la Región. 3. La erradicación del analfabetismo, el acceso universal a una educación de calidad y el reconocimiento regional de estudios y títulos.10. El acceso universal a la seguridad social y a los servicios de salud (Unasur 2011).

Se tiene entonces, que es clara la necesidad no solo de crear el CSS sino de dotarlo de un cuerpo organizativo y una institucionalidad. Es así como en el mismo 2008 se crea el CSS por decisión del Consejo de Jefas y jefes de Estado y de Gobierno, en la reunión extraordinaria realizada en la ciudad de Salvador de Bahía, Brasil, el 16 de diciembre, donde también se aprobó el Estatuto y Plan de acción del Consejo de Salud.

El Estatuto del CSS define claramente los organismos de dirección y coordinación del mismo, así en el artículo 7 se señala que su máxima instancia está compuesta por los Ministros y Ministras de Salud de los países miembros, lo que sin duda le da un alto nivel al Consejo. El artículo 8 señala que su Presidencia recae en el Ministro de Salud del país que ejerza la Presidencia Pro Tempore (PPT) y está encargado de coordinar las actividades de todas las instancias y dirigir la Secretaria Técnica. También se indica que el Comité Coordinador debe estar compuesto de la siguiente manera: un representante de cada país y uno alterno y, un representante de Mercosur, ORAS-CONHU, OTCA y OPS, en calidad de observadores. En busca de continuidad la Secretaria Técnica (ST), está conformada por la PPT y los dos países de la pasada y siguiente PPT. Finalmente, los Grupos Técnicos (GsTs), que corresponden a las cinco áreas de trabajo del CSS están integrados por los países que quieran formar parte, donde un país coordina, pero se prevé una coordinación alterna.

En abril del 2009 en Santiago de Chile, bajo la PPT de Chile, el Ministro de Salud de ese país Álvaro Erazo, inaugura formalmente la reunión que dará vida al CSS a través del Acuerdo Constitutivo No. 01/09-21/04/2009. Aquí se establecen las atribuciones del Comité Coordinador, la ST y la conformación de los GsTs, así como impulsar el CSS basados en los lineamientos del plan de trabajo 2009-2010 que desarrolla las cinco áreas de trabajo. Con el ánimo de dar una vida activa al CSS, se acuerda de una vez el calendario de reuniones del CSS, Comité Coordinador y GsTs.

A esta reunión en Chile, asisten los Ministros de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Surinam. Colombia, Uruguay y Venezuela enviaron como representantes a sus Embajadores en Chile y la República Cooperativa de Guyana no estuvo presente. Para este periodo la ST estaba compartida por Chile y Ecuador, sólo dos países en vista de la reciente constitución del CSS. Por tanto, el primer y definitivo impulso de este Consejo está dado por el trabajo de estos dos países, pero particularmente de Ecuador que será el encargado de desarrollar el plan de trabajo 2009-2010 en concordancia con el tiempo de su PPT de Unasur.

Hasta aquí de se puede decir que uno de los incentivos para crear el CSS, fue la determinación de los países de concurrir en un área específica, en este caso la de salud, porque reconocen que la inequidad social, de la cual el acceso a la salud es una expresión, es uno de los talones de Aquiles para llevar a cabo un proceso de cooperación y coordinación de políticas que posicionen a la región mucho mejor en la esfera internacional. Objetivo, que como se mencionó anteriormente es uno de los fundamentos de la creación de la Unasur. Sin embargo, a la hora de la conformación del CSS, la región buscaba medidas preventivas para hacer frente a la Pandemia de la Influenza AH1N1, en tanto otros países de la región asistían a una epidemia de dengue; situaciones que también pueden ser vistas dentro de las motivaciones de los países para crear e impulsar el CSS. Dentro de la teoría de los regímenes internacionales estos incentivos y motivaciones pueden verse como principios de causación que provocaron la colaboración de los países en el área de la salud.

3.1. Debilidades en la prevención de enfermedades clásicas: un motor para crear el Consejo de Salud Suramericano

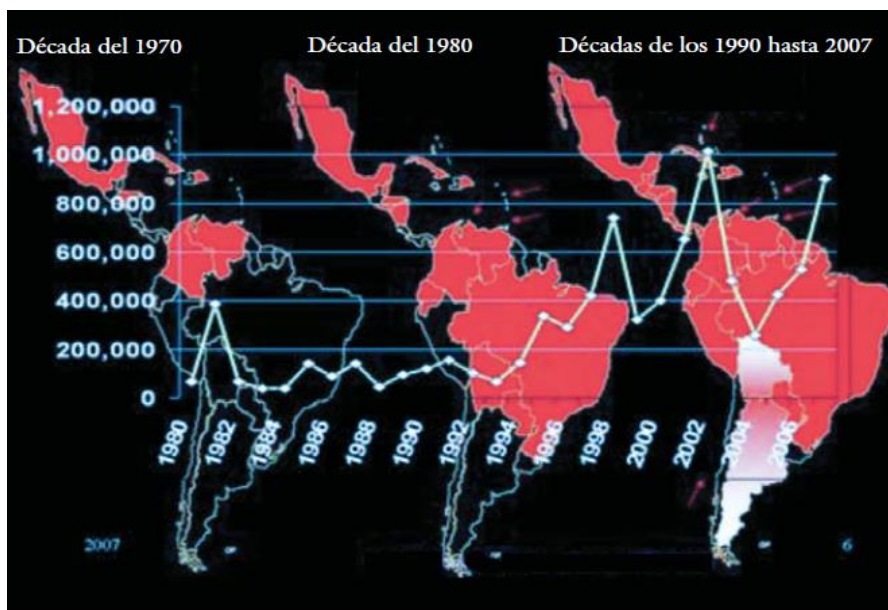
A finales del 2008 la región asiste a un brote masivo de Dengue que afecta a la mayoría de los países. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), antes de 1970, solo nueve países habían sufrido epidemias de dengue grave. Sin embargo, “ahora la enfermedad es endémica en más de 100 países de las regiones de África, las Américas (...) las regiones más gravemente afectadas son las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. En 2008, en las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental se registraron en conjunto más de 1,2 millones de casos” (OMS, “Dengue y dengue grave”, abril de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>).

Según Martínez “la prevalencia mundial del dengue se ha incrementado dramáticamente en los últimos años, alrededor de 100 países han reportado, casos de dengue y/u dengue

hemorrágico (...), por lo cual la (OMS) lo considera uno de principales problemas de salud de la humanidad, además de que produce gran afectación social y económica” (Martínez 2008, 34). Esta situación sin duda agrava la difícil situación de la región en materia de pobreza que para el 2007 alcanzó la cifra de 34,1% según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), quienes señalan también que las personas en extrema pobreza o indigencia “abarca a un 12,6% de la población. Así, el total de pobres alcanzaba los 184 millones de personas, de las cuales 68 millones eran indigentes” (CEPAL 2008, 11).

Señala también Martínez que en la región, incluida Centroamérica se produjo un incremento progresivo de casos de dengue desde 1970 hasta el 2007 y que se extendió la enfermedad a casi todos los países de la zona (Martínez 2008, 34).

Figura 2.1. Evolución de la situación del dengue y la FDH en las Américas, 1980-2007



Fuente: Martínez 2008, 34.

Lo complejo de enfermedades como el Dengue es que al igual que la tuberculosis y la malaria (entre otras), se asocian a condiciones de pobreza y pobreza extrema, falta de acceso agua potable, adecuados sistemas de saneamiento básico y falta de atención en salud. De tal suerte que si esta enfermedad ha resurgido nuevamente en la región es debido a dos condiciones: la primera, que la situación de pobreza no mejora y la segunda, que existen fallas en las políticas públicas de salud a cargo de cada uno de los Estados. A este respecto Martínez sostiene que

Existen los llamados factores macro determinantes para explicar este incremento del dengue a escala mundial: de tipo climáticos – calentamiento global – y de tipo social, como el aumento de la población mundial, la tendencia a la urbanización desordenada, los viajes internacionales y la pobreza expresada en problemas de vivienda, educación, abasto de agua, recolección de desechos sólidos y otros, así como la falta de programas nacionales e internacionales efectivos contra esta enfermedad y su vector (Martínez 2008, 35).

En un artículo sobre la emergencia de la epidemia en las Américas Gluber, sostiene que poseer el dengue como enfermedad endémica es una muestra del fracaso político de los Ministerios de Salud regionales (Gluber 2005, 222). Falta de planificación y prevención coadyuvada por una escasez de recursos y de manejo de las políticas públicas de salud, pueden ser elementos importantes a la hora de evaluar las fallas políticas de los ministerios; situación que se relaciona directamente con las reformas que tuvieron los sistemas de salud en los años 90 y sobre la cual se esbozó arriba un pequeño panorama.

Dentro de la interdependencia que existe en Suramérica, el tema de la salud no puede estar separado de las otras áreas como comercio e infraestructura, entre otras. Las enfermedades de este tipo, al igual que el terrorismo y narcotráfico viajan más allá de las fronteras nacionales y exigen por tanto una acción conjunta. Se infiere entonces que la necesidad de hacer frente a esta pandemia regional, fue otro motivo para concretar el proyecto del CSS y ponerlo a funcionar lo más pronto posible.

En la reunión de Santiago de Chile, adicional al Acuerdo Constitutivo del CSS y, teniendo en cuenta en primer lugar que dentro de los objetivos específicos del CSS se pretende tener una respuesta coordinada y solidaria en las situaciones catastróficas y en las emergencias (Unasur 2008, 2). En segundo lugar, que las zonas de fronteras son concebidas como “espacios de desarrollo, de integración y cooperación fronteriza, de cultura de paz, espacios de respeto mutuo, de sinergias, de beneficios y responsabilidades compartidas y espacios de descentralización” (ORAS-CONHU 2009, 5). Y en tercer lugar la difícil situación de Dengue que afrontaban los países de la región y que traspasaba fronteras, deciden actuar y mediante el Acuerdo No. 02/09-21/04/2009, pactan mantener un compromiso político, constante, para controlar el dengue en la región; a través de la intensificación de acciones coordinadas e integradas en materia de vigilancia epidemiológica y entomológica con énfasis en las zonas de frontera. También proponen actuar intersectorialmente, propiciando el intercambio de experiencias para controlar la enfermedad y dar presupuesto para los programas integrados de

control vectorial; todo lo anterior en articulación con diferentes niveles gubernamentales y de (ORAS-CONHU 2009, 5-6).

En esta reunión constitutiva también se construyen los lineamientos del plan de trabajo 2009-2010, cuyas áreas generales a desarrollar ya estaban aprobadas en el Plan de acción de la Unasur para el periodo 2008-2009. Dentro de las acciones a realizar inmediatamente se destacan, primero, elaborar una política pública de vigilancia epidemiológica a nivel regional y que esté en concordancia con el Reglamento Sanitario Internacional; segundo, armonizar los instrumentos y procesos de vigilancia epidemiológica y tercero, promover un programa suramericano de inmunizaciones (ORAS-CONHU 2009, 7).

De este acuerdo también se desprenden algunas acciones que pueden ser consideradas como elementos de política pública en salud, por ejemplo desarrollar iniciativas de monitores y evaluación de los sistemas de salud de los países suramericanos e intercambiar experiencias en tres sentidos: a) la ampliación de la cobertura y la calidad en la atención de salud pública b) la estrategia de Atención Primaria Integral y c) sobre los sistemas de salud de los países y sus procesos de reforma, incluyendo el financiamiento y el fortalecimiento de rol rector de los Ministerios de Salud. De igual modo se propone encontrar mecanismos para afrontar el problema del acceso a medicamentos esenciales y de alto costo, cuya primera propuesta puede ser la elaboración de una propuesta de política suramericana de acceso universal a medicamentos. Este marco de acción pretende visibilizar las inequidades en salud en la región y promover su disminución, en primera instancia mejorando la distribución de recursos humanos en salud (ORAS-CONHU 2009, 7-9).

El 10 de agosto del 2009, Ecuador asume la PPT de Unasur y por consiguiente asume la ST del CSS en cabeza de la Ministra de Salud Caroline Chang Campos y también asume el compromiso de desarrollar lo aprobado en los lineamientos del plan de trabajo 2009-2010. No obstante, y debido -ahora- a la pandemia Influenza AH1N1, el CSS decide reunirse el 8 de agosto en Quito (Ecuador). En esta reunión se ratifica la necesidad de colocar a la salud pública por encima de los intereses económicos y comerciales, por tanto, se hace indispensable fortalecer el trabajo solidario y conjunto de los países para atender la pandemia y los otros desafíos de salud que existen en la región (OPS 2009).

En esta reunión por primera vez el CCS hace un llamado a la comunidad internacional e indirectamente cuestiona el tema del acceso desigual a medicamentos por cuenta de los

derechos de propiedad intelectual, mejor conocidos como patentes y proponen que los medicamentos, insumos y equipos para atender enfermedades de importancia en salud pública, sean considerados bienes globales y le solicitan a la OMS que intermedie ante los países desarrollados para que todos los países del mundo puedan acceder equitativa y oportunamente a la vacuna para el virus AH1N1. Con relación a esto último el CSS decidió “respaldar al Fondo Rotatorio de la OPS como mecanismo estratégico de negociación conjunta y priorización de la adquisición a productores de la región, garantizando acceso oportuno y equitativo a la población vulnerable y evitando que intereses comerciales se aprovechen del pánico de la pandemia” (OPS 2009, 3).

En el mismo año 2009 se acoge la propuesta de crear el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), se aprueba la estrategia regional contra el Dengue, así como la obtención de la vacuna para el virus AH1N1, se constituye la Red de Oficinas de Relaciones y Cooperación Internacional de Suramérica y se formula el Plan Quinquenal de Unasur-Salud 2010-2015.

De lo anterior se desprende que la epidemia de Dengue y la pandemia AH1N1 en la región, puso en alerta a los países sobre su debilidad institucional y la necesidad de cooperar en esta área de cara a mejorar el estado de salud regional, mejorar las condiciones de vida de las personas y así cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que de manera directa inciden en el posicionamiento de la región a nivel mundial.

4. El papel de los países en la creación del Consejo de Salud Suramericano

En general puede decirse que todos los países han participado de la creación y puesta en marcha del CSS, como señala Mariano Nascone “todos los países han decidido aceptar lo que se ha propuesto en el CSS de manera libre y consensuada” (Mariano Nascone, Director de Asuntos Sociales de la Unasur, entrevista con la autora, marzo de 2017), incluso independientemente de la orientación política gubernamental en el momento de la firma de la decisión de los Jefes y Jefes de Estado y de Gobierno reunidos el 16 de diciembre en Salvador de Bahía (Brasil) y, que le da vida al CSS. Entre otras cosas porque las iniciativas que cubren las cinco áreas de trabajo son de interés común para todos los países de la región, porque como bien señala la Margarita Guevara “los virus no conocen fronteras y para remediar esta situación y darle una mejor salud a los ciudadanos de la región es necesario actuar en conjunto” (Margarita Guevara, Ex Ministra de Salud de Ecuador, entrevista con la autora, marzo de 2017).

Sin embargo, no todos los países han tenido igual participación e igual interés en darle prioridad a los temas que aborda la agenda de salud. Cuando los gobiernos consideran algún tema como prioritario deciden enviar a todas las reuniones a personas de alto nivel, en este caso los Ministros de Salud. Aunque es un compromiso de los países de la Unasur que en el CSS participen sus ministros, algunos países delegan tal responsabilidad en los embajadores en el país que ejerce la PPT.

Una forma de rastrear la activa o pasiva acción de los países al interior del CSS, está dada por el personal que es delegado para las reuniones, las propuestas que realizan, cuantas, y cuáles de esas propuestas se aprueban y el informe final sobre su gestión durante el periodo que presidió la ST, en el caso que les haya tocado.

Desde el momento de su constitución hasta abril del 2017, el CSS ha tenido nueve Secretarías Técnicas, en concordancia con las ocho Presidencias Pro Tempore que ha tenido la Unasur, a saber y en orden cronológico: Chile, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela y Argentina; esta última asumió el 21 de abril del año en curso la secretaría General de Unasur. Los países analizados en este apartado serán dos: Ecuador y Brasil. El primero en consideración a que construyó en Quito la sede para que funcione la Unasur, lo que sin duda constituye un compromiso con la organización y por ende con todos sus consejos. Por su parte, Brasil acoge en la ciudad de Río de Janeiro la sede del ISAGS, que es uno de los principales órganos del CSS y, que ha dinamizado varias propuestas y proyectos del Plan Quinquenal 2010-2015. Los dos países pueden verse como abanderados del tema de la salud al interior de la organización.

4.1. Sustento político y social que influyó en las decisiones de los países para impulsar el tema de la salud en Unasur

Paralelo al cambio en el discurso de la integración, ahora entendida mejor como regionalismo y al cambio político-ideológico que acompañó a la región desde el Siglo XXI, en el campo de la medicina también se asiste a un cambio de paradigma sobre cómo entender la salud y que se distancia de la concepción desarrollista de salud pública.

Se comienza a gestar un movimiento autodenominado de Medicina Social y Salud Colectiva (MS&SC), latinoamericano que aparece en los años setenta y empieza a cuestionar este modelo teórico-metodológico de concebir la salud solamente como un tema de ausencia de enfermedad y se comienza a plantear una concepción más holística que incluye otras áreas de

la vida humana y que serán conocida más adelante como determinantes sociales de la salud, sin los cuales no existe salud plena para una persona. Breilh et al, señalan que este movimiento

Se desarrolla por la formación de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores, de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina. Se da entonces el desarrollo de numerosos centros de investigación y docencia y la aparición de revistas destinadas a publicar artículos de los autores más relevantes del campo. (...) los grupos ligados a la medicina social desarrollaron sus cuestionamientos en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de esa década (Breilh et al 2002, 129).

De alguna manera el resultado del crecimiento del Movimiento MS&SC, permitió que en países como Colombia, Brasil, Cuba y Venezuela los cursos de formación básica y superior en medicina se hayan realizado principalmente desde universidades públicas, hecho que sin duda propicio la extensión considerable de la formación en medicina social y la inserción de estos profesionales en diferentes niveles del sistema sanitario (Breilh et al 2002, 130). Este crecimiento también permitió la cooperación y vinculación de diferentes personas estudiosas del tema en Sudamérica y facilitó el intercambio de experiencias, con miras, entre otros, a unificar las ideas en torno a la medicina social y hacer un diagnóstico del estado de la salud en la región.

El movimiento MS&SC ha cuestionado el modelo de desarrollo tradicional en esta parte del mundo y se han enfocado en los efectos de las políticas internacionales, tradicionalmente los trabajos que el movimiento ha desarrollado han analizado el impacto del imperialismo económico, la extracción de materia prima y la explotación de la mano de obra barata. En estudios más recientes se han ocupado de las políticas macroeconómicas y el poder político que tienen las corporaciones multinacionales y las agencias multilaterales de crédito (Breilh et al 2002, 132). Es importante señalar que estos estudios han evidenciado el poder que detentan las empresas farmacéuticas que imponen altos precios a las medicinas para tratar enfermedades como el Sida, Paludismo y Tuberculosis, estas últimas muy extendidas en la región especialmente por situaciones de pobreza. Este tema del acceso a los medicamentos será fundamental en la discusión del tema de la Salud, tanto al interior de la Unasur como en otros foros mundiales.

Como se señaló anteriormente, esta nueva concepción de la salud tiene incluidos los debates sobre los determinantes sociales de la salud. La mayoría de los miembros de este movimiento aparte de ser profesionales de la salud, hacen parte de movimientos sociales del ámbito nacional e internacional y esa vinculación ha permitido incidir en la concepción global de la salud. En algunos casos también incidieron en la formulación de políticas públicas en salud en los países donde los gobiernos de izquierda han triunfado a nivel estatal o regional. Esto es corroborado por Mario Hernández, miembro del movimiento de MS&SC y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) que es una organización que trabaja este tema a nivel regional. Él sostiene que miembros del MS&SC participaron en los movimientos sociales y políticos que llegaron a ser gobierno durante el periodo 2002-2015. Así pasó en Brasil con el PT, en Venezuela con el Movimiento Bolivariana, en Ciudad de México con el PRD y en Bogotá DC con el PDA en Bogotá DC. También participaron en los grupos de apoyo que llevaron al poder a Rafael Correa en Ecuador, Fernando Lugo en Paraguay, Evo Morales en Bolivia, Mauricio Funes en El Salvador y Néstor Kirchner en Argentina (Alames Paraguay, abril de 2017, <https://alamespy.wordpress.com/121-2/>).

En Ecuador y Brasil este movimiento ha venido creciendo, sin embargo Brasil -desde la época de la democratización- se caracteriza por abordar el tema de la salud de una manera más holística y prestar especial atención al tema de la cobertura universal y el acceso a medicamentos por parte de la población. El país carioca cuenta con la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), que desde 1900 viene trabajando el tema de la salud y formando profesionales en salud, como el Ex Ministro de Salud José Gomes Temporao quien estuvo presente en la creación de la CSS y fue el primer Director Ejecutivo del ISAGS. Esta fundación es reconocida como pionera a nivel regional en los temas del estudio, diagnóstico de temas de la salud, en especial los que tiene que ver con el acceso a medicamentos.

Con respecto a Brasil Breilh et al, señalan que “la producción científica brasileña es en la actualidad una de las más importantes e innovadoras de América Latina. En Brasil, el esfuerzo de difusión a través de revistas científicas y libros es muy importante y se realiza desde ámbitos universitarios y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales” (Breihl et al 2002, 130).

Por su parte Ecuador también ha abrazado desde temprano las ideas de un cambio de paradigma de la salud. Así, se relata que Juan Cesar García (médico argentino y uno de los referentes del movimiento de medicina social latinoamericano), se encontró con el médico

ecuatoriano Miguel Márquez que era asesor de la Federación de Estudiantes de Medicina en Cuenca e intercambiaron puntos de vista sobre la enseñanza y manejo de la salud en la región. García cuestiono las bases teóricas y metodológicas de la enseñanza de la salud en América Latina y realizó un extensa investigación durante los años 1964 y 1968 auspiciada por la OPS.

Producto de ese encuentro y posterior amistad, el Ecuador sirvió como primer escenario de debate del tema de la salud en la región y de la necesidad de cambiar de paradigma para la enseñanza de la medicina. Así en 1972 García publicó un libro sobre la educación médica en América Latina y reunió a varios de esos colegas en Cuenca, donde por primera vez un pequeño grupo toma una posición crítica frente al marco teórico funcionalista, que guiaba el análisis sociológico de la salud. García valoró este encuentro significativamente porque buscaba definir de una manera más clara el campo de las ciencias sociales en la salud (Galeano, Trotta y Spinelli 2011, 296-297).

Como herederos de esta tradición, existe un Movimiento por la Salud del Ecuador, que aglutina a diferentes profesionales de la salud y que actúa en concordancia con el Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos; de tal suerte que en el año 2005 la ciudad de Cuenca – Ecuador-, fue la encargada de recibir la Segunda Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. También producto de la movilización social que tuvo el país durante el fin de la década de los noventa y en el año 2005 y, gracias a la vinculación del movimiento de salud al movimiento social, se logró incorporar una visión más holística de la salud en la Constitución adoptada en el 2008 que reconoce los determinantes sociales de la misma y la necesidad de hacerles frente.

El modelo de Salud que plantea el Ecuador en la Constitución del 2008 se garantizan los derechos del buen vivir reconociendo el derecho a un ambiente sano, ecológicamente equilibrado que garantice la sostenibilidad

Un hábitat seguro y saludable y una vivienda adecuada y digna. La salud es un derecho que garantiza el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, al alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, y otros que sustenten el buen vivir¹.

¹ Constitución de la República del Ecuador. Octubre de 2008. Gaceta Oficial de Ecuador.

En razón a la trayectoria y estudio del tema de la Salud en Ecuador y Brasil y, al trabajo conjunto del movimiento político y social y, del Movimiento de MS&SC, se puede sostener que estos dos países han abrazado el concepto de la medicina social e intentan reemplazar el modelo de salud pública instalado en sus países durante la época neoliberal. Esto es más evidente con la asunción de los gobiernos de Rafael Correa y Luiz Inácio Lula Da Silva, quienes tuvieron un papel protagónico en la creación de la Unasur y del CSS. Es importante señalar que estos dos países han tratado de influenciar a los demás para cambiar el concepto y la forma tradicional de atender el tema de la Salud en la región; asunto que se puede evidenciar en los valores que orientan el CSS y en las áreas de trabajo que este asumió.

4.2. Actuaciones políticas de Ecuador y Brasil al interior de Unasur

En consecuencia con la orientación ideológico-política que los dos países le dan a la salud y que se explica en el apartado anterior, ahora se señalarán las actuaciones de los mismos al interior del CSS.

Ecuador

Los documentos oficiales del CSS tales como Actas, Acuerdos, Resoluciones y Declaraciones desde el momento de su constitución, dan cuenta de que en el periodo en el que Ecuador tuvo la ST se lograron importantes avances con relación a las tareas pendientes de la ST ejercida por Chile que fue la primera y fungió durante el periodo del 23 de mayo de 2008 al 10 de agosto del 2009.

El 10 agosto del 2009, Ecuador asumió la Presidencia Pro Tempore de UNASUR y la de sus Consejos creados hasta la fecha. En consecuencia el Ministerio de Salud Pública del Ecuador asumió la Presidencia Pro-tempore del Consejo de Salud Suramericano. Impulsados por la preocupación sobre la pandemia de la Influenza AH1N1, Ecuador hace una reunión extraordinaria de Ministros de Salud el 7 de agosto para discutir sobre una respuesta a esta problemática y se adoptó la declaración Bicentenario que contemplaba como bienes públicos globales los medicamentos, vacunas, insumos y equipos que se necesitaban para atender enfermedades importantes en materia de salud pública y la pandemia de influenza. También señalaban la necesidad de concretar un plan estratégico para la innovación, desarrollo y producción regional de medicamentos y garantice su acceso a la población (OPS 2009, 2-3).

Uno de los motivos para impulsar el tema de la atención de la gripe AH1N1, tuvo que ver con la grave crisis regional y nacional en salud, que vivían los países y la dificultad de acceder a

los medicamentos. No es un secreto que las vacunas y medicamentos para enfermedades graves son producidas por multinacionales farmacéuticas, lo que las hace bastantes costosas. Ecuador entiende la necesidad de negociar en bloque el acceso a medicamentos porque evidentemente le ahorra costos en la atención en salud para los enfermos y, permite ir en consonancia con el objetivo de universalización y atención total en salud. Tal universalización está implícita en la denominación de la salud como derecho fundamental (y no como un bien o un servicio), así como se hizo en la Constitución del 2008.

Breilh sostiene que el tema de acceso a medicamentos en tanto importación y compra directa o producción nacional, es un debate que en el Ecuador se viene trabajando de tiempo atrás. Señala que en el país desde años anteriores se ha planteado la necesidad de establecer una política de soberanía en salud así como la integración de la producción pública de medicamentos e insumos que atiendan las necesidades de los gobiernos en sus servicios públicos. Adicionalmente, sostiene que estas alternativas “unidas a la apertura del Banco del Sur y a una política de manejo soberano, solidario de los fondos de compras públicas puede crear una sólida plataforma para la construcción de salud colectiva, vigencia de la equidad y ampliación de los derechos (Breilh 2015, 9). En esta misma dirección en la Declaración Bicentenario también se definió “respaldar al Fondo Rotatorio de la OPS como el mecanismo estratégico de negociación regional e instar a priorizar la adquisición a productores regionales” (OPS 2009, 3).

Durante la Presidencia Pro Tempore de Ecuador se aprobó el Plan Quinquenal 2010-2015 del CSS, se elaboró la estrategia contra el Dengue, se constituyeron los Grupos Técnicos de Desarrollo de Recursos Humanos, de Sistemas de Salud, de Acceso Universal a Medicamentos, se aprobó la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), creación del programa de becas Unasur-Salud como estrategia para desarrollar los Recursos Humanos en salud. Se promovió la conformación de Redes Estructurantes de intercambio institucional que desarrollan la formación del personal para los sistemas de salud, se constituyó la Red de oficinas de Relaciones Internacionales y Cooperación Internacional de Sudamérica, con el ánimo de coordinar las estrategias de cooperación que tienen los países con las diferentes agencias internacionales en el ámbito de la Salud. Se diseñó la estrategia para comprar vacunas para la gripe AH1N1 a través del fondo rotatorio de la OPS (ISAGS 2011).

Frente al tema de la adquisición de vacunas en particular para la pandemia de la influenza, pero a modo general el tema de acceso a medicamentos, el Ecuador impulso durante su ST del CSS, promover el desarrollo de políticas integradas que aseguren el acceso a medicamentos esenciales y teniendo como objetivo buscar alternativas para desarrollar el complejo productivo en salud de la región. En la reunión del CSS realizada el 30 de abril del 2010 se resolvió crear una estrategia global sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual. Sobre este tema Brasil y Ecuador tienen interés en usar todas las salvaguardas que se acordaron en la Ronda Uruguay en relación al Acuerdo ADPIC² y revisados posteriormente en la Ronda de Doha (Qatar), para levantar patentes y poder fabricar ciertos medicamentos genéricos, dependiendo obviamente de la capacidad instalada de cada país.

Se encuentra entonces que el tema de la producción de medicamentos esenciales es un importante motor que impulsa a los países de la región y en particular Brasil y Ecuador a poner énfasis en el tema de la Salud en la Unasur. Aunque ese último no tiene la misma capacidad instalada que Brasil, si tiene un interés particular en proteger la biodiversidad que sin duda es un recurso estratégico de desarrollo. Vale anotar que este tema también ha sido abordado en la OMC y una forma de proteger los recursos genéticos y biológicos es actuar en bloque, está también puede ser otra motivación que hace parte de la estrategia ecuatoriana para impulsar una visión integral de la salud en el seno del CSS.

Por tanto los dos países refuerzan la idea de que la propiedad intelectual no puede ser un obstáculo para que el Estado diseñe e implemente una estrategia completa de atención en salud, así la Declaración Bicentenario señaló que los derechos de propiedad intelectual no deben impedir que los Estados adopten medidas que protejan la Salud Pública y reafirman lo contemplado en el Acuerdo sobre los ADPIC, en el marco de la Declaración Ministerial de Doha, en especial lo que tiene que ver con hacer uso de las flexibilidades previstas, en caso de ser necesario (OPS 2009, 2).

El procedimiento por el cual se toman las decisiones al interior de la Unasur y de sus organismos, es el consenso y, ciertamente ha existido consenso en asuntos fundamentales de la salud como lo es la adquisición de medicamentos. Así en la declaración Bicentenario este importante consenso se expresa claramente en la decisión de resolver el tema de adquirir

² Es el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, este tema se negoció en la Ronda Uruguay (1986-1994).

medicamentos a través de la OPS y la propuesta inicial de generar independencia regional en la producción de los mismos. Este procedimiento puede ser entendido como un elemento de un posible régimen regional de salud.

La Unasur tiene un fondo común que financia proyectos. Tres de los cuatro que hay son sobre temas de salud y el más importante es quizás el del Mapeo de la capacidad instalada para la producción de medicamentos que, lo está desarrollando el ISGAS “con el fin de hacer un mapeo y ver las complementariedades regionales en el tema de producción de medicamentos” (Mariano Nascone, Director de Asuntos Sociales de la Unasur, entrevista con la autora, marzo de 2017); de tal suerte que el tema de Acceso a Medicamentos se ha vuelto uno de los temas bandera al interior del CSS.

Brasil

Por su parte Brasil, aunque no ha ejercido la Presidencia Pro Tempore de la Unasur también ha tenido un papel muy activo en el impulso del tema de la salud en Unasur, muestra de ello es la adopción de la sede del ISAGS en la ciudad de Rio de Janeiro, la participación de los Ministros de Salud en todas las reuniones; iniciando con José Gómes Temporao quien será el primer director ejecutivo del ISAGS y la puesta a disposición de la experiencia de la Fundación Fiocruz para el asesoramiento en los temas de la salud, en especial los que tienen que ver con la Producción e Innovación en Salud.

Es claro que la motivación de Brasil parte inicialmente de la concepción social de la medicina y su relación con el movimiento social y político de Brasil. Sin embargo hay un tema relevante y que no puede dejarse de lado y es la capacidad que tiene Brasil -como país emergente- de producir medicamentos de alto costo, que en un contexto fuera de lo acordado en la OMC con relación a los ADPIC, podría ser de competencia mundial; incluso quitándole mercado a consolidadas multinacionales farmacéuticas.

La creación de la Unasur se ha visto como un triunfo de la diplomacia brasileña en la búsqueda de convertirse en un líder regional, que dispute un puesto permanente en el Consejo de Seguridad (CdS) de la ONU. Según Katz, esta estrategia se venía implementando desde el Mercosur y con la creación de la CSN, lo que se pretendía era manejar todas las cartas de la diplomacia regional. Adicionalmente Brasil tenía que demostrar control efectivo sobre algún territorio, si quería conseguir el puesto en el CdS; por esto es que so pretexto de la

“responsabilidad regional”, el país carioca lideró la ocupación de Haití con la intención de mostrar capacidad política y militar y protagonismo regional (Katz 2008, 56).

Por su parte Battaglia sostiene que la Unasur fue una apuesta política de Brasil especialmente bajo el gobierno de Lula, para incrementar su presencia en la región y que una vez firmado el Tratado de Constitución en 2008, Brasil impulsó la creación del Consejo de Infraestructura y Planeamiento (COSIPLAN) y asumió el rol de guiar los planes de obras que la Integración de la Infraestructura Regional Suramericana (IIRSA) tenía propuestos a comienzos de este siglo. Su presencia en el Cono Sur se vería aumentada al tratar de superar las diferencias al interior del Mercosur y con su liderazgo del proyecto Unasur cumplía dos propósitos: superar la visión comercial de la integración (propuesta por Cardoso) y dar sentido político a la integración sudamericana (Battaglia 2011, 127-140).

Por otro lado en sus actuaciones como mediador entre los países de la periferia y las presiones de los países desarrollados en las reuniones de la OMC, también demuestra su capacidad de líder regional y de paso protege sus intereses, como quedó demostrado en la ronda Uruguay de la OMC, donde sin duda los países en vías de desarrollo quedaron con mejores opciones para producir medicamentos de alto costo a través del retiro de patentes a la grandes multinacionales farmacéuticas.

Es claro el interés de ser un líder regional lo que motiva a Brasil en su apoyo decidido a la Unasur, pero en el caso particular de la salud la motivación de este país también tiene que ver con su capacidad industrial de producción de medicamentos, donde la participación de firmas nacionales ha venido creciendo. Por ejemplo en el 2014, según los datos de Global Data, la industria farmacéutica en Brasil alcanzó los \$29,4 millones de dólares, que es un récord de valor de mercado y se espera que en el 2020 las ventas aumenten a aproximadamente el 47,9 \$ millones de euros/año; así Brasil se posiciona en el mundo como el sexto mayor mercado de venta de medicamentos, no obstante algunos prevén que para finales del 2017 podría ocupar el cuarto puesto (Outras Palavras. Carta Capital, 22 de agosto de 2016, <https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/o-lobby-e-a-industria-farmaceutica-no-brasil>).

Desde el periodo de democratización (1985), la industria farmacéutica ha recibido apoyo del Estado lo que le ha permitido hoy por hoy estar en un nivel de consolidación alto, incluso a nivel de investigación y desarrollo, aunque no al nivel de los países desarrollados. Brasil en

materia de investigación y desarrollo pasó de una condición casi nula a una de expansión de ciertas actividades, en conjunto con la ampliación del mercado farmacéutico, sobre una fuerte base técnico-científica. Pese a esta buena condición Brasil está muy lejos de tener capacidad para descubrir nuevas drogas (Bitácora Farmacéutica 2004).

El expresidente Lula fundó el Instituto Lula que tiene su foco de acción en la integración con América Latina y África, enarbolando los principios de la cooperación Sur-Sur. Se lee en su sitio web que su trabajo busca profundizar la integración latinoamericana para que no sea asimétrica y que no se limite solo al área comercial, de tal suerte que convierta a la región, junto con el Caribe, en un polo de poder que este en concordancia con la geopolítica mundial. En este marco el instituto propende por replicar en todos los países de la región, políticas inclusivas que mejoren la calidad de vida de las personas, superen el hambre y la pobreza extrema y que brinden a los ciudadanos acceso real a la educación y a la salud; de la mano de la efectiva participación en los asuntos públicos (Instituto Lula. “Iniciativa América Latina”. Enero de 2017, <http://www.institutolula.org/es/america-latina/iniciativa>).

Con lo anterior de presente, puede deducirse que el tema de acceso a medicamentos en efecto es un tema de especial interés para Brasil por cuanto su industria farmacéutica puede vender los medicamentos de mayor costo y que otros países no producen, a los miembros de la Unasur. Esta premisa fue corroborada por la Ex ministra de Salud de Ecuador Margarita Guevara cuando sostiene que “Brasil tiene la capacidad para fabricar medicamentos de alto costo que nosotros los países pequeños no podemos producir, por tanto es un consenso que en un futuro no muy lejano le compremos a Brasil en vez de a las multinacionales norteamericanas” (Margarita Guevara, Ex Ministra de Salud de Ecuador, entrevista con la autora, marzo de 2017). De darse lo anterior, “la diferencia entre la venta y compra de medicamentos a Brasil radica en que esta se haría con un criterio de solidaridad que permitiría rebajar los costos” (Mariano Nascone, Director de Asuntos Sociales de la Unasur, entrevista con la autora, marzo de 2017).

Este asunto de los medicamentos es especialmente importante porque la OMC reiteradamente está instando a Brasil, China e India para que endurezcan sus políticas de propiedad industrial y estén al nivel de los países desarrollados, lo que constituye un problema para los países que no tienen las mismas capacidades de producción. Por ejemplo, países con baja negociación como Costa Rica, Panamá, El Salvador, Colombia, Perú, Ecuador, entre otros, terminan firmando contratos de adhesión que los obligan a flexibilizar o liberalizar la protección de

acceso al material biológico y al conocimiento tradicional. En la práctica esto es la renuncia a la soberanía sobre el control de sus recursos, en especial el de la biodiversidad, que es considerado como estratégico para el desarrollo de estos países (Gómez, López y Araujo de la Mata 2008, 26).

Lo descrito en este apartado permite inferir que resulta beneficioso para ambos países impulsar el tema de acceso a medicamentos al interior del CSS y en general posicionar a la Unasur como un espacio de concertación y negociación regional de los países frente a otros organismos mundiales y en particular frente a las farmacéuticas, esto se ve plasmado en los proyectos de compras regionales y banco de precios de medicamentos.

Conclusiones

Es claro que tanto Brasil como Ecuador han acudido a impulsar el tema de la salud en el CSS debido a sus preferencias individuales, pero que comparten esas preferencias con más países de la región dando la condición necesaria para la formación de un régimen según la teoría neoliberal de las preferencias.

De igual manera pueden constituirse regímenes de intereses comunes a partir de políticas de contingencia y esto fue precisamente lo que pasó con las pandemias de cólera, dengue y AH1N1 en la región. Situación que obligó a los gobiernos a tomar medidas inmediatas, teniendo en cuenta la afectación social y económica de estas enfermedades sobre las personas y, a pensar en mecanismos de vigilancia y prevención para futuras situaciones de este tipo. Esta situación hizo que el CSS tomara un impulso más fuerte que otros consejos.

No obstante, también es posible entender la creación del CSS desde los postulados de los regímenes de aversiones comunes, porque es claro que los países no querían seguir teniendo los mismos resultados en materia de salud y el hecho de trabajar con otros países por volver más eficientes los sistemas de salud, por lo menos en el área de la prevención, se volvió un tema atractivo desde los intereses individuales de los países.

Hubo una apuesta política de todos los países de la región, aunque Brasil tuvo un rol protagónico, para formar espacios de cooperación e integración regional basados en los principios de solidaridad y equidad que posicionaron una agenda social. Es decir, los gobiernos le apostaron a un espacio regionalista de nuevo tipo, que se apartara de las orientaciones centrales de los procesos anteriores y que le permitiera a la región cumplir con los ODM y mejorar la calidad de vida de las poblaciones en situación de pobreza.

La teoría neoliberal de los regímenes internacionales señala que los Estados pueden cooperar cuando se da una mejora de los costos de transacción. En este caso de lograrse el compromiso de todos los países de firmar y respetar un acuerdo para la compra regional de medicamentos, bajarán los costos de negociación directa de cada uno de los países con las multinacionales farmacéuticas y de igual forma se ahorrarán varios miles de dólares en las inversiones individuales de sus sistemas de salud.

Brasil y Ecuador, este último en menor medida, desde tiempo atrás han tenido un movimiento social que ha pensado la salud desde el punto de vista de los determinante sociales y que ha impactado en la ideología de estos gobiernos; de tal suerte que decididamente han impulsado la creación del CSS buscando extender esta visión al resto de países. Lo anterior se deduce de los términos en que esta redactados los documentos que rigen dicho consejo así como su plan quinquenal.

También hay un interés económico detrás de la creación del CSS. Desde el inicio de su trabajo el MS&SC evidenció la necesidad de buscar alternativas frente a los altos precios de los medicamentos que imponen las multinacionales a los países de la región. Esta necesidad se acogió al interior del CSS y de plano se acepta que Brasil puede ser el proveedor de tales medicamentos -a un menor precio-, incluso los de alto costo que ya produce. Por su parte Ecuador podría disfrutar de los beneficios de adquirir medicinas a un costo menor y en un eventual esquema de complementariedad regional podría proporcionar recursos de investigación con base en recurso biodiverso, que sería mejor protegido si hay un bloque regional.

Finalmente en este apartado se evidencia que aunque los países tienen intereses particulares para la creación del CSS, lo cierto es que fue en un ambiente posthegemónico en la iniciativa regional donde la expresión del movimiento social de la salud y de otros sectores políticos, tuvo mayor eco, logrando plasmar una concepción diferente de la Salud dentro de la Unasur. En tal sentido Nascone sostiene que “la integración no es solo generar políticas, también está el tema de los posicionamientos políticos y de generar espacios de encuentro para que se de cooperación triangular y bilateral, donde los países puedan compartir su experiencias” (Mariano Nascone, Director de Asuntos Sociales de la Unasur, entrevista con la autora, marzo de 2017).

De tal suerte que se van configurando espacios regionales de contestación frente a determinados temas, o en palabras de Riggiozzi y Tussie (2012), espacios de contestación contra hegemónicos.

Capítulo 3

Institucionalización del Consejo de Salud Suramericano y sus órganos subsidiarios

Este capítulo aborda el tema de la institucionalización del Consejo de Salud Suramericano (CSS), el nacimiento y trayectoria del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), así como de las Redes Estructurantes (RES) y los Grupos Técnicos (GsTs) que hacen parte de la estructura del CSS. Es importante revisar el tema de la institucionalización porque es un elemento que está presente en la formación y consolidación de regímenes internacionales.

Se revisarán las propuestas y proyectos que han tenido cada uno de estos órganos y si están en concordancia con los objetivos del CSS. Si bien es cierto que muchos proyectos dependen de la implementación final por parte de los gobiernos, no obstante lo que se ha desarrollado es interesante por cuanto evidencia el nivel de compromiso que tienen los gobiernos con el tema de la salud y la posibilidad de llevar a cabo acciones a nivel regional.

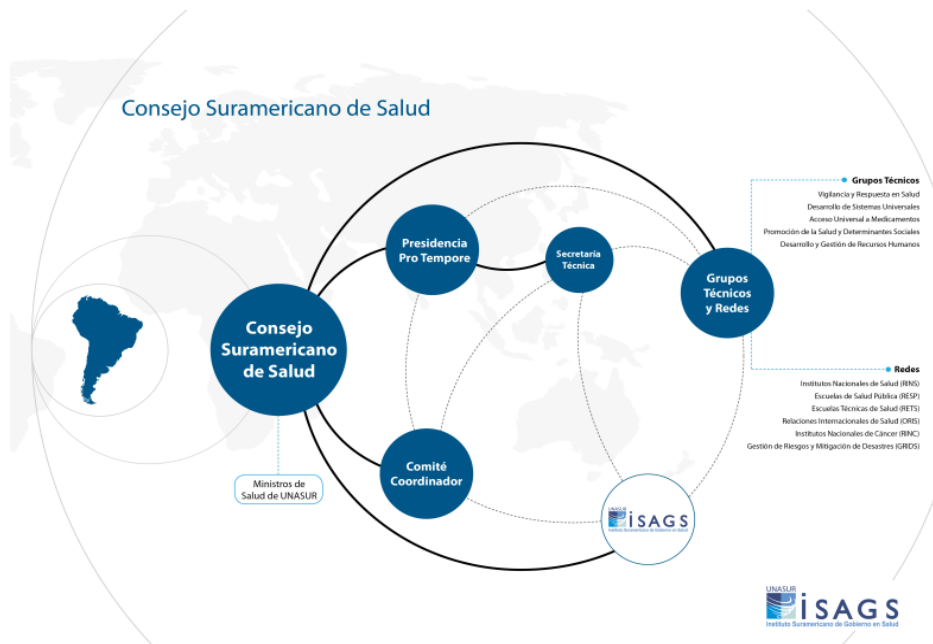
En las páginas siguientes se pretende responder a la pregunta secundaria de esta investigación: ¿De qué manera la institucionalización del CSS y sus órganos subsidiarios el ISAGS, los Grupos Técnicos y las Redes Estructurantes, han logrado -o no-, la creación de un régimen regional en salud? Como bien señalan Abbott y Snidal “los estados son los actores principales de la política mundial y usan las organizaciones internacionales para crear ordenes sociales con el fin de compartir los objetivos que persiguen, producir bienes colectivos, entre otros” (Abbott y Snidal 1998, 6). Ciertamente el CSS no es una organización internacional en sí misma, pero hace parte de la organización internacional que es la Unasur y además el ISAGS recientemente obtuvo el estatus de organismo internacional por parte del gobierno brasileño. En esta investigación se asume el CSS como una organización internacional subsidiaria de la Unasur y que ha creado extensiones/organismos que le permiten actuar a nivel internacional en la búsqueda de alcanzar los objetivos que se propuso.

1. Institucionalización del Consejo de Salud Suramericano

Como se vio en el capítulo anterior el CSS comienza su accionar a finales del 2009 y a plenitud en el 2010, con la formalización de su Plan Quinquenal 2010-2015, y en este mismo año se comienza a debatir el proyecto de creación del ISAGS. El CSS definió sus cinco áreas de trabajo en su Estatuto aprobado a finales del 2008: “la Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud; Desarrollo de Sistemas de Salud Universales; Acceso Universal a

Medicamentos; Promoción de la Salud y Acción sobre los determinantes de la Salud; y, Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud” (Unasur 2008).

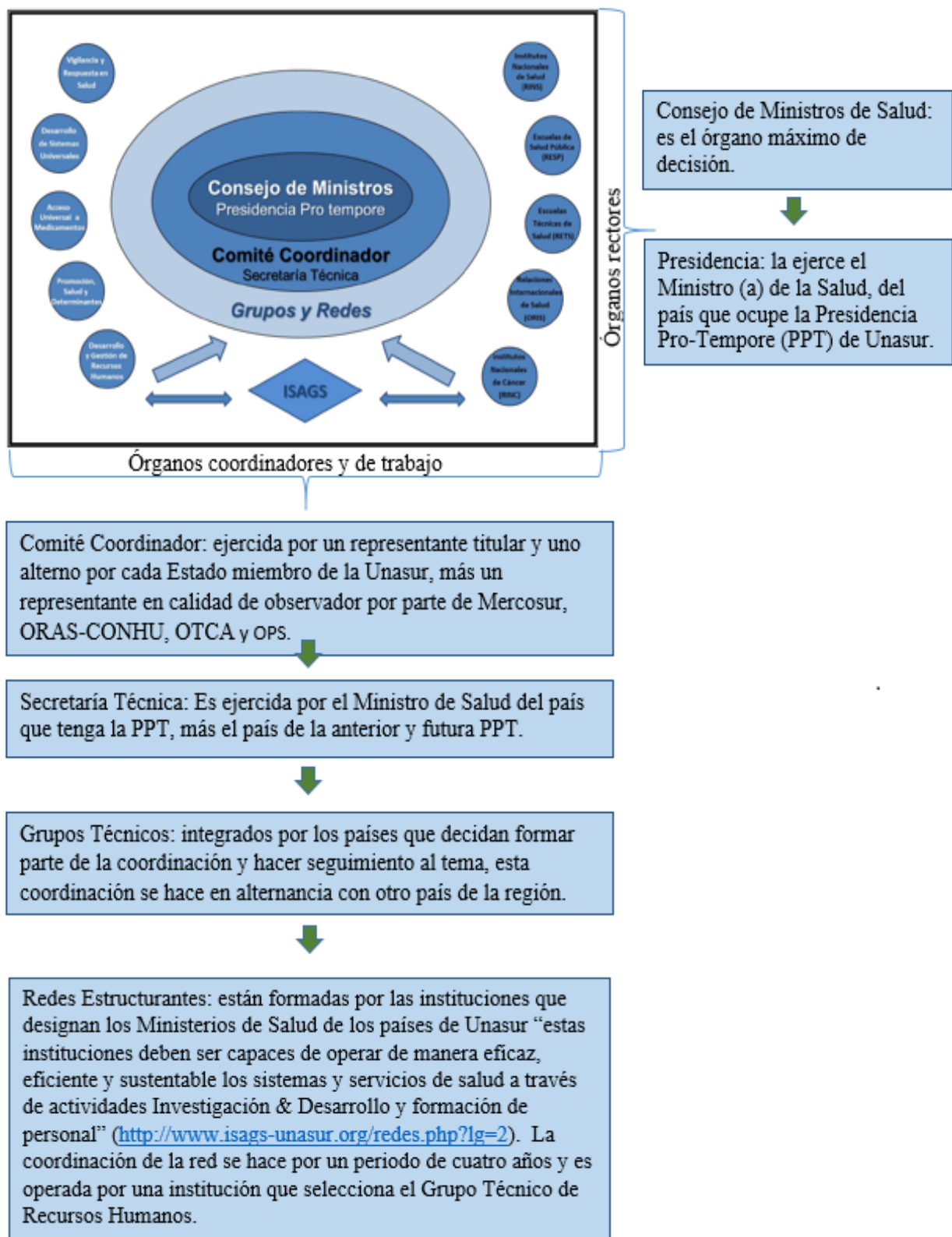
Figura 3.1. Estructura del Consejo de Salud Suramericano



Fuente: ISAGS 2017.

En su Estatuto el Consejo de Salud Suramericano también definió su forma de funcionamiento a través de la creación de órganos de dirección que pueden observarse en el siguiente gráfico:

Figura 3.2. Funcionamiento del Consejo de Salud Suramericano



Fuente: Con base en la información recogida en la investigación, 2017.

Es importante señalar que las RES y el ISAGS no están contempladas en el Estatuto del CSS pero aparecen inmediatamente después de la aprobación de este y se adicionan a la estructura del Consejo como parte fundamental de su operatividad, especialmente el ISAGS. De modo tal que el ISAGS se ha venido convirtiendo en un punto de encuentro entre los GsTs y las RES y, de estos con el Comité Coordinador y el Consejo de Ministros del CSS.

En esta constitución de los organismos rectores del CSS se aprecia claramente lo que Puchala y Hopkins indican sobre los regímenes formales e informales. Los regímenes informales son “creados y mantenidos por la convergencia o el consenso en los objetivos entre los participantes, reforzados por el interés mutuo y los "acuerdos de caballeros" y, supervisados por la vigilancia mutua” (Puchala y Hopkins 1982, 249). Así nacieron la Unasur y el CSS, este último se mantuvo como un organismo para la puesta en común de acuerdos sobre salud y aunque tuvo una acción inmediata como la compra de vacunas en bloque, para la gripe AH1N1 a través del fondo rotatorio de la OPS, no contaba con ningún aparato burocrático que hiciera seguimiento a los acuerdos ni a las acciones inmediatas para atender la emergencia epidemiológica de aquella época.

La Secretaria General de la Unasur decidió crear cinco oficinas de dirección para atender y hacer seguimiento a los temas más relevantes de su política de cooperación. Nascone señala que “hay un funcionario dedicado a hacerle seguimiento al tema de la salud (...) y cuando se habla del tema de la salud se coordina con el ISAGS y con los ministerios de salud de los países para trabajar íntegra e intersectorialmente, lo que garantiza no duplicar esfuerzos” (Mariano Nascone, Director de Asuntos Sociales de la Unasur, entrevista con la autora, marzo de 2017). Vale la pena resaltar que a la par de esta oficina en la sede de la Secretaria General de la Unasur, el CSS funciona descentralizadamente porque su sede de operación será la que le destine el ministerio de salud que ejerza la Presidencia, en un determinado momento.

Algunos países deciden hacer las reuniones oficiales del CSS en la sede de la Unasur en Quito, otros prefieren hacerla en su país. Sin embargo, desde la Secretaria General en su división de comunicaciones se hace lo posible por obtener los documentos que cada presidencia del CSS elabora con relación al Plan Quinquenal y en general cualquier acción en materia de salud que involucre a los Estados de la región.

En la sede general de Unasur existe un centro de documentación físico más un repositorio digital donde está la mayor parte de la documentación con relación al nacimiento del CSS y

sus primeros años de vida, sin embargo, aún hay documentos que reposan en los ministerios de salud de los países que han ejercido la presidencia, esto no significa que los países no conozcan la información que allí reposa, pues todo se ha acordado previamente en las reuniones del Consejo de Salud. Actualmente la Secretaria General de Unasur realiza un esfuerzo por actualizar su repositorio digital e incluir allí todos los acuerdos y resoluciones de todos los consejos. Para el caso de la Salud desde la creación del ISAGS, este también ha servido como un centro de documentación en torno al tema de la salud.

2. Creación e institucionalización del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)

La idea de crear el ISAGS (de aquí en adelante se denominará también Instituto) nace en septiembre de 2009 durante la primera reunión realizada por el Grupo Técnico de Recursos Humanos. La iniciativa fue llevada por el gobierno de Brasil, quien es bastante reconocido en los temas de salud en el plano regional, entre otros, por su fuerte industria farmacéutica y el nivel de especialización e investigación en el área. Este desarrollo en salud ha sido liderado por la Fundación Oswaldo Cruz (FioCruz), que más adelante cobijará y de alguna manera orientará el accionar del ISAGS en sus inicios y, estará vinculada al tema de la salud en la Unasur desde diferentes vías. Es necesario entonces mencionar algo de su trayectoria.

La FioCruz está vinculada al Ministerio de Salud y es la más destacada institución de ciencia y tecnología en salud de América Latina. Creada en el 25 de mayo de 1900. Su accionar está guiado por la promoción de la salud y el desarrollo social, generar y difundir conocimiento científico y tecnológico, buscando ser un agente de la ciudadanía. Actualmente, la institución alberga actividades que incluyen el desarrollo de investigaciones; la prestación de servicios hospitalarios y ambulatorios de referencia en salud, fabricación de vacunas, medicamentos, reactivos y kits de diagnóstico, enseñanza y formación de recursos humanos, información y comunicación de salud, ciencia y tecnología, control de calidad de productos y servicios e implementación de programas sociales. Posee más de 7500 empleados y profesionales con distintos vínculos (Fundación FioCruz, febrero de 2017, <https://portal.fiocruz.br/es/content/home-espanhol>).

El 24 de noviembre de 2009 en la reunión del CSS realizada en Cuenca -Ecuador-, se aprueba la resolución que crea el ISAGS junto con otras dos resoluciones. El 25 de julio de 2011 se aprueban dos resoluciones que constituyen el Consejo Directivo y Consultivo del ISAGS. En esta misma fecha se inaugura el ISAGS que comienza su funcionamiento temporalmente en una pequeña oficina en Rio de Janeiro, al interior de las instalaciones de la Fundación

Oswaldo Cruz, quien apoyaba en la consecución de los recursos, aportados por el Ministerio de Salud y de la Agencia de Vigilancia Sanitaria de Brasil (ANVISA) para el Instituto (ISAGS 2016, 14). En agosto del mismo año se autoriza a la Secretaria General de Unasur firmar un acuerdo sede del Instituto con el Gobierno de Brasil.

El Instituto comenzó sus labores bajo el nombre de Pro-ISAGS, con tres funcionarios. No será hasta mayo del 2012 que el Consejo de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de Unasur, aprueben el Estatuto del ISAGS. La creación del Instituto es una muestra del consenso político que alcanzaron los países de la región, quienes además reconocieron la salud como un puente hacia la paz y el desarrollo de los pueblos (ISAGS 2011a).

El Estatuto del ISAGS define claramente su naturaleza, el tipo de vinculación que tendrá con el CSS, así como sus atributos. Señala que el Instituto se vincula programáticamente al Consejo Suramericano de Ministros de Salud de la Unasur, por tanto sus actividades formarán parte del plan de trabajo del Consejo y a este deberá rendir cuentas sobre todas sus actividades y movilización de recursos. Las actividades que desarrolle en cada país deberá hacerlas en coordinación con los Ministerios de Salud correspondientes (Unasur 2012, 2). Este Estatuto puede ser visto como una regla y procedimiento de toma de decisiones al interior del Instituto y que está en concordancia con los objetivos macro del CSS.

Dado lo anterior también se garantiza que los países puedan ver reflejados sus intereses en los desarrollos y acciones del ISAGS, así como el monitoreo de los avances de dicha organización, sin comprometer su independencia. Esta situación también cabe dentro de la teoría de los regímenes internacionales que sostiene que “cada régimen internacional tiene un conjunto de élites que son los actores prácticos dentro del mismo, pero son los gobiernos de los estados-nación los primeros miembros oficiales de los regímenes, aunque las organizaciones internacionales, transnacionales y algunas veces subnacionales pueden participar de manera práctica y legítima” (Puchala y Hopkins 1982, 247). Esto último puede entenderse como los Ministerios de Salud de los países y las organizaciones regionales con las que trabaja en conjunto el CSS y el ISAGS.

Sobre la naturaleza del Instituto es importante señalar que busca consolidarse como un centro de altos estudios, de debate de políticas de salud y de formación de profesionales en el área. Con relación a la función del ISAGS, Vance sostiene que “Estamos trabajando como un centro de pensamiento estratégico, tenemos modalidades de realizar talleres seminarios,

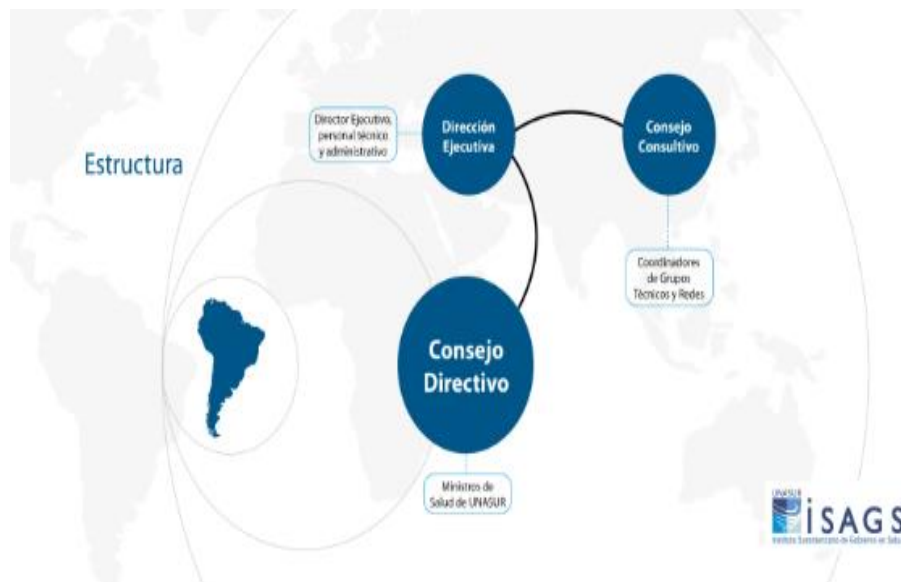
también trabajamos en los temas que priorizan los países y tenemos productos como libros y proyectos específicos” (Carina Vance, Directora Ejecutiva del ISAGS, entrevista con la autora, abril de 2017). Sobre el objetivo fundamental del ISAGS, Breilh sostiene que nació con el ánimo de “incentivar el debate democrático pensando en los derechos de las poblaciones y que pretendía estar más cercano al tejido social y a las comunidades de base, buscando convertirse en un motor de talleres de análisis en los países” (Jaime Breilh, Rector Universidad Andina, entrevista con la autora, abril de 2017), todo lo anterior en un ambiente democrático. No obstante, es importante señalar que el Instituto debe ceñir su accionar a los lineamientos del CSS, orientando sus acciones institucionales según los principios, valores y trazadores estratégicos del CCS, promoviendo el trabajo en red e involucrando las instituciones análogas (Unasur 2012, 2).

Es importante resaltar que el Instituto inicio su funcionamiento bajo la batuta de la Fundación FioCruz, razón por la que algunos gobiernos señalaron en su momento que el ISAGS se había convertido en un apéndice de la fundación y que sus investigaciones estaban guiadas por los intereses de Brasil; así Skerret, señala que el “Instituto funcionaba con la misma lógica investigativa de la FioCruz” (Peter Skerret, Director de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, entrevista con la autora, abril de 2017). No obstante esta desviación se corrige cuando se aprueba el Estatuto del Instituto, se adquiere la sede propia y se acoge un reglamento de contratación para ocupar las plazas internacionales que provee el Instituto y, que deben ser repartidas lo más equitativamente posible, evitando que todo el personal sea brasileño. Con base en lo anterior puede entenderse que el primer director ejecutivo del Instituto fue José Gomes Temporão, Ex Ministro de Salud de Brasil y ex coordinador del proyecto de innovación en Salud de la FioCruz.

En el año 2016 se cristaliza el deseo de tener en firme la sede del Instituto para garantizar su permanencia y funcionamiento. En mayo de ese año la presidenta Dilma Rousseff firma el acuerdo que ratifica a Rio de Janeiro como sede del ISAGS “lo que significa que las etapas formales de la institucionalización del ISAGS se concluyeron. De esta manera, se establece el funcionamiento del Instituto en Rio de Janeiro y lo consolida como entidad intergubernamental, dándole derechos y funciones diplomáticas internacionales” (ISAGS. “Presidenta de Brasil Promulga Acuerdo Sede del ISGAS”. Boletín Semanal del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 06 de mayo de 2016, [http://isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3359\]ling\[1\]anx\[725\].pdf](http://isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3359]ling[1]anx[725].pdf)).

El ISAGS cuenta con tres órganos permanentes que dinamizan su accionar: el Consejo Directivo, el Consejo Consultivo y la Dirección Ejecutiva. El Consejo Directivo cumple funciones directivas ante el CSS y debe presentarle a este informe de planificación, presupuesto y gestión. Está conformado por los coordinadores nacionales que son designados por los Ministros y Ministras de la Salud de Unasur. El Consejo Consultivo lo componen los coordinadores titulares de los Grupos Técnicos y las Redes de Instituciones Estructurantes y especialistas en determinadas áreas de salud y es el encargado de formular recomendaciones relativas a la planificación, gestión, ejecución y evaluación de los programas desarrollados por el Instituto; esta información la pasa directamente a la Dirección Ejecutiva del ISAGS, finalmente la Dirección Ejecutiva está sujeta a la autoridad y a las decisiones del CSS.

Figura 3.3. Estructura organizacional del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud



Fuente: ISAGS 2017.

En el 2012 se aprueba el Plan de Trabajo Trienal de Instituto, para el periodo 2012-2015 y también se aprueba su presupuesto para el año 2013, así como la financiación y distribución de cuotas entre los países miembros para el funcionamiento del instituto (Itamaraty 2012). Hasta antes de tener claridades sobre la forma como se financiaría el Instituto, el gobierno brasileño aportaba la mayor cantidad de recursos para su sostenimiento.

El anexo de la Resolución No 20 de 2012 del Consejo de Ministros y Ministras de Relaciones Exteriores, denota claramente que debe haber un rubro para el personal del Instituto, lo que bien da cuenta del compromiso con la institucionalización de los acuerdos políticos que dieron origen al CSS y para los cuales el ISAGS es una excelente herramienta. Así puede decirse que también se va creando un régimen formal que se caracteriza porque es “legislado por organizaciones internacionales, mantenidas por consejos, congresos u otros organismos y supervisados por las burocracias internacionales” (Puchala y Hopkins 1982, 249). Toda la burocracia del ISAGS no solamente pertenece a diversos países de la región (garantizando la pluralidad y la representación de los intereses de cada país) sino que tiene el estatus propio de los funcionarios de organizaciones internacionales.

El Instituto también está regulado por un manual de contratación que fue emitido directamente por el máximo órgano de la Unasur y que se puso en práctica el 2016 cuando la Ex Ministra de Salud de Ecuador -Carina Vance Mafla-, asumió la Dirección Ejecutiva del ISAGS y reestructuró un poco la organización. Esta reestructuración también incluyó la aprobación del reglamento interno y el manual de cargos, así como la incorporación de una nueva Jefa de Administración y Recursos Humanos y se lanzó la convocatoria para la selección de los cuatro especialistas en salud, todo esto fue avalado también por el Consejo Directivo del Instituto. Este cuerpo institucional que se le da al ISAGS, es un paso fundamental en su institucionalización del Instituto, permitiéndole multiplicar sus acciones en apoyo del CCS (ISAGS 2016, 8-9).

También se señala que la nueva directora se ocupó de ejecutar las acciones tendientes a uniformizar las prácticas y procedimientos de acuerdo a lo señalado por la Secretaría General y otras instancias de Unasur además de propiciar la transparencia de los procesos internos del Instituto (ISAGS 2016, 21). Este esfuerzo por hacer del accionar del Instituto un acto más transparente y ganar la confianza de los gobiernos en el mismo, permite evidenciar que se presenta la característica de mejorar el acceso a información amplia y confiable, lo que disminuye los costos de transacción, condición básica según la visión de Stein (1982), para que aparezca un régimen. Es decir, de la seriedad de los mecanismos que se empleen para realizar proyectos o acciones en salud, les permite a los gobiernos confiar en el trabajo del ISAGS y eventualmente delegarle tareas; por ejemplo de mapeo o diagnóstico de determinadas situaciones, que normalmente hacen sus ministerios de salud. Esto ahorra costos a los gobiernos nacionales y genera confianza entre los gobiernos regionales porque saben

que instrumentos usa el instituto y confían en que los resultados de sus investigaciones son objetivos y se hacen con la misma metodología para todos los gobiernos.

El Instituto brinda información abierta sobre su metodología de trabajo, su presupuesto y la selección de su personal, todo esto en el marco de una pluralidad que permite que la mayoría de gobiernos expresen su opinión y decidan sobre las actuaciones del mismo. Esto sin duda genera un ambiente de confianza no solo entre los gobiernos y el Instituto sino entre los gobiernos, que brindarán información precisa cuando el ISAGS requiera hacer alguna investigación; situación que a largo plazo permitirá tomar mejores decisiones a nivel regional en materia de salud.

Otro paso importante en la institucionalización del Instituto es el Estatuto, por cuanto define el alcance y capacidades del mismo, en el ámbito material que debe tener toda organización internacional; señala que tiene capacidad legal para ejecutar actos, contratos y todas las acciones pertinentes para cumplir sus fines (Unasur 2012, 2).

En el siguiente apartado se pretende mostrar lo que hasta ahora ha hecho el ISAGS a nivel institucional y contrastarlo con la teoría de los regímenes internacionales para revisar si algunas características de los mismos, están presentes en el accionar del instituto.

2.1. Avances del ISAGS con relación a la “creación del régimen de salud Suramericano”

Esta investigación se propone evaluar los avances del ISAGS desde cinco ámbitos que denotan todas las áreas en las que el Instituto está presente y que permiten identificar si en efecto aparecen algunas características de los regímenes internacionales. Los mencionados ámbitos son:

- a) Articulación de trabajo, a través de las reuniones con los Grupos Técnicos y Redes Estructurantes y, la participación en otros consejos y espacios de la Unasur.
- b) Organización de talleres, conferencias y seminarios de alto nivel sobre temas enmarcados en los cinco ejes del Plan Quinquenal del CSS.
- c) Publicaciones de trabajos investigativos en el tema de la salud en la región, que servirán como base para la formulación y/o coordinación de políticas regionales en salud.

e) Papel dinamizador del ISAGS en la visibilización de la región como actor internacional en foros mundiales de salud, por medio de la organización y/o participación en eventos regionales y mundiales en torno a la salud.

2.1.1. Articulación de trabajo, a través de las reuniones con los Grupos Técnicos y Redes Estructurantes y, la participación en otros consejos y espacios de la Unasur

El instituto ayudó y participó en las reuniones de la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer, Red de Gestión del Riesgo de Desastres. Organizó la reunión técnica sobre los “retos para el acceso a los medicamentos biológicos”, y facilitó el diálogo sobre las políticas de transferencia de renta y los determinantes sociales de la salud en tiempos de crisis global. En el 2015 el ISAGS recibió los integrantes de su consejo consultivo para la realizar la V Reunión Ordinaria y durante esta reunión “el grupo destacó la importancia del papel articulador del Instituto en relación al trabajo de los GsTs, Redes y Comité Coordinador” (ISAGS. “ISAGS realiza V Reunión Ordinaria del Consejo Consultivo”. ISAGS, 03 de julio de 2015, http://isags-unasul.org/it_materia.php?ev=3060&lg=2).

El Instituto también ha participado en la Reunión Técnica de funcionarios y expertos de alto nivel en políticas sociales de desarrollo humano (convocado por el Consejo de Desarrollo Social de la Unasur). Durante el periodo del 2012 a mayo de 2017, se han realizado seis reuniones del Consejo Consultivo del ISAGS y este a su vez, ha incrementado su participación en las reuniones del CSS.

Una característica de los regímenes es que tengan la capacidad de colaborar y coordinar en las áreas de interés y aversión comunes y así los actores (entiéndase en este caso Estados) confiarán en el régimen y evitarán tomar decisiones individuales para actuar en dicha área.

Stein, señala que todos los países enfrentan dilemas de aversiones e intereses comunes y que los regímenes resuelven los primeros a través de la coordinación y los segundos por medio de la cooperación (Stein 1982, 311-314).

En lo que respecta al ISAGS y según su primer director, ha sido propiciador de múltiples encuentros entre los GsTs y RES, lo que refuerza su papel de articulador del trabajo de diferentes instancias de la Unasur. Gomes Temporão expresa que el ISAGS fue clave en el acercamiento entre los órganos del CSS, porque apoyó y auspició en sus instalaciones reuniones entre los GsTs y las RES (ISAGS 2016, 16).

2.1.2. Organización de talleres, conferencias, seminarios y reuniones técnicas de alto nivel sobre temas enmarcados en los cinco ejes del Plan Quinquenal del CSS

En el periodo de 2012-2016 el ISAGS realizó catorce talleres que apuntaron a fortalecer los temas que están enmarcados en las cinco áreas de trabajo del CSS. Se destacan los siguientes temas:

Sistemas de salud y vigilancia sanitaria en Suramérica; salud global y diplomacia de la salud; organismos intergubernamentales de políticas de salud en Suramérica; nudos críticos de los determinantes sociales de la salud; acceso, desarrollo industrial e innovación en salud; fortalecer el Estado, regular el mercado: desafíos de los sistemas nacionales de salud de Unasur y políticas de salud de frontera en Unasur.

En el taller de organismos intergubernamentales se buscó coordinar las agendas de dichos organismos y participaron el Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y el Sector de Desarrollo en Salud de la Comunidad del Caribe (Caricom), Guyana y Surinam son parte del último y son países-miembros de la Unasur.

Por su parte en Ecuador en el 2015 se llevó a cabo una mesa redonda en la Universidad Andina Simón Bolívar sobre políticas regionales en salud: la incursión de Unasur en la diplomacia en salud; en la que participaron miembros del ISAGS y académicos reconocidos dentro del área de la salud en ese país. Durante esa misma semana la Secretaría General de Unasur recibió la cuarta reunión del proyecto “Reducción de la pobreza e integración regional: un análisis comparado de la SADC (Comunidad para el Desarrollo de África Austral, por sus siglas en inglés) y Unasur (PRARI/REPIR)”, organizada por la Universidad de las Naciones Unidas (UNU/CRIS) con el apoyo del ISAGS. Titulado “Construcción de un compendio de indicadores para medir el progreso de las políticas de salud”, el encuentro tuvo la presencia de investigadores de diversas partes del mundo. El proyecto también cuenta con el apoyo de la Universidad de Southampton (Inglaterra), FLACSO-Argentina y el Instituto Sudafricano de Relaciones Internacionales (ISAGS. “Importancia de UNASUR en la diplomacia en salud es destaque en Ecuador”, ISAGS, Julio de 2015, [http://isags-unasul.org/uploads/eventos/ev\[3088\]ling\[2\]anx\[550\].pdf](http://isags-unasul.org/uploads/eventos/ev[3088]ling[2]anx[550].pdf)).

Estos talleres han tenido la participación de académicos y expertos de alto nivel, lo que invita a pensar el interés del Instituto por vincularse con la academia y nutrirse de sus

investigaciones para complementar su trabajo y elaborar en conjunto un panorama del estado de la salud en la región.

En cuanto a las conferencias se han realizado tres, con traducción simultánea en inglés, español y portugués, en torno a los temas de: sistemas universales de salud, nudos críticos de los determinantes sociales de la salud e innovación, acceso y desarrollo: la perspectiva teórica y política del complejo económico Industrial de la salud. La conferencia de nudos críticos se hizo en coordinación con el Consejo de Desarrollo Social, también participaron el director del Centro Rio+ y exsecretario ejecutivo del Ministerio de Desarrollo Social de Brasil.

También se llevó a cabo el seminario sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, perspectiva para la Unasur y se dictó el curso para gestores de políticas públicas a los miembros de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social y que fueron escogidos por la Red de Institutos Nacionales de Salud de Unasur (RINS).

En el 2015 se organizaron dos reuniones coordinadas por el instituto, donde se invitaron a expertos para debatir sobre los criterios técnicos y las limitaciones políticas que rodean los procesos de evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias. Contó con la presencia del asesor regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); el vicepresidente de la Asociación Brasileña de las Industrias de Química Fina, Biotecnología y sus Especialidades (ABIAFINA); y una, investigadora del Instituto de Excelencia en Salud y Servicios Sociales (INESSS) de Quebec, en Canadá (ISAGS. “ISAGS promueve reunión sobre evaluación de tecnologías en salud”. ISAGS, 10 de diciembre de 2015, http://isags-unasul.org/it_materia.php?ev=3060&lg=2).

Un año después se realizó otra reunión técnica donde se abordó el tema de los retos para el acceso a los medicamentos biológicos. El evento tuvo la presencia de representantes de los Ministerios de Salud de toda la región de Unasur, además del investigador del South Centre de Ginebra, Carlos Correa; del vice-presidente de Producción e Innovación de Fiocruz y miembro del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de las Naciones Unidas, Jorge Bermudez; el investigador Carlos Gadelha; entre otros (ISAGS. “Expertos discuten los retos para el acceso a los medicamentos biológicos”. ISAGS, 10 de junio de 2016, http://www.isags-unasul.org/it_materia.php?lg=2&ev=3367).

Es claro el empeño del ISAGS por convertirse en un centro articulador de procesos y además es un depósito de conocimiento específico e investigación sobre el tema de la salud regional y todo lo que ello envuelve. Al irse perfilando como un organismo capaz de brindar información precisa sobre los subprocesos de la salud, por ejemplo los mecanismos de negociación de medicamentos, o las políticas públicas de salud de algún país frente a una enfermedad regional, va cumpliendo una de las funciones de los regímenes internacionales que según Keohane (1982, 338), consiste en “mejorar la cantidad y la calidad de la información disponible para los actores”, evitando que los Estados tomen decisiones propias que en muchas ocasiones eleven los costos de transacción.

2.1.3. Publicaciones de trabajos investigativos en el tema de salud en la región que servirán como base para la formulación y/o coordinación de políticas regionales en salud

El ISAGS ha hecho tres publicaciones especializadas durante el periodo de 2012-2015, en compañía de todos los ministerios de salud de la región y presentan un panorama exhaustivo de la salud a nivel regional. Los libros abarcan los temas de: a) Sistemas de Salud en Suramérica b) Vigilancia en salud en Suramérica, y c) Atención primaria en salud en Suramérica.

Adicionalmente el Instituto tiene un boletín semanal y un informe mensual, publicaciones que se han convertido en un mecanismo de coordinación con las RES, los GsTs y otras instancias de Unasur y, que también han servido para visibilizar el trabajo de todas estas áreas. A través del boletín y el informe se muestran los avances en las investigaciones que realiza el Instituto y los eventos académicos y políticos en los que ha participado. Todas estas acciones contribuyen a alcanzar los logros del Plan Trienal 2012-2015, así como del Plan Quinquenal del CSS. El ex director del ISAGS José Gomes Temporão resalta que todas estas publicaciones junto a las que se hacen semanal y mensualmente son iniciativas que tienen trascendencia regional y además, incluyen la visión de los expertos más destacados del continente en relación con temas de salud (ISAGS 2106, 16-17).

Uno de los lanzamientos más importantes y que se ha convertido en una excelente herramienta para los países de la región ha sido la del Banco de Precios de Medicamentos, que sale a la luz después de cinco años de trabajo del Grupo Técnico de Acceso a Medicamentos con apoyo del ISAGS. Frente al papel del Instituto Riggiozzi sostiene que

En la práctica, el ISAGS actúa como centro de investigación y desarrollo de UNASUR, así como de formación política, de expertos y profesionales para los países miembros. Sus actividades incluyen seminarios, cursos, programas de pasantías en apoyo a reformas de los sistemas de salud y de liderazgo nacional e internacional, y la identificación de capacidad industrial en la región, para coordinar políticas comunes para la producción de medicamentos (Riggirozzi 2015 ,43).

En este sentido puede decirse que el ISAGS cumplió el objetivo que se planteó en su Plan Trienal 2012-2015 y que señalaba la pretensión de “constituirse en un centro de altos estudios y debate de políticas para el desarrollo de líderes y de recursos humanos estratégicos en salud, apuntando a fomentar la gobernanza y conducción en salud de los países de Sudamérica y dando insumos para articular la actuación regional en salud global” (ISAGS 2012, 6).

2.1.4. Logros alcanzados con respecto al Plan Trienal del ISAGS 2012-2015

El objetivo de convertirse en un centro de altos estudios, evidentemente se ha cumplido y de hecho por algunos es calificado como think-tank. Así lo sostiene Riggirozzi al señalar que el trabajo del ISAGS en la coordinación de las investigaciones con miras a alcanzar los objetivos de salud de Unasur, junto con la formación de cuadros técnicos y, el apoyo y asesoramiento a los países en las reuniones de la OMS, lo sitúan en la práctica como un tanque de pensamiento regional (Riggirozzi 2015, 42).

Adicional a lo anterior, el Instituto pretende responder al objetivo de la Unasur que busca “el fortalecimiento de la América del Sur como un espacio político cohesivo y progresivo, por medio del fortalecimiento de las redes de conocimiento y a través del estímulo continuo para reflexiones críticas sobre los temas de salud” (ISAGS 2012, 15). Y para responder a este desafío se ha propuesto dos metas: construir masa crítica alrededor del tema de la salud y fortalecer la red de conocimiento.

El Instituto ha afianzado los vínculos con organizaciones expertas en el tema de la salud³ y, ha estrechado vínculos con universidades participando de diferentes eventos académicos. Esto

³ Convenio de Colaboración Interinstitucional ISAGS- Servicio Nacional de Contratación Pública de la República del Ecuador (SERCOP). Convenio Marco de Colaboración Interinstitucional entre el ISAGS y la Secretaría Ejecutiva de la Comunidad de Ministras y Ministros de Salud de Centroamérica (SECOMISCA). Convenio Marco de Colaboración Interinstitucional ISAGS-ORAS-CONHU (Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue). Convenio de Colaboración Interinstitucional ISAGS-FioCruz (Fundación Oswaldo Cruz).

lo que permite por un lado, es fortalecer una perspectiva crítica sobre el abordaje de la salud en la región. A la par de estas actividades, en su cotidianidad el Instituto busca fortalecer el trabajo conjunto con los GsTs y las RE, acción que responde al desafío de fortalecer la red de conocimiento, por cuanto cada uno de estos organismos produce información sobre temas específicos de la salud.

En el Plan Trienal también se señala que el ISAGS debe concentrarse en tres áreas de trabajo y así ayudar a cumplir los objetivos del CSS, a saber: a) Determinantes sociales de la salud b) Sistemas universales de salud c) Economía política de la Salud. Para cumplir con lo anterior el ISAGS creó las plazas de trabajo para: Especialista en Determinación Social de la Salud, Vigilancia en Salud, Medicamentos y Sistemas de Salud, todas se asignaron por concurso y atendiendo el parámetro de representatividad en la región.

Adicionalmente las publicaciones del Instituto dan cuenta del trabajo del área sobre los Sistemas Universales de Salud y para las otras dos áreas se cuenta con los resultados de los talleres y seminarios que sobre Determinantes Sociales de la Salud se han hecho y los que abarcan el tema de la relación entre las políticas de salud y el mercado. Muchos de los talleres, seminarios, conferencias y reuniones de alto nivel, realizados por el ISAGS-cuyos títulos se mencionaron previamente- buscan “investigar las condicionantes que interfieren en la salud de la población y en el desarrollo de los sistemas de salud dentro de un contexto más amplio de las relaciones entre economía y salud” (ISAGS 2012, 11), que es finalmente como el Instituto ha definido la Economía Política de la Salud.

Los objetivos que se han planteado en el Plan Trienal, son de largo alcance sin embargo y teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, puede decirse que el ISAGS ha alcanzado sus metas/objetivos propuestos, el más importante de ellos: consolidarse como un centro de pensamiento de donde los gobiernos puedan nutrirse para sus políticas, pero además el Instituto como señala Nascone “también puede ser usado para las investigaciones propias de cada país, lo que permitirá reducir los costos (de transacción en este caso) evitando contratar otros organismos para investigar” (Mariano Nascone, Director de Asuntos Sociales de la Unasur, entrevista con la autora, marzo de 2017).

Esta capacidad de reducir los costos de transacción sigue siendo una función de los regímenes internacionales según señala Keohane (1982, 338) “los regímenes pueden hacer

acuerdos fácilmente si –entre otras cosas- reducen otros costos de transacción, tales como costos de organización o de hacer pagos secundarios”.

Además de brindar mejor información sobre el tema de la salud, sumado a su capacidad de realizar estudios a escala regional y en conjunto con todas las actividades de formación, información y difusión, el ISAGS contribuye de manera indirecta para que los gobiernos de la región puedan ganar legitimidad dentro de sus poblaciones. Esto encuentra su sustento porque la salud es una de las principales políticas de todo gobierno y la legitimidad de este descansa siempre en el buen desempeño del sector social; por esta razón el apoyo del CSS se convirtió en un apoyo fundamental de los gobiernos para intercambiar experiencias exitosas en el área de la salud (Giovanella et al 2012, 7).

En efecto los regímenes pueden convertirse en dispositivos eficientes para ayudar a los Estados a alcanzar sus propósitos nacionales, siempre y cuando “puedan corregir los defectos institucionales en la política mundial (a nivel de responsabilidad, información, costos de transacción)” (Keohane 1982, 338). Teniendo en cuenta esto último se sostiene que de manera indirecta lo que produce el ISAGS tiene efectos en las políticas nacionales, lo que constituye un primer paso para extrapolar políticas a nivel regional. Como ejemplos de esto último pueden enumerarse una serie de productos y proyectos que han sido posible gracias a de la voluntad política de los ministros de salud de Unasur, el trabajo del ISAGS, Grupos Técnico y Redes

En primer lugar se encuentra la herramienta de precios de medicamentos, que los países pueden usar en cualquier momento, en segundo lugar se diseñó un plan de lucha contra el Cáncer de cuello uterino, cuyo primer paso es aplicar la vacuna contra el virus del papiloma humano (Bolivia ya empezó a implementarla). En tercer lugar, está el etiquetado de alimentos iniciado por algunos países de la región. Ecuador fue el primero en implementar el etiquetado en el año 2013. Chile fue el segundo y en Bolivia está aprobado por el poder legislativo y se está a la espera de que se convierta en ley. En países como Perú, Uruguay y Colombia el tema se ha debatido a nivel legislativo pero no ha sido aprobado. Este hecho es de rescatar porque en el mundo solo hay cinco países con etiquetado de alimentos y tres están en la región suramericana, además el tema fue incluido en una resolución del OPS y esto es muestra de su importancia y del consenso al que han llegado los países gracias al espacio de encuentro que ha propiciado el CSS (Carina Vance, Directora Ejecutiva del ISAGS, entrevista con la autora, abril de 2017).

Finalmente autores como Riggiozzi y Grugel reconocen al ISAGS como un tanque de pensamiento en el área de la salud en la región, situación que refuerza la idea de haber conseguido su propósito pese a su corto tiempo de existencia

El ISAGS rápidamente se convirtió en un centro de discusión para actores regionales involucrados en la formulación de políticas, expertos y profesionales de los países miembros para compartir conocimientos y mejores prácticas, promoviendo y redistribuyendo recursos epistemológicos para la formación de capacidades para un mejor gobierno de la salud - como un objetivo nacional y regional, así como para mejorar profesionalmente investigación y desarrollo (Riggiozzi y Grugel 2016, 188).

2.1.5. Papel dinamizador del ISAGS en la visibilización de la región como actor internacional en foros mundiales de salud, por medio de la organización y/o participación en eventos regionales y mundiales en torno a la salud

Una de las acciones más destacadas del ISAGS ha sido la participación en diferentes eventos regionales y mundiales sobre el tema de salud, muchas veces siendo la voz de Suramérica en dichos escenarios.

Durante los primeros años de vida el ISAGS participó en la II Reunión de Think Tanks e Instituciones Académicas de Políticas de Salud Global y en el seminario realizado en Ginebra (Suiza) sobre regulación Sanitaria defensa de un mundo sin fronteras. También sirvió de sede para la colación regional sobre ayuda y saneamiento para eliminar el cólera en la isla La Española (Haití-Republica Dominicana). Organizó junto con el Ministerio de Salud de Brasil y la Red de Oficinas de Relaciones Internacionales y de Cooperación Internacional en Salud, (REDSSUR-ORIS) de la UNASUR el I Foro Suramericano de Cooperación Internacional en Salud.

Cuando asumió la Dirección Ejecutiva Carina Vance –segunda en ocupar el cargo-, se realizó la Semana de la Salud en Unasur del 28 al 1 de diciembre de 2016 en la sede de la Secretaría General. Fue un encuentro sin precedentes donde participaron personas del más alto nivel en el área de la salud

Reunió 4 eventos en 4 días, congregó a más de 150 participantes y abarcó alrededor de 54 horas de exposiciones, debates y búsquedas de consenso. Participaron, además de los enviados de los países del bloque, una delegación del Consejo de Ministros de Centroamérica y del Caribe, además de especialistas de Australia, El Salvador, Estados Unidos y Reino Unido. También tuvieron protagonismo instituciones como South Centre (una organización

intergubernamental de países en desarrollo con base en Suiza) y DNDi (Iniciativa Drogas para Enfermedades Desatendidas), dedicada a la investigación y desarrollo sin fines de lucro de drogas para enfermedades desatendidas por la industria farmacéutica (Rafael Giménez. “Balance de la Semana de la Salud Unasur”, ISAGS, 05 de diciembre de 2016, http://www.isags-unasul.org/it_materia.php?lg=2&ev=3504).

El Instituto ha propiciado la armonización de posiciones conjuntas de los países de la región en escenarios internacionales, así en el 2012 durante la VII reunión del CSS se construyó la posición a llevar a los siguientes escenarios: Cairo 2014, COP5. En el 2016 “también con el apoyo del ISAGS ya sea asistiendo a la Presidencia Pro Tempore del Consejo en la identificación de temas de interés común o en la sistematización de propuestas” (ISAGS 2016, 41), se acordaron las intervenciones comunes para llevar a la Asamblea No 69 de la OMS, sobre tres temas: acceso a medicamentos, la escasez de medicamentos pediátricos y el combate a los medicamentos falsificados. Sobre este último punto la intervención pareció ser efectiva, porque entre otras cosas se pedía regular el relacionamiento de la OMS con terceros en el área que vigila los medicamentos falsificados y donde participaban miembros de multinacionales farmacéuticas.

Keohane sostiene que los regímenes internacionales facilitan la creación de acuerdos mutuos, que son importantes en la provisión de marcos de negociación establecidos y en la colaboración para coordinar las expectativas de los actores (Keohane 1982, 332-339). Esta característica de los regímenes puede ser entendida como la posibilidad que brinda el ISAGS de concertar posiciones conjuntas de los países en busca de mejores condiciones para la región.

El 30 de marzo del 2017 el ISAGS organizó el encuentro en Quito entre los países de Suramérica y los candidatos a Director de la Organización Mundial de la Salud “para formular preguntas específicas de interés de la región y escuchar sus propuestas. Es la primera vez que un bloque regional crea un foro de este tipo con la esperanza de ofrecer las mejores ideas para ayudar a los Ministros de Salud a tomar decisiones” (ISAGS. “ISAGS organiza encuentro en Quito entre los países de Suramérica y los candidatos a Director de la OMS”. ISAGS, 28 de marzo de 2017, http://www.isags-unasur.org/it_materia.php?lg=2&ev=3611).

Al día siguiente se organizó la reunión del CSS, que aunque hacía más de dos años no se reunía su plan de trabajo se seguía ejecutando; esto da cuenta de la dinámica propia del Instituto buscando siempre responder al CSS. Frente a esta dinámica propia del ISAGS su

Directora Ejecutiva señala que el ISAGS debe cumplir con los objetivos del CSS y de su plan anual más allá de las dinámicas de los propios países, el trabajo del instituto no se ha detenido por diferencias entre países, al contrario se ha dado una alta participación en las actividades, por ejemplo en la semana de la salud, todos los países estuvieron en uno o u otro evento (Carina Vance, Directora Ejecutiva del ISAGS, entrevista con la autora, abril de 2017).

El ISAGS también ayuda a los Ministros a organizar las reuniones del CSS cuando estos lo presiden, evidenciado la gestión de articulación del Instituto con otras instancias, como se deduce de la última reunión del Consejo de Salud el 31 de Marzo de 2017, cuya convocatoria estuvo a cargo del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela. La reunión buscaba evaluar la operatividad de los GsTs y las RES, revisar la propuesta de plan quinquenal: 2016-2020 elaborado en conjunto con el Instituto y preparar la agenda regional, de cara a la 70ª Asamblea Mundial de la Salud (Telesur. "Ministros de Salud de Unasur se reúnen este viernes en Quito", Telesurtv, 30 de marzo de 2017, www.telesurtv.net/news/Ministros-de-Salud-de-Unasur-se-reunen-este-viernes-en-Quito-20170330-0053.html).

Durante el mismo mes el ISAGS inauguró un ciclo de debates llamado "Diálogos del Sur", para evidenciar que la salud es un punto de convergencia entre los países de la región y que existe una necesidad de acrecentar el diálogo, entre lo que se está discutiendo en el ámbito regional y lo que trabaja la comunidad académica de Río de Janeiro, especialmente ahora que se cuenta con una planta internacional de especialistas (ISAGS "Diálogos del Sur", ISAGS, 15 de marzo de 2017, http://www.isags-unasur.org/js/timeline/linha_tempo.php?lg=2).

Cabe en este apartado señalar que el Grupo de Trabajo de Acceso Universal a Medicamentos (GAUMU) con apoyo del ISAGS creó el Banco de Precios de Medicamentos que es una herramienta que les permite a los países ver el precio más bajo que pagaron los países de la región por un determinado medicamento y así tener mejor información para negociar con las multinacionales farmacéuticas. De igual manera el Instituto está llevando a cabo un proyecto financiado por el FIC (Fondo de Iniciativas Comunes de la Unasur), para realizar el Mapeo de las capacidades de producción regional en materia de medicamentos para saber que se tiene a nivel regional y como se pueden complementar los países unos a otros a través de compras intrarregionales y/o distribución de producción de medicamentos dependiendo de las potencialidades de cada país. Con base en las capacidades industriales, se pueden definir políticas comunes para producción de medicamentos, el ISAGS coordina esta labor y la de

elaborar conjuntamente listas de precios de los medicamentos para que los países planifiquen mecanismos de compras unificadas, buscando reducir los costos (Riggirozzi y Grugel 2016, 189).

Sin duda la gestión del ISAGS ha contribuido a visibilizar a la región como un actor mundial que está preocupado por la salud de su población y que participa activa y propositivamente⁴ de las reuniones multilaterales; esto también es reafirmado por Riggirozzi, que en sus investigaciones señala que la “Unasur ha estado actuando con una sola voz en la Asamblea Mundial de la Salud, presentando propuestas de reforma para mejorar la representación, gestión y forma (global) en que se definen los problemas de salud y las prioridades en la agenda internacional” (Riggirozzi 2015, 44).

En el siguiente apartado se utilizará la misma metodología aplicada al ISAGS, para analizar cuál ha sido el grado de institucionalización de los Grupos de Trabajo y las Redes Estructurantes y revisar si cumplen -o no- funciones de regímenes internacionales.

3. Creación de los Grupos Técnicos y Redes Estructurantes

3.1. Grupos Técnicos (GsTs)

El Estatuto del Consejo de Salud Suramericano contempló la creación de cinco Grupos Técnicos (también denominados grupos en este acápite), que fueran parte integrante del Consejo y que ayudarían en el propósito de armonizar políticas y proyectos en materia de salud, para ello los GsTs se encargaron de analizar, elaborar, preparar y desarrollar propuestas, planes y proyectos que contribuyan a ese propósito, todo en el marco de los lineamientos establecidos por el Plan Quinquenal 2010-2015. Cada grupo es coordinado por un país, con una alternancia por un periodo de dos años (ISAGS 2017a). Estos grupos se crearon de cara a las necesidades en salud de la época y a la visión estratégica que sobre la salud se tenía en el momento de la fundación de la Unión Suramericana de Naciones.

Red de Vigilancia y Respuesta en Salud

Una vez establecida esta red, su objetivo es hacer vigilancia epidemiológica y controlar las

⁴ UNASUR presentó una posición unificada, pidiendo a los países en desarrollo que tomaran conciencia del riesgo de impedir la expansión de la política de genéricos, tan importante para superar las barreras de acceso a los medicamentos (Agencia Fiocruz, 2012).

enfermedades transmisibles, crónicas no transmisibles y eventos de salud pública con el propósito de implementar estrategias consensuadas para la prevención de dichas enfermedades y fomentar un Programa Suramericano de Inmunización. Una de las metas más importantes de esta red es establecer la Red Dengue-UNASUR (ISAGS 2017a).

Desarrollo de Sistemas de Salud Universales

A partir del reconocimiento del derecho a la Salud, la Unasur busca con este grupo “mejorar los niveles de equidad y el acceso a sistemas de salud universales e integrales; crear e implementar un mecanismo de monitoreo y evaluación de los sistemas de salud universales y garantizar la democratización de los mismos por medio del fortalecimiento de los derechos de los ciudadanos y su participación activa en los espacios de toma de decisión” ((ISAGS 2017a).

Promoción de la Salud y Acción Sobre los Determinantes Sociales

Este es uno de los grupos donde se nota claramente el enfoque social que tiene la Unasur especialmente en el tema de la salud. Los determinantes sociales hacen referencia a que existen factores de vida como pobreza, educación, medio ambiente que afectan directamente la salud. La OMS ha reconocido que “las condiciones en las que viven y trabajan las personas ayudan a crear o destruir su salud: la falta de ingresos, la vivienda inadecuada, los lugares de trabajo inseguros y la falta de acceso a los sistemas de salud” (OMS 2007, 3), son algunos de los más importantes determinantes sociales de la salud y están directamente relacionados con la inequidad entre e intra países.

Esta discusión se plantea en la región desde tiempo atrás y fue recogida por la OMS, Breilh señala que “en América Latina se construye desde fines de los 70s la propuesta de una teoría de la determinación social de la salud (...). A partir de entonces se avanzó mucho. En el 2005 se propuso desde la OMS la teoría de los “determinantes sociales de la salud” (Breilh 2015, 6). Entonces este grupo de trabajo se crea para fortalecer la promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales con el ánimo de reducir las inequidades de los países de la región, por medio de la generación de información y la articulación intersectorial además, se propone ampliar la participación comunitaria en la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de salud (ISAGS 2017a).

Acceso Universal a Medicamentos

Después de identificar que el tema de los medicamentos es fundamental para mejorar la

capacidad de los gobiernos de brindar una mejor salud a sus ciudadanos y, que además es un tema que representa altos costos para los países de la región, el CSS decidió crear un grupo de trabajo que desarrolle estrategias y planes de trabajo que mejore el acceso a medicamentos. Se plantea que este grupo en primera medida, elabore una política de acceso a medicamentos que incluya la reducción de las barreras para su acceso, en especial las que tienen que ver con los derechos de propiedad intelectual y las referentes a la falta de incentivo a la innovación. Y en segunda medida, que formule recomendaciones en tres aspectos: la coordinación de capacidades productivas, la creación de una política de precios que tenga en cuenta promoción de la producción y la utilización de medicamentos genéricos y, que promueva un sistema armonizado de vigilancia y control de medicamentos en la Unasur (ISAGS 2017a).

Desarrollo de Gestión de Recursos Humanos

Este grupo fue desarrollado para fortalecer la gestión de recursos humanos en salud, elaborando políticas de sostenibilidad para disminuir la migración de los profesionales y así, mitigar el impacto que la falta de personal especializado genera en los sistemas de salud (ISAGS 2017a). El CSS señaló que este grupo debe hacer investigaciones y promocionar liderazgos en el marco de lo que el ISAGS promueve, buscando capacitar permanentemente a las instituciones que hacen parte de las áreas prioritarias que el Consejo de Salud formuló en su Estatuto y su Plan Quinquenal.

3.1.1. Institucionalización de los Grupos Técnicos (GsTs)

La información recopilada permite deducir que los GsTs han avanzado en su trabajo de una manera desigual, quizás en parte porque cada grupo es coordinado por un país y su funcionamiento está atravesado por las lógicas internas en el área de la salud y en general por la relevancia o no que el país le dé al trabajo de los grupos en el marco de las dinámicas regionales guiadas por el CSS.

Los países que coordinan principal y alternamente los GsTs son los siguientes:

Tabla 3.2. Coordinadores Grupos Técnicos del Consejo de Salud Suramericano

Nombre del Grupo Técnico	Coord. Principal	Coord. Alterno
Vigilancia y respuesta en salud	Paraguay	Uruguay
Desarrollo de sistemas de salud universales	Chile	Bolivia
Acceso universal a medicamentos	Argentina	Surinam
Promoción de la salud y determinantes sociales	Venezuela	Colombia
Desarrollo y gestión de recursos humanos	Brasil	Perú

Fuente: Con base en la información recogida en la investigación, 2017.

La importancia de tener presente los países que coordinan los diferentes grupos, obedece a que existe una relación directa entre los avances -o no- de los GsTs y el país que los lidera. Así por ejemplo uno de los grupos que han sido más proactivos en el desarrollo de sus propósitos ha sido el grupo de Acceso Universal a Medicamentos, que coordina Argentina, país que en palabras de Breilh tiene un significativo complejo industrial importante y ha desarrollado importantes investigaciones sobre el tema del acceso a medicamentos (Jaime Breilh, Rector Universidad Andina, entrevista con la autora, abril de 2017).

El resultado del trabajo de este grupo ha sido la creación del Banco de Precios de Medicamentos (BPM), labor que realizó con el apoyo del ISAGS. Esta herramienta sirve para que los países tengan información sobre el precio de determinados medicamentos con relación a las cantidades y a la empresa farmacéutica que lo provee, con ello se puede comparar precios y darle insumos a cada país para que mejore su condición negociadora frente a la multinacional. Hay un grupo de medicamentos que son los que la región considera como prioritarios y son los que están dentro de esta base, aquí cada país carga la información de su compra a discrecionalidad.

Con relación a este punto, Vance indica que en estos momentos hay cargados en el sistema alrededor de 140 medicamentos y se evidencian diferencias muy grandes entre país y país, en relación a los precios a los que adquieren el mismo medicamento. Los países hicieron un análisis comparativo en noviembre del 2016 sobre uno de los medicamentos que habían incorporado al sistema y sobre la base del país que compro más barato ese medicamento. Observaron que si todos los países adquirieran el medicamento al precio más bajo, la región podría ahorrar por año alrededor de 1.000.000 millones de dólares (Carina Vance, Directora Ejecutiva del ISAGS, entrevista con la autora, abril de 2017).

En el mismo sentido Riggirozzi y Grugel (2016, 189), destacan la utilidad de esta herramienta porque proporciona valiosa información para decidir sobre la compra de medicamentos vis-à-vis con las farmacéuticas.

El otro grupo que ha trabajado sistemáticamente es el de desarrollo y gestión de recursos humanos, que es coordinado por Brasil. Es conocida la trayectoria de este país en el tema de capacitación e investigación en salud, por ejemplo, la FioCruz (organización que trabaja de la mano con el ISAGS y con el CSS), ofrece formación de la más alta calidad para los países de la región en materia de salud. Breilh, sostiene que este país posee una amplia trayectoria en área de la medicina social y fueron justamente ellos los que impulsaron la creación del ISAGS, justamente con la idea de promover una visión distinta sobre la salud pues no es solo un tema de ausencia de enfermedad (Jaime Breilh, Rector Universidad Andina, entrevista con la autora, abril de 2017).

Con relación a este grupo Riggirozzi destaca el apoyo que le brindan a los funcionarios de Ministerios de Salud, Escuelas de Salud pública y negociadores internacionales a través de la sistematización y difusión de las mejores prácticas y actividades de capacitación (Riggirozzi 2015, 43). Por ejemplo, es un logro conjunto del grupo y del ISAGS desarrollar una institucionalidad para capacitar a personas de diferentes áreas, en la creación y fortalecimiento de instituciones de salud; así lo reflejan la Escuela de Salud Pública en Perú, Uruguay, Bolivia y Guyana (Riggirozzi y Grugel 2016, 189).

Por su parte los miembros de los grupos de trabajo de Vigilancia y Respuesta en Salud y Desarrollo de Sistemas de Salud Universales, participaron de los talleres y seminarios que organizó el ISAGS con relación a estos temas y sobre la base de los cuales el Instituto lanza las publicaciones de: vigilancia en salud en Suramérica, epidemiológica, sanitaria y ambiental y, sistemas de salud en Suramérica, desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Puede decirse entonces que estos dos grupos contribuyeron de manera directa en este resultado.

Del proceso de institucionalización de los grupos hasta la fecha puede sostenerse que han contribuido (unos más que otros) a fortalecer ese marco de información que es muy importante dentro de los regímenes, en este caso al brindar información precisa sobre las fortalezas, debilidades y oportunidades de los sistemas de salud de la región. Estos marcos

generan condiciones que contribuyen a mejorar el acceso a la salud y la utilización eficiente de los recursos públicos (Riggirozzi 2015, 44).

El tema de los medicamentos es sin duda el avance más notable de los GsTs y la mejor herramienta que hasta ahora otorga el CSS a la región y la misma se desarrolla gracias al marco de cooperación regional que, de cierto modo les brinda confianza a los actores estatales. A este respecto bien vale señalar lo que proponen Keohane cuando habla sobre los incentivos para crear los regímenes.

Los regímenes se desarrollan en parte porque los actores de la política mundial creen que con tales arreglos podrán hacer acuerdos mutuamente benéficos que de otro modo serían difíciles o imposibles de alcanzar. En otras palabras, los regímenes son valiosos para los gobiernos donde, en su ausencia, ciertos acuerdos mutuamente beneficiosos serían imposibles de consumir (Keohane 1982, 334).

De lograrse una negociación conjunta y posteriormente, como es el objetivo del CSS, una compra conjunta de medicamentos en la región, esta característica del régimen se cumplirá plenamente. No obstante, se cumple en la medida en que crea un marco de confianza para que los países compartan información acerca de los precios a los que compran los medicamentos.

3.2. Redes Estructurantes (RES)

Las Redes Estructurantes no fueron una propuesta inicial del Consejo de Salud Suramericano, como bien sostiene Skerrett, quien pertenece a una de las redes estructurantes el CSS, las redes son un conjunto de experiencias focalizadas que agrupan las mejores experiencias de las buenas prácticas de los estados. Las redes ya existían como iniciativas propias de algunos estados, sin embargo la Unasur pide a los países incluirlas en la estructura de salud de la organización e insta a los países para que formen nuevas redes. Estas redes pueden verse como la experiencia de los países compartiendo trabajo (Peter Skerrett, Director de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, entrevista con la autora, abril de 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior el CSS decide incentivar la conformación de seis redes estructurantes, las cuales serán coordinadas cada una por una Institución elegida por el Grupo Técnico de Recursos Humanos y cuyo mandato será de cuatro años. Las redes están “compuestas de instituciones designadas por los Ministerios de Salud de los 12 países miembros de Unasur. Estas instituciones deben ser capaces de operar de manera eficaz,

eficiente y sustentable los sistemas y servicios de salud a través de actividades Investigación & Desarrollo y formación de personal” (ISAGS 2017b).

Es importante tener en cuenta que en muchos casos las RES trabajan en conjunto con los GsTs, así por ejemplo la Red de Escuelas de Salud Pública, y la Red de Escuelas Técnicas de Salud ayudan en la consecución del objetivo del Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos, que busca mejorar la formación del personal médico y su sostenibilidad dentro de los sistemas de salud de cada país.

Red de los Institutos Nacionales de Salud (RINS)

Esta red fue creada en Perú en el año 2010 y está integrada a los Institutos Nacionales de Salud (INS), o sus homólogos en los países de la Unasur. “Esta red pretende contribuir al desarrollo de políticas de salud con soluciones científicas y tecnológicas para los problemas sanitarios, integrar los sistemas de salud regionales mediante la integración y el fortalecimiento de los INS y sus homólogos” (ISAGS 2017b). Todo lo anterior enmarcado en el objetivo de mejorar el bienestar de las personas, reduciendo las desigualdades sociales en salud.

Red de Escuelas Técnicas de Salud de Unasur (RETS)

Esta red existía a nivel mundial y abarcaba las zonas de las Américas y el Caribe, Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP) y Portugal. En el 2005 la secretaria ejecutiva se traslada a Brasil y queda en manos de la FioCruz, que es el centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la Educación de Técnicos en Salud. El Objetivo principal de la RES es lograr una articulación entre instituciones y organizaciones involucradas con la formación y calificación de personal técnico del área de la salud.

Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC)

El CSS busca con esta red la articulación y cooperación entre las instituciones públicas de los países de Unasur que trabajen la problemática del cáncer, con el objetivo de coordinar a nivel regional la prevención y control integral del cáncer. La red es responsable de la elaboración y ejecución de políticas y programas para controlar la enfermedad en la región (ISAGS 2017b).

Red de Escuelas de Salud Pública de Unasur (RESP)

Es una red que busca fomentar la cooperación técnica y el intercambio de experiencias entre las escuelas de salud pública y centros de formación de los países de la región, para fortalecer las capacidades locales y regionales de formación y educación permanente del personal que

está al frente de la salud. Forman parte de esta red todas las instituciones que actúan en la formación de recursos humanos en salud, dentro de los países de la región. La RESP busca la articulación directa con las políticas nacionales de salud de los países miembros, constituyendo un espacio de integración para la producción de nuevas tecnologías que contribuyan al perfeccionamiento de los sistemas de salud de la región, requisito fundamental para mejorar los sistemas de salud regionales. La RESP/Unasur está integrada por representantes de países miembros de la Unasur, la Secretaria Ejecutiva la ejerce la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) que pertenece al Ministerio de Salud de Brasil (RESP 2017).

Red de Gestión del Riesgo de Desastres (RGRD)

Esta red expresa la necesidad de mitigar el impacto de los desastres en la región a través de planes regionales que permitan realizar una respuesta oportuna y adecuada en situaciones de desastre desde una perspectiva de la salud. Desde su nacimiento en el año 2012 la red es coordinada por el Ministerio de Salud de Perú en alternancia con el Ministerio de Salud de Chile.

Red de Oficinas de Relaciones Internacionales y de Cooperación Internacional en Salud (REDSSUR-ORIS)

Esta red es una estrategia de articulación que busca promover el fortalecimiento institucional de los Ministerios de Salud de la Unasur, mejorado la articulación y la coordinación de las acciones de cooperación técnica interregional entre las Oficinas de Relaciones Internacionales en Salud (ORIS).

3.2.1. Institucionalización de las Redes Estructurantes

Las redes tienen un funcionamiento parecido al de los GsTs por cuanto son países los que se encargan de su funcionamiento y este está cruzado por los intereses de los mismos en determinado momento; las redes incluso pueden tener un funcionamiento más intermitente que el de los grupos.

Las redes que han estado más activas y en su orden son: Red de Escuelas de Salud Pública, que es coordinada por la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil y que hace parte de la FioCruz, la segunda es la Red de Gestión del Riesgo de Desastres cuya coordinación se alterna entre Chile y Perú y en tercer lugar está la Red de Institutos e Instituciones Nacionales

de Cáncer (RINC), cuya secretaria técnica ahora reside en el Instituto Nacional de Cáncer de Brasil.

Como se señaló anteriormente Brasil posee una amplia trayectoria en el tema de la formación en salud y en las políticas públicas de esa área, lo que permite pensar que las redes que coordine este país serán más dinámicas, en parte porque la cercanía física con el ISAGS logra un mejor y más coordinado funcionamiento. El Instituto y la Red –de Escuelas de Salud Pública- están trabajando estrechamente desde el 2013, especialmente porque asumieron compromisos conjuntos, en el 3° Foro Global sobre Recursos Humanos para la Salud, por ejemplo, la realización del Mapeo de la Oferta de Formación en Salud Pública en los países del bloque (ISAGS 2016, 33). Para el 2017 la Red organiza el III Coloquio Brasil-Cuba de Formación en Salud Pública buscando intercambiar experiencias exitosas de capacitación en salud pública para fortalecer el diálogo y el crecimiento conjunto de instituciones clave de los países, de cara a la clasificación de recursos humanos en sus sistemas de salud (RESP 2017).

La red de los RINC, entregó un programa de prevención del cáncer de cuello uterino que incluye la vacuna contra el virus del Papiloma Humano y que Bolivia ya empezó a implementar (Verónica Zapana “Vacunarán a 81.000 niñas contra el papiloma humano en La Paz”. *Paginasiete*, 05 de marzo de 2017. www.paginasiete.bo/sociedad/2017/3/5/vacunaran-81000-ninas-contrapapiloma-humano-129483.html). Este programa se diseñó con base en la preocupación regional y que se expresa en las directrices que los países dan al CSS y al ISAGS a través de sus Ministros y Ministras de Salud. En relación con esto Vance sostiene que este programa se generó a través de la RINC, sin embargo aún deben evaluarlo las máximas autoridades de los Ministerios de cada país y diseñar su propia implementación (Carina Vance, Directora Ejecutiva del ISAGS, entrevista con la autora, abril de 2017).

Por su parte la Red de RGRD bajo la Presidencia Pro Tempore de Perú, generó el Plan de acción red de gestión del riesgo de desastres en salud del consejo de salud suramericano- Unasur salud 2013 – 2021. Es importante recordar que este grupo es coordinado alternamente por Chile, país con experticia en atención de desastres debido a su alta actividad sísmica. En el 2016 se inició la hoja de ruta para construir el Plan Suramericano de Riesgos de Desastres en Salud 2017-2021, que pretende ser una herramienta que fortalezca los Sistemas de Salud regionales ante una situación de emergencia y que facilite los mecanismos de cooperación. En la Hoja de Ruta se incluye la construcción de una plataforma de capacitación en el espacio que el ISAGS dispuso para la Red (ISAGS 2016, 33).

Ecuador también se ha sumado a esta preocupación de fortalecer una Red Suramericana que pueda hacer frente a los diferentes tipos de riesgos en salud que corre la región y organizó junto con la RGRD la “Primera Reunión Regional de Alto Nivel sobre Gestión Inclusiva del Riesgo de Desastres” en el 2016.

De lo anterior se concluye que el trabajo de las redes se ha basado principalmente en la organización de reuniones de coordinación y seminarios de discusión sobre los temas propios. Sin embargo gracias al apoyo que brinda el ISAGS y en algunos casos también en coordinación con los grupos técnicos, han sacado productos específicos para la región. Por ejemplo los libros que son una fuente valiosa de información y de diagnóstico del área de la salud; el Plan Suramericano de Riesgos de Desastres en Salud y el programa de prevención de cáncer de cuello uterino, este último ha sido viabilizado gracias al financiamiento del FIC (Fondo de Iniciativas Comunes) de la Unasur.

Conclusiones

El principal papel del ISAGS en conjunto con las RES y los GsTs ha sido el de proveer marcos de información precisa sobre el tema de la salud y todas sus aristas en el nivel regional. El Instituto se ha convertido en un centro de pensamiento y ha cumplido con uno de los resultados esperados “ISAGS instalado y funcionando como Instituto intergubernamental de apoyo al desarrollo de pensamiento y capacitación estratégica del Consejo Suramericano de Salud” (ISAGS 2012, 18). También ha coadyuvado en el fortalecimiento de la región en términos políticos coordinando posiciones de los ministerios a nivel regional para ser presentadas en las asambleas de la OMS. Este hecho es la demostración de que el marco regional post hegemónico le ha permitido a la región ser una arena política y en cierto sentido una contestación a los procesos de globalización de la salud.

Así la Unasur se propone como un lugar para construir consensos y formar cuadros políticos y técnicos, también se presenta como coordinador industrial para romper con la tradicional situación de transferencia pasiva de conocimientos y tecnologías desde países desarrollados hacia estos países (Riggirozzi 2015, 45). Los países de la región han reconocido el rol articulador del ISAGS desde sus inicios, por ejemplo, en la reunión organizada por la Secretaria General de la Unasur para celebrar el primer año de vida del Instituto se destacó el papel del ISAGS como articulador político y su apoyo a los gobiernos de la región, también se resaltó la importancia que ha tenido en el proceso de institucionalización del bloque suramericano (ISAGS. “Secretario General del ISGAS se reúne con miembros del ISAGS y

de Redes del Consejo de Salud”, ISAGS, 13 de mayo de 2015, http://www.isags-unasur.org/it_materia.php?ev=3017&lg=2). Esto es corroborado por la Directora Ejecutiva del ISAGS Carina Vance, cuando señala que “el resultado del Banco de Precios de Medicamentos (...) es la demostración de que habiendo voluntad política, la sinergia del ISAGS con las estructuras de integración de Unasur lleva adelante proyectos factibles, concretos y trascendentales para la salud de los pueblos suramericanos” (ISAGS 2016, 9-10).

Las RES y los GsTs tienen un ritmo de trabajo que está dado por los países que los coordinan, de la experticia de estos en el tema de la salud y de su interés en la cooperación regional en salud. Así los grupos y redes más activos son los coordinados por Brasil, país líder en temas de salud y uno de los impulsores más fuertes del proceso de creación de Unasur y del Consejo de Salud Suramericano.

Sin embargo y pese a la importancia operativa que representan el ISAGS, las RES y los GsTs en el cumplimiento de los objetivos del CSS, queda claro que sus desarrollos o productos no podrán ser utilizados a nivel regional sino pasan por el tamiz del CSS y en definitiva del Consejo de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno, que son quienes toman las decisiones a nivel de macro política. Entonces por mucho trabajo de investigación para producir propuestas y proyectos, el trabajo del CSS y sus órganos subsidiarios no se extrapola automáticamente a las políticas nacionales de los países, en últimas el avance de la salud en la región es un tema de voluntad política de los gobiernos.

No obstante y, pese a que la voluntad política de los gobiernos define que se adopta y que no a nivel de estados, esto no quiere decir que no se haya avanzado. Quizás todavía no existe una resolución del CSS sobre muchos temas de la salud sobre los que dichos organismos han venido trabajando, pero lo cierto es que todos los países de la región han utilizado la información que estos han producido y en mayor o menor medida han creado una sinergia con el Instituto, las Redes y los Grupos y, siguen participando del acuerdo macro de lograr mejores condiciones de salud para la población de Suramérica. Posiblemente sea cuestión de tiempo el que se desarrolle un régimen regional en salud, lo claro es que el germen ya está instalado y de seguir fortaleciendo el trabajo de estos organismos seguramente podría hablarse en algún tiempo de prácticas-expresadas en políticas y/o acuerdos- regionales en salud.

El Consejo de Salud Suramericano y sus órganos subsidiarios han hecho un trabajo de investigación y mapeo regional muy importante que sin duda sirve como base para cualquier decisión de política que tomen los gobiernos en materia de salud. Aunque los países de la región tienen diferentes ideologías, la mayoría encuentra en el CSS una forma de lograr sus objetivos en materia de salud, ya sea desde el ahorro en el sistema de salud por medidas como rebaja en precios de medicamentos y la implementación de políticas preventivas de salud hasta la universalización de la salud. Este amplio espectro permite que todos los países confluyan en este espacio brindado por Unasur y que puedan adoptar una u otra investigación, recomendación o propuesta del CSS, sin perjuicio de adoptar todo lo que emana del Consejo.

Reflexiones finales

La investigación realizada permite inferir de entrada que el tema de la salud en Unasur estuvo motivado por intereses regionales y locales de los países. Regionales en el sentido de la necesidad de hacer frente a las pandemias de la época a través de la cooperación sectorial, necesidad que le da origen al Consejo de Salud Suramericano y subsecuentemente a los órganos subsidiarios (ISAGS, Grupos Técnicos y Redes Estructurantes) que serán de gran apoyo para la labor del Consejo. Estos órganos subsidiarios con la coordinación del ISAGS han llevado a cabo reuniones y talleres donde han logrado coordinar las agendas de los diferentes organismos que trabajan la salud en la región, acordar posiciones de los países para llevar a escenarios mundiales y, han recogido información precisa sobre el estado de la salud regional, para que sobre esa base los países tomen decisiones de política.

Al hacer seguimiento del Consejo se encontraron procesos muy interesantes que bien merecen ser resaltados y es lo que se hará a continuación, desarrollando un poco más los hallazgos enumerados en la primera parte de esta investigación.

La creación y puesta en marcha de la Unasur se dio gracias al auge de gobiernos de izquierda o centro izquierda que le permitieron a la región alejarse de la órbita estadounidense y comenzar a actuar de manera más autónoma a nivel regional e internacional, de tal suerte que los problemas sociales tuvieron especial relevancia y fueron el foco de la integración regional; dando paso a lo que se conoce como regionalismo post hegemónico (Briceño Ruíz 2014; Riggiozzi 2012; Riggiozzi & Tussie 2012; Serbin 2011). En especial este último resalta la capacidad política de los procesos de unión y cooperación como la Unasur y el ALBA y que permiten que la región tenga capacidad de acción a nivel regional y reconocimiento a nivel mundial.

En medio de este marco se volvió prioritario trabajar una agenda social que permitiera superar el tema de la pobreza y los problemas asociados a ella y así cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Uno de los problemas más difíciles que enfrentaba la región en ese momento eran la pandemia de gripe AH1N1 y las epidemias de cólera y dengue, razón por la cual el tema de la salud cobró especial interés. Se produjo entonces, una apuesta política para formar espacios de cooperación regional basada en el principio de solidaridad que se ejemplifica en la creación del Consejo de Salud Suramericano (CSS).

La razón de esta apuesta política se explica por dos motivos. El primero tiene que ver con el movimiento autodenominado de Medicina Social y Salud Colectiva que nació en Brasil pero que encontró en Ecuador un escenario receptivo a sus propuestas. El movimiento proponía el cambio de enfoque para estudiar y tratar el tema de la salud y sostenía que este estaba directamente relacionado con condiciones económicas y sociales de la población, más conocido como determinantes sociales de la salud. Sus miembros fueron activistas o cercanos a movimientos políticos que triunfaron electoralmente en la región a comienzos del Milenio. Por tanto el auge de gobiernos de izquierda o centro izquierda aumentaron la influencia del movimiento en la agenda nacional y regional de salud.

El segundo está dado por los intereses de los países para apuntalar el tema de la salud en Unasur y así crear el CSS. Para el caso de estudio Ecuador y Brasil tienen intereses particulares en el tema y de ahí su decidido impulso a esta agenda. Brasil tiene la industria farmacéutica más potente de la región y evidentemente puede proveer de medicamentos esenciales y de alto costo a los demás países de la Unasur a menor precio. Esto es algo que se discute desde el comienzo en el CSS, por eso uno de los Grupos Técnicos es el de acceso universal a medicamentos. Por su parte Ecuador tiene interés en adquirir medicamentos a bajo costo y además salvaguardar su biodiversidad y recursos biogenéticos, que eventualmente puede ser un recurso esencial en investigaciones médicas propias y en la región. Así le queda más fácil proteger y utilizar este recurso, en el marco de un bloque regional, entre otras porque dentro del mapeo de capacidades de producción de medicamentos a nivel regional, que adelanta el CSS, este recurso es un insumo esencial y puede ser en un momento dado una herramienta esencial de negociación al interior y exterior de la región.

Es así como Ecuador durante la Secretaría Técnica del CSS, promovió el desarrollo de políticas integradas que aseguren el acceso a medicamentos esenciales, de tal suerte que se creó una estrategia global sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual. También se aprobaron en este periodo el Plan Quinquenal 2010-2015 del CSS y la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), la estrategia contra el dengue, constitución de los Grupos Técnicos de desarrollo de recursos humanos, sistema de salud y acceso universal a medicamentos, programa de becas Unasur-Salud, comenzaron a funcionar dos redes estructurantes y se diseñó la estrategia para comprar vacunas para la gripe AH1N1 a través del fondo rotativo de la OPS. Hasta la fecha Brasil no ha asumido la Secretaría Técnica del CSS pero esto no ha sido obstáculo para que lidere el tema de la salud al interior de la

Unasur. Brasil ha puesto su experiencia y recursos para la creación y puesta en marcha del ISAGS -también denominado Instituto en este capítulo- a través de la Fundación FioCruz, así como sus investigaciones en el tema de acceso a medicamentos, quizás el mayor compromiso quedo demostrado al ratificarse el acuerdo sede del Instituto en Rio de Janeiro.

Aunque fue la Unasur la organización que desde su creación apostó decididamente por el tema de la Salud, en Suramérica la salud se venía trabajando previamente a nivel andino (Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue -ORAS-CONHU), amazónico (Organización del Tratado de Cooperación Amazónica -OTCA) y del Mercosur (Mercado Común del Sur). Es así como el CSS decide recoger los avances en salud de estas organizaciones, en busca de complementariedades y evitando la duplicación de funciones y esfuerzos. De tal suerte que el Comité Coordinador del CSS tiene a un representante de cada una de estas organizaciones más uno de la OPS, en calidad de observador y, el ISAGS firmó un convenio marco de cooperación interinstitucional con el ORAS-CONHU. Adicionalmente a través del ISAGS se organizó un taller de organismos intergubernamentales que buscó coordinar las agendas de estos y se sumó la participación del sector de desarrollo en salud de la Comunidad del Caribe (Caricom). De tal modo puede concluirse que se está alcanzando el objetivo 21 del Tratado Constitutivo, que usa la cooperación sectorial como mecanismo para profundizar la integración suramericana a través del intercambio de información, experiencias y capacitaciones.

El ISAGS empieza sus acciones en el 2011, su creación es una clara muestra del consenso político de los países que reconocieron en su momento a la salud como un tema fundamental para alcanzar la paz y desarrollo de los pueblos. El Instituto es una herramienta de trabajo del CSS y por tanto también rinde cuentas al Consejo de Ministros de la Salud de la región. Su principal objetivo es constituirse en un centro de altos estudios y debate de políticas para el desarrollo de líderes y recursos humanos estratégicos en salud, insumos que facilitaran la conducción de la salud en la región. Para ello el Instituto ha terminado todas la etapas de institucionalización y cuenta con: sede propia, estatuto, reglamentos de contratación de personal internacional, lo que también garantiza su independencia. De esta forma el ISAGS coadyuva en el cumplimiento del objetivo de la Unasur que propende por el fortalecimiento de Suramérica como espacio político y cohesivo, en este caso en el área de la Salud. Lo hace a través de dos formas. Primero, la construcción de masa crítica alrededor del tema de la salud y segundo, el fortalecimiento de las redes de conocimiento.

El ISAGS ayudó al grupo técnico de acceso a medicamentos a crear la herramienta del banco de precios de medicamentos, que permite comparar los precios a los que los países compran ciertos medicamentos; información que mejora la posición negociadora de los países a nivel individual frente a las multinacionales farmacéuticas. Por tanto se puede lograr el menor precio de los medicamentos, se hace un ahorro en el presupuesto nacional de la salud y se va generando una dinámica de confianza que puede crear en un futuro no muy lejano una negociación en bloque frente a las farmacéuticas para lograr aún mejores precios. Hasta el momento es la Organización Panamericana de la Salud la que realiza compras para grupos de países a través del Fondo Rotatorio. Sobre este tema es necesario señalar que el Instituto está encargado de adelantar el mapeo de las capacidades regionales para la producción de medicamentos, proyecto solventado por el Fondo de Iniciativas Comunes de la Unasur y cuyo objetivo es buscar complementariedades y empezar la producción regional de algunos medicamentos para no depender completamente de las multinacionales farmacéuticas.

El Instituto también lidera dos estudios en esta área: uno sobre los medicamentos que están en riesgo de desabastecimiento y que la región necesita, el otro tiene que ver con mejores prácticas en compras públicas. En otro escenario el Instituto ha jugado un papel importante ayudando a coordinar posiciones conjuntas de los países de Unasur en escenarios mundiales. Así por ejemplo los países han llevado posiciones en bloque a las Asambleas de la OMS frente a los temas de acceso a medicamentos, regulación de la participación de actores no estatales al interior de la OMS, aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y la posible vulneración a la soberanía de los países. A nivel regional llevo posición unificada sobre el tema de los sucedáneos de la leche materna. El ISAGS ha sido un espacio de reunión y discusión para los países en torno al tema de la salud, más allá de las diferencias diplomáticas que puedan existir. Es decir pese a la posible ralentización que sufre la Unasur –quizás producto del cambio de algunos gobiernos- el tema de la salud sigue siendo atendido por los países, con algunas intermitencias pero de manera constante.

El Instituto se ha convertido en una herramienta fundamental para el logro de los objetivos del CSS y por ende de la Unasur en materia de alcanzar la equidad social. La información que produce el Instituto en compañía de los Grupos Técnicos y las Redes Estructurantes han servido de base para mejorar la posición política de la región en el marco internacional, por ejemplo a finales de marzo del año en curso, el entonces candidato y hoy Director General de

la OMS Tedros Ghebreyesus expresaba el importante papel que una organización como la Unasur puede jugar a la hora de hacer efectivas las resoluciones que emanen de la OMS.

El actual director y los otros dos candidatos de entonces, se reunieron en Quito el 31 de marzo de 2017 en la sede de la Unasur con motivo de la reunión del CSS y tuvieron un espacio para dialogar y conocer las necesidades de la región en el área de la salud. Este espacio de reunión, así como un número importante de conferencias y talleres de alto nivel, han contado con la coordinación del ISAGS, labor importante que ha permitido poner a la región como un actor que esta abanderado y preocupado por los temas de la salud en su hemisferio y que cada vez va ganando espacio en los foros mundiales como la OMS y los regionales como OPS.

Todas las acciones del ISAGS, los Grupos Técnicos y las Redes Estructurantes son logros del CSS porque es sólo bajo este marco que estos organismos pueden existir y que tienen una orientación específica en relación con alcanzar mejores condiciones de salud para la región.

La pregunta central de esta investigación versó sobre la posibilidad de hablar de régimen regional de salud, con base en los desarrollos del Consejo de Salud Suramericano y como habían contribuido a esa posibilidad los órganos subsidiarios del Consejo. En los siguientes párrafos se comparan los hallazgos de la investigación a la luz de las teorías de regímenes internacionales, para determinar si en efecto se asiste a la formación de un régimen regional de salud.

En primer lugar se tiene que, la declaración inicial de la CSN resaltó la necesidad de superar las asimetrías en búsqueda de una integración equitativa y donde el tema social jugara un papel central. Estos compromisos en la declaración inicial, hacen parte de las expectativas comunes con las que llegaron los países en la etapa inicial de la formación de Unasur, es decir hay una convergencia de los países de la región, en un área determinada de las relaciones internacionales.

Es recurrente la apelación de los países a un principio rector de sus relaciones, aquel que contempla la solidaridad y cooperación como herramientas para lograr mayor equidad y reducir la pobreza, basados en el multilateralismo. Esta acción también puede entenderse como una convergencia inicial que guiará las relaciones de los países al interior de la Unasur. Se tiene entonces que los intereses que motivaron la creación y posterior avance del CSS, se entienden perfectamente a la luz de los incentivos para crear los regímenes internacionales. La teoría señala que los regímenes tienen la capacidad de coordinar las áreas que representan

intereses o aversiones comunes, evitando que los estados tomen decisiones a nivel individual y confíen en el régimen para actuar en tales áreas.

Para el caso que nos atañe pueden verse desde la perspectiva de intereses o aversiones comunes, dado que los países entienden que los resultados de la actuación en conjunto siempre van a ser mejores que los que resultan de las actuaciones individuales, además que la salud es un tema que no reconoce fronteras y por tanto su atención debe ser mancomunada. En esta tesis se ha sostenido que los desarrollos en salud de la Unasur pueden entenderse como regímenes de intereses comunes porque era indispensable actuar mancomunadamente (cooperar), para enfrentar los desafíos de salud en la región. Sin embargo, también pueden entenderse como regímenes de aversiones comunes en tanto que en tanto los países no quieren seguir teniendo los mismos resultados en salud que han tenido hasta ahora y de los cuales el movimiento social hizo suficiente denuncia y para ello es necesario realizar acciones coordinadas.

Con relación a esto último es evidente que el CSS a través de sus órganos subsidiarios, ha coordinado importantes acciones en salud con impacto directo en los países; por ejemplo el programa de prevención contra el Cáncer de cuello uterino, el etiquetado de alimentos, el estudio de los medicamentos que la región necesita con más urgencia y que las multinacionales han dejado de producir, así como la iniciativa (aún por implementar) de compras regionales de medicamentos, con base en la información dada por la herramienta del banco de precios de medicamentos.

De esta manera los países han tomado decisiones muy importantes en el área de la salud a nivel regional, como el plan de atención inmediata a la epidemia de Dengue y la pandemia AH1N1, que azotaban a la región en el primer decenio del siglo XXI; el levantamiento de información sobre el estado de la salud a nivel epidemiológico y de enfermedades recurrentes, de infraestructura, cobertura y modelos de aseguramiento.; la definición de las áreas de trabajo del CSS, su estatuto y el estatuto de creación del ISAGS. Los estatutos de estos dos órganos pueden ser entendidos como reglas, que son prescripciones o procripciones para la acción, por cuanto el CSS y el ISAGS deben ajustarse a los objetivos macro de la Unasur, en materia de salud.

En segundo lugar es claro que hay una mejora en los costos de transacción porque en efecto hay mayor y mejor disponibilidad de información para los países, sobre los temas

relacionados con la salud y con la adquisición de medicamentos de alto costo, que es quizá es uno de los temas neurálgicos que deben enfrentar todos los sistemas de salud a nivel regional. También se ahorran costos al usar al Instituto y sus recursos para las investigaciones específicas de salud, que cada país requiera hacer.

Lo anterior se evidencia al constatar que el CSS proporciona información clara y precisa sobre el estado de la salud en la región y sus temas conexos, lo que facilita la actuación de los países y, al brindar un marco para compartir información reduce los costos de transacción. Sus actuaciones también pueden verse como el intermedio entre las variables causales básicas que llevan a los países a actuar a nivel regional: el interés egoísta, poder político, hábitos, costumbres y conocimiento y por el otro lado los resultados y el comportamiento. Es decir los países sí han modificado su comportamiento parcialmente, en primer lugar porque han decidido cooperar en un área no tradicional, segundo porque se han ocupado de temas que antes no hacían debido a su orientación política y que ahora, pese a su orientación política, deciden trabajar en conjunto. Por ejemplo, en el tema de la negociación para la compra a menor precio de medicamentos a multinacionales, que en algunos países pueden tener un trato preferencial incluso más favorecido que el que se le da a la industria nacional. Es decir, pese a la orientación neoliberal de algunos países y los privilegios que en su fuero interno le den a las multinacionales, a nivel internacional actúan en bloque evidenciando la posición ventajosa de estas últimas.

Los regímenes facilitan la creación de acuerdos mutuos que son la base para proveer marcos de negociación. Esta característica está presente en el accionar del ISAGS por cuanto promovió la concertación de posiciones conjuntas de los países de la región en los diferentes foros internacionales, por ejemplo en las asambleas mundiales de la salud. Se presenta de igual manera la característica de los regímenes internacionales que deposita en un conjunto de élites la responsabilidad de representar a los estados y sus intereses dentro del régimen, por cuanto el Instituto cuenta con una planta internacional de personal.

En tercer lugar y abordando la parte de institucionalización de los regímenes, se evidenció que: el área de asuntos sociales -incluido el tema de la salud-, tiene destinada una oficina en la Secretaría General de la Unasur. El CSS sesiona la mayoría de veces en la Sede de Unasur en Quito, no obstante, dada su naturaleza puede funcionar y sesionar desde el país que ostente la Presidencia pro Tempore de la Unión. Ahora bien el ISAGS, que como se menciono es la herramienta fundamental de acción del CSS, sí tiene una institucionalidad propia con

burocracias internacionales definidas, que permite la representatividad de los países, con un estatuto y normas de funcionamiento claras. Este funcionamiento regular le imprime una dinámica de institucionalidad al CSS y, ayuda a regularizar un espacio de toma decisiones y búsqueda de acuerdos; situación que también puede ser vista como una característica de los regímenes. Es claro que la institucionalización de los órganos subsidiarios del CSS, ha creado interesantes procesos de cooperación en salud y eventualmente pueden cumplir funciones de regímenes internacionales.

También es preciso señalar que los procedimientos de toma decisiones en la Unasur, y por ende en todos los consejos, se basan en el consenso. Esta es una práctica que prevalece para crear decisiones, como reza la teoría de los regímenes, sin embargo y por el mismo carácter del mecanismo, los países están en potestad de implementar o no un acuerdo colectivo. Esta circunstancia denota que las actuaciones del CSS no constituyen aún un régimen regional en salud, por cuanto ninguna acción se constituye por sí sola en decisión política y que además obligue a los estados a cumplirla.

Todas las recomendaciones y propuestas en materia de política en salud que emanen del CSS, deben pasar por la aprobación del Consejo de Jefes y Jefas de Estado y de Gobierno y aun así no son vinculantes, aunque se entiende que cualquier decisión al ser aprobada por consenso cuenta con el beneplácito para su ejecución en cada uno de los países, esto no sucede; sigue siendo decisión de los Estados adoptar o no, una recomendación o propuesta de la Unasur. Ejemplo de lo anterior en la herramienta de Banco de Precios de Medicamentos, ya se hizo el lanzamiento oficial en Unasur pero es potestad de los países usarla o no.

Concluyendo esta parte comparativa puede decirse que aunque existe un nivel de institucionalización no hay normas explícitas que regulen procedimientos así como los comportamientos de los países, por tanto el marco normativo aun es débil y esta es una característica fundamental para la formación de un régimen.

No obstante, en lo que sí han contribuido los desarrollos del CSS es a reforzar los conceptos de Regionalización, Regionalidad y Regionalismo, entendido desde el Nuevo Enfoque Regionalista (NRA), por sus siglas en inglés. Con relación a esto último hay un proceso de regionalización de políticas que muy seguramente ya sucedía en el marco de ciertas organizaciones como ORAS-CONHU y Mercosur, pero que ha sido más evidente y extendido en el marco del CSS de la Unasur.

Entendiendo que la regionalización denota procesos de interacciones económicas, políticas, sociales y/o culturales que se dan de manera creciente entre estados y sociedades que comparten un espacio geográfico común. Entonces ciertas acciones de los países están siendo compartidas entre ellos gracias a su puesta en común en el seno del CSS. Ejemplos relevantes de este compartir de políticas son:

1. La articulación en el ámbito de la vigilancia epidemiológica
2. La asunción de los Determinantes Sociales de la Salud como un problema a enfrentar inmediatamente para ver la salud de una manera más integral, con base en la investigación de Brasil
3. Buscar una negociación conjunta de medicamentos, usando la herramienta del banco de precios de medicamentos y con base en la experiencia de Argentina en el tema
4. Iniciar un programan de prevención contra el Cáncer de cuello uterino con base en la Información la RINC (Red de Institutos Nacionales de Cáncer) y la experiencia chilena
5. Lograr que toda la región implemente el etiquetado de alimentos, siguiendo el ejemplo de Ecuador que lo instauró en 2013

Fuente: Con base en la información recogida en la investigación, 2017.

Frente a esta última política Chile aprobó el etiquetado y Bolivia está pendiente de volverlo una Ley nacional, por su parte al Congreso colombiano se llevó la discusión, pero gracias al lobby empresarial el proyecto fue archivado, la misma suerte corrió para el proyecto en el Congreso de Perú y la Asamblea General de Uruguay. No obstante es un logro que de cinco países que tienen etiquetado de alimentos a nivel mundial la región tenga tres países que lo han implementado.

Esta regionalización o compartir de políticas y prácticas sin duda ayudan a reforzar el proceso de construcción de la región, que pretende definirse a sí mismo como una región preocupada

por la salud, que la adopta como un derecho humano y que ha adoptado y adaptado en sus sistemas de salud elementos de atención primaria con miras a prevenir la enfermedad.

En cuanto a la regionalidad entendida como la búsqueda de un proyecto político que pueda establecer una identidad y coherencia regionales, es claro que todas las actuaciones del CSS apuntan a conseguir los objetivos sociales de la Unasur, objetivos que distinguen claramente a esta organización de los proyectos de integración regional. El grado de coherencia e identidad van a definir la posición de la región en el sistema mundial, por eso son importantes todas las acciones que apunten a consolidar esta identidad. La región debe entenderse como un proceso que está en constante cambio y evolución, que tiene una dimensión simbólica porque es imaginada y una dimensión física por cuanto posee una base territorial y según Hettne “este es el primer paso en el camino a la regionalidad” (Hettne 2002, 956).

Börzel y Risse sostienen que la mayoría de las teorías de la integración “asumen que la regionalización es probablemente la que genera el regionalismo en términos de creación de instituciones formales” (Börzel y Risse 2016, 7). Siendo así puede entenderse la creación del CSS como un paso para generación de un nuevo regionalismo suramericano que es liderado por la Unasur. Entendiendo el regionalismo como un espacio de acción común que esta mediado por intereses autonómicos que han permitido la redefinición de los objetivos de desarrollo de la región.

Finalmente, es necesario señalar que lo que hace el CSS de Unasur, pese a su corta existencia, denota características de los regímenes internacionales desde varias aristas: los incentivos para crearlos, poseen mecanismos que en efecto pueden verse como procedimientos de toma de decisiones y algunos como reglas y normas de comportamiento, pero el marco normativo es aún débil y no cumplen con la característica fundamental prescribir comportamientos para sus miembros. Esta característica es la que permite que los miembros, en este caso los países, confíen en el régimen, en su capacidad de llevar a todos los actores a actuar de determinada manera en situaciones concretas.

Resulta evidente que los países convergieron alrededor de expectativas y crearon unos principios que comparten en el área de la salud, que han sido vehiculados por la Unasur. Esto ha procurado avances innegables, entre ellos la articulación de políticas y actuaciones a nivel regional, que bien pueden ser el germen o embrión de un régimen regional en salud, que precisa de mayor voluntad política para consolidarse.

Así y debido al nivel de evolución del CSS, puede ser más apropiado estudiar el fenómeno a la luz de la gobernanza regional, que tiene un marco de análisis más amplio pero que se sale del objetivo de esta investigación.

Lista de Siglas

ABIAFINA. Asociación Brasileña de las Industrias de Química Fina, Biotecnología y sus Especialidades

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

AH1N1. influenzavirus A subtipo H1N1

ALAMES. Asociación Latinoamericana de Medicina Social

ALBA. Alianza Bolivariana para los pueblos de nuestra América

ALCA. Área de Libre Comercio de las Américas

ANVISA. Agencia de Vigilancia Sanitaria de Brasil

BPM. Banco de Precios de Medicamentos

CAN. Comunidad Andina de Naciones

CARICOM. Comunidad del Caribe

CELAC. Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe

COSIPLAN. Consejo Suramericano de Infraestructura y Planeamiento

CRIS. Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz

CSN. Comunidad Suramericana de Naciones

CSS. Consejo de Salud Suramericano

FIOCRUZ. Fundación Oswaldo Cruz

FMLN. Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional

GsTs. Grupos Técnicos

I&D. Investigación y Desarrollo

INESSS. Instituto de Excelencia en Salud y Servicios Sociales

ISAGS. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

IIRSA. Integración de la Infraestructura Regional Suramericana

MERCOSUR. Mercado Común del Sur

MS&SC. Movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva

NRA. New Regionalism Approach

ODM. Objetivos de Desarrollo del Milenio

OIs. Organizaciones Internacionales Formales

OMC. Organización Mundial del Comercio

OMS. Organización Mundial de la Salud

ONU. Organización de las Naciones Unidas

OPS. Organización Panamericana de la Salud

ORAS-CONHU. Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue

OTCA. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica

PDA. Polo Democrático Alternativo

PPT. Presidencia Pro Tempore

PRD. Partido de la Revolución Democrática.

REDSSUR-ORIS. Red de Oficinas de Relaciones Internacionales y de Cooperación
Internacional en Salud

RES. Redes Estructurantes

RESP. Red de Escuelas de Salud Pública de Unasur

RETS. Red de Escuelas Técnicas de Salud de Unasur

RGRD. Red de Gestión del Riesgo de Desastres

RINC. Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer

RINS. Red de Institutos Nacionales de Salud de Unasur

SADC. Comunidad para el Desarrollo de África Austral, por sus siglas en inglés

ST. Secretaria Técnica

UNASUR. Unión de Naciones Suramericanas

VCB. Variables Causales Básicas

VIH/SIDA. Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Lista de entrevistas

Breilh, Jaime, (Rector Universidad Andina), en conversación con la autora, abril de 2017

Guevara, Margarita, (Ex Ministra de Salud de Ecuador), en conversación con la autora, marzo de 2017.

Nascone, Mariano, (Director de Asuntos Sociales de la Unasur), en conversación con la autora, marzo de 2017.

Skerrett, Peter, (Director de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública de Ecuador), en conversación con la autora, abril de 2017.

Vance, Carina, (Directora Ejecutiva del ISAGS), en conversación con la autora, abril de 2017.

Lista de referencias

- Abbott, K y Duncan Snidal. 1998. "Why states act through Formal International Organizations". *The Journal of Conflict Resolution* 1 (42):3-32.
- Aggarwal, V. 1981." Regime Transformation: An Analysis of the International Textile! Apparel System-1955-1978". Ponencia presentada en la conferencia de International Studies Association, Filadelfia, Estados Unidos.
- Anaya, A. 2014. "Los derechos humanos en y desde las relaciones internacionales". En *los Derechos Humanos en las ciencias sociales: una perspectiva multidisciplinaria*, coordinado por Ariadna Estévez y Daniel Vázquez, 43-76. Mexico: FLACSO.
- Battaglia, Matias. 2011. "UNASUR, la consolidación del pensamiento geopolítico brasileño". Tesis para Maestría en relaciones y negociaciones internacionales. FLACSO-Argentina.
- Bitacora Farmacéutica. 2004. "Estudio de Mercado-Brasil. Sector Farmacéutico", <https://bitacorafarmaceutica.files.wordpress.com/2008/08/la-industria-farmaceutica-en-brasil.pdf>.
- Börzel, Tanja y Thomas Risse. 2016. "Introducción: Framework of the handbook and conceptual clarifications". En *The Oxford Handbook of Comparative Regionalism*, 3-15. Oxford: Oxford University Press.
- Breilh, Jaime, Iriat Celia, Estrada Alfredo, Waitzkin Howard y Emerson Elias Merhy. 2002. "Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos" En *Revisita Panamericana de la Salud*, 2 (12): 128-136.
- Breilh Jaime.2015. "Urgencia de interpelar a los decisores de políticas de integración desde el derecho integral a la salud". Ponencia presentada en: Mesa redonda Políticas regionales en salud: la incursión de UNASUR. Quito, Ecuador.
- Briceño Ruíz, José. 2014. "Del Regionalismo abierto al Regionalismo Post hegemónico en América Latina". En *Política Internacional e Integración Regional Comparada en América Latina*, editado por Willy Soto Acosta, 23-33. Costa Rica: UNA/FLACSO.
- Bull, H.1977. *The Anarchical Society: A Study of Order in World Politics*. New York: University Press.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2008. "Panorama Social de América Latina",

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1229/S0800829_es.pdf;jsessionid=08049B2EF54293BD946872D5B3E5E60E?sequence=1.

- Da Motta Veiga, Pedro, y Sandra Rios. 2007. “A emergência do regionalismo pós-liberal Na América do Sul”. *CEPAL – SERIE Comercio internacional* 82: 15-20.
- Frederking, B y Paul F. Diehl. 2015. *The politics of Global Governance*. Londres: Lynne Rienner.
- Galeano Diego, Trotta Lucia y Hugo Spinelli. 2011. “Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida” en *Salud Colectiva* 3 (7): 285-315.
- Giovanella, Ligia, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar. 2012. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Prologo. Rio de Janeiro: ISAGS.
- Gluber, DJ. 2005. “*The emergence of epidemic dengue fever and dengue hemorrhagic fever in the Americas: a case of failed public health policy*” En *Revista Panamericana de Salud Pública* 4 (17): 221-224. doi.org/10.1590/S1020-49892005000400001.
- Gómez-Mera, Laura. 2008. “How ‘new’ is the ‘New Regionalism’ in the Americas? The case of Mercosur”. *Journal of International Relations and Development* 11 (3): 279-308. doi.org/10.1057/jird.2008.14.
- Gómez, Mikel, López Gómez María del Socorro y Andrés Araujo de la Mata. 2008. “Los ADPIC Plus en los actuales tratados bilaterales impulsados por Estados Unidos y consecuencias en los países en desarrollo” en *Revista de Economía Mundial* 20: 23-48.
- Haas, E. 1982. “Words can hurt you; or, who said what to whom about regimes”. *International Organization* 2 (36): 207-243. [doi:10.1017/S0020818300018932](https://doi.org/10.1017/S0020818300018932).
- Hasenclever, A, Peter Mayer y Volker Rittberger. 1997. *Theories of International Regimes*. Madrid: Cambridge University Press.
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y María del Pilar Baptista. 2010. *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. México D F: Mc Grow Hill Education.
- Hettne, Björn. 2002. “El Nuevo Regionalismo y el retorno a lo político”. *Comercio Exterior* 11 (52): 954-965.
- Hurrell, Andrew. 1995. “Regionalism in Theoretical Perspective”. En *Regionalism in World Politics: Regional Organization and World Order*, editado por Louise Fawcett y Andrew Hurrell, 37-73. Oxford: Oxford University Press.

- ISAGS (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud). 2006. “Declaración de Cochabamba Colocando la Piedra Fundamental para una Unión Sudamericana”, [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb\[611\]ling\[2\]anx\[1826\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb[611]ling[2]anx[1826].pdf).
- _____. 2011. “Consejo de Salud Suramericano. Presidencia Pro-Tempore de Ecuador Memorias de la Gestión 2009-2011”, [http://isags-unasul.org/uploads/biblioteca/1/bb\[413\]ling\[2\]anx\[1295\].pdf](http://isags-unasul.org/uploads/biblioteca/1/bb[413]ling[2]anx[1295].pdf).
- _____. 2011a. “Sobre el ISAGS”, <http://www.isags-unasur.org/isags.php?lg=2>.
- _____. 2011b. “Consejo de Salud-Antecedentes y Estructura”, <http://www.isags-unasur.org/estructura.php?lg=2>.
- _____. 2012. “Plan de Trabajo Trienal 2012-2015”, http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=1&bb=47&lg=2.
- _____. 2016. “Informe Anual”, [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3597\]ling\[2\]anx\[868\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3597]ling[2]anx[868].pdf).
- _____. 2017. “Sobre el ISAGS”, <http://isags-unasul.org/isags.php?lg=2>.
- _____. 2017a. “Consejo de Salud-Grupos Técnicos”, <http://www.isags-unasur.org/gts.php?lg=2>.
- _____. 2017b. “Consejo de Salud-Redes Estructurantes”, <http://www.isags-unasur.org/redes.php?lg=2>.
- Itamaraty (Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil). 2012. “Unasur/ CMRE/Resolución N° 20/2012- Presupuesto del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) del Consejo de Salud Suramericano”, http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/RES20.2012.pdf.
- Jackson, Thaddeus. 2011. *The Conduct of Enquiry in International Relations. Philosophy of Science and its implications for the study of world politics*. London: Routledge.
- Jervis, R 1982. “Security Regimes”. *International organizations* 2 (36): 357-378.
- _____. 1999. “Realism, Neoliberalism, and Cooperation”. *International Security* 1 (24): 42-63.
- Katz Caludio. 2008. *El rediseño de América Latina, Alca, Mercosur y Alba*. La Habana: Editorial de las ciencias sociales.
- Keohane, R. 1982. “The demand for International Regimes”. *International Organizations* 36(2): 325-355.
- _____. 1984. *After Hegemony*. New Jersey: Princeton University Press.
- Keohane, R. y Joseph Nye, ed. 2012. “Interdependence in World Politics”. En *Power And Interdependence*, 3-19- Stoughton: Pearson.

- Krasner, S. 1982. "Structural Causes and Regime Consequences: Regimes as Intervening Variables". *International organizations* 2 (36): 185-205.
- _____. 1982a. "Regimes and the limits of realism. Regimes as Autonomos Variables". *International organizations* 36(2): 497-510.
- Lamonth, Christopher. 2015. *Research Methods in International Relations*. London: SAGE.
- Malamud, A. y Gian Luca Gardini. 2012. "Has Regionalism Peaked? The Latin American Quagmire and Its Lessons". En *The International Spectator: Italian Journal of International Affairs* 1(47): 116-133. doi.org/10.1080/03932729.2012.655013
- Martínez, Eric. 2008. "Dengue". En *Estudios Avanzados*, 64 (22): 33-52. doi.org/10.1590/S0103-40142008000300004.
- Mattli, Walter. 1999. *The Logic of Regional Integration: Europe and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Milner, Helen. 1992. "International Theories of Cooperation among Nations: Strengths and Weaknesses". *World Politics* 44 (3): 466-496.
- Mitrany, David. 1975. *The Functional Theory of Politics*. Londres: London School of Economics and Political Science.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2007. *Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2009. "Declaración de la Reunión Extraordinaria del Consejo de Salud Suramericano. Ecuador, en su Bicentenario de la Independencia", http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=87-declaracion-de-la-reunion-extraordinaria-del-consejo-de-salud-suramericano&Itemid=599.
- ORAS-CONHU (Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue). 2009. "Consejo de Salud Suramericano Acuerdo No 01/09/-21/04/09 Anexos I, II, III y Acuerdo No 02/09/-21/04/09", [http://www.orasconhu.org/documentos/actaconsejo\[1\]unasur%202009.pdf](http://www.orasconhu.org/documentos/actaconsejo[1]unasur%202009.pdf).
- Parlamento Europeo. 2004. "Declaración del Cusco sobre la Comunidad Sudamericana de Naciones-III Cumbre Presidencial Sudamericana", http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/fd/200/200412/20041216_03_d.pdf.
- Puchala, D y Raymond F. Hopkins. 1982. "Lessons from inductive analysis". *International Organizations* 2 (36): 245-275.

- Riggirozzi, Pia. 2012. "Regional Health Governance in South America: Redefining Regionalism and Regional Responsibilities". Ponencia presentada en la UNU/CRIS–UASB Doctoral School, Quito, 10 de agosto.
- _____.2012a. "Re-territorializando consensos: Hacia un regionalismo post-hegemónico en América Latina". En *El regionalismo "post-liberal" en América Latina y el Caribe: Nuevos actores, nuevos temas, nuevos desafíos. Anuario de la Integración Regional de América Latina y el Gran Caribe 2012*, editado por Andrés Serbin, Laneydi Martínez y Haroldo Ramanzini Júnior, 129-152. Buenos Aires: CRIES.
- _____.2012b. "Region, Regionness and Regionalism in Latin America: Towards a New Synthesis". *New Political Economy* 4 (17): 421-443.
doi.org/10.1080/13563467.2011.603827.
- _____.2015. "UNASUR: una construcción de una diplomacia regional en materia de salud a través de políticas sociales". *Estudios Internacionales* 181: 29-50.
- Riggirozzi, Pía y Diana Tussie. 2012. *The Rise of Post – Hegemonic Regionalism*. Londres: Springer.
- Riggirozzi, Pia y Jean Grugel. 2016. "Políticas de salud en UNASUR; legitimidad, democracia y legitimidad de resultado". *Pensamiento Propio* 43(21): 173-200.
- Rico, Jesús. 1997. "Neoliberalismo, salud pública y atención primaria". En *Colombia médica*, 1(28): 27-33.
- Rojas A, Francisco, ed. 2011. *Multilateralismo Vs Soberanía. La construcción de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños*. Buenos Aires: Teseo-FLACSO.
- RESP (Red de Escuelas de Salud Pública). 2017. "Acerca de la RESP", <http://www6.ensp.fiocruz.br/resp/?q=es/node/4>.
- Samper, Ernesto. 2014. "La visión estratégica de la Unión de Naciones Suramericanas". Ponencia presentada en el *Seminario Internacional: Integración y Convergencia en América del Sur*, centro cívico Eloy Alfaro, Guayaquil 3 - 4 de diciembre.
- Sanahuja, José A. 2008-2009. "Del 'regionalismo abierto' al 'regionalismo post-liberal' Crisis y cambio en la integración regional de América Latina". *Anuario de la Integración regional de América Latina y el Caribe* 7:11-54.
- _____.2012."Regionalismo post liberal y multilateralismo en Sudamérica: El caso de UNASUR". En *El regionalismo "post-liberal" en América Latina y el Caribe: Nuevos actores, nuevos temas, nuevos desafíos. Anuario de la Integración Regional de*

- América Latina y el Gran Caribe 2012*, editado por Serbin, Andrés, Laneydi Martínez y Haroldo Ramanzini Júnior, 19-71. Buenos Aires: CRIES.
- _____. 2012a. “Cambio de ciclo en el regionalismo y la integración regional en América Latina: Enfoques diferenciados y búsqueda de marcos comunes”. En *De Madrid a Santiago: Retos y oportunidades. Balances y Perspectivas de las relaciones entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe*, compilado por Bonilla, Adrián y María Salvadora Ortíz, 143-156. San José: FLACSO.
- Serbin, Andrés. 2011. *Los nuevos escenarios de la regionalización: Déficit democrático y participación de la sociedad civil en el marco del regionalismo suramericano*. Buenos Aires: CRIES.
- Stein, Arthur. 1982. “Coordination and Collaboration: Regimen in an Anarchic World”. *International Organization* 2 (36): 299-324.
- Strange, S. 1982. “Cave! Hic Dragones. A critique of regime analysis”. *International Organizations* 2 (36): 479-496.
- Unasur (Unión de Naciones Suramericanas). 2008. “Estatuto del Consejo de Salud Suramericano”,
<http://www.unasursg.org/images/descargas/ESTATUTOS%20CONSEJOS%20MINISTERIALES%20SECTORIALES/ESTATUTO%20CONSEJO%20DE%20SALUD.pdf>
- _____. 2008-2009. “Lineamientos para el Plan de Acción 2008-2009 de Unasur”,
https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/LINEAMIENTOS_PARA_EL_PLAN_DE_ACCION_2008__2009_DE_UNASUR.pdf?noderef=d5e518b8-fabe-4a75-9fa5-e32a66eab53f.
- _____. 2010. “Consejo de Salud Suramericano Plan Quinquenal 2010-2015”,
https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/CONSEJO_DE_SALUD_SURAMERICANO__PLAN_QUINQUENAL_2010__2015.pdf?noderef=351b5f2e-f637-40bf-b674-75dfa180828a.
- _____. 2011. “Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas”,
<http://www.unasursg.org/images/descargas/DOCUMENTOS%20CONSTITUTIVOS%20DE%20UNASUR/Tratado-UNASUR-solo.pdf>.
- _____. 2012. “Unasur/CJEG/Decisión/No 2/2012. Aprobación del Estatuto del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud ISAGS”,
https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/unasur_cjeg_decision_no_2_2012__por_la_cual_el_consejo_de_jefas_y_jefes_de_estado_y_de_gobierno_de_la_union_de_naciones_suramericanas__decide_aprobar_el_estatuto_del_instit

uto_suramericano_de_gobierno_en_salud__en_el_ambito_del_consejo_suramericano_de_salud.pdf?noderef=d4d1b8f7-b05f-4395-914a-7b316ccd4ab0.

- Vivares, Ernesto, Paul Torres Lombardo y Kristina Cvetich. 2013. “Enfoques y cárceles conceptuales en el entendimiento de los nuevos regionalismos latinoamericanos”. En *Desafíos estratégicos del regionalismo contemporáneo: CELAC e Iberoamérica*, compilado por Bonilla, Adrián e Isabel Álvarez, 21-46. San José: FLACSO.
- Young, O. 1982. “Regime dynamics: the rise and fall of International Regimes”. *International Organizations* 2 (36): 277-297.