

REGIONALISMOS E COOPERAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA UNASUL

Regionalism and Health Cooperation: the Unasur experience

Maria Isabel Santos Lima¹

María del Carmen Villarreal Villamar²

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Pesquisadora do GRISUL-UNIRIO, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. **E-mail:** mariaisabellima@iesp.uerj.br. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7000-4854>

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. **E-mail:** maria.villarreal@unirio.br. **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-7255-2432>

Recebido em: 20 abr. 2021 | Aceito em: 22 set. 2021.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a Unasul-saúde visando compreender suas características, seu legado e os elementos que a diferenciam de outras experiências regionais de cooperação no âmbito da saúde. A partir de uma pesquisa qualitativa, nosso trabalho evidencia que, no marco do regionalismo pós-liberal, a Unasul aprofundou a cooperação política e social e adotou uma perspectiva baseada na promoção do desenvolvimento, da autonomia e da soberania regional. Apesar de diversas limitações, este enfoque permitiu que a Unasul-saúde fosse além das experiências prévias para se tornar o exemplo de cooperação e diplomacia da saúde mais avançado a nível regional.

Palavras-chave: Regionalismos. Saúde. Unasul.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the Unasul-health in order to understand its characteristics, its legacy and the elements that differentiate it from other regional experiences of cooperation in health. Based on qualitative research, our work shows that, within the framework of post-liberal regionalism, Unasul has deepened political and social cooperation and adopted a perspective based on the promotion of development, autonomy, and regional sovereignty. Despite several limitations, this approach allowed Unasul-health to go beyond previous experiences to become the most advanced example of health cooperation and diplomacy at the regional level.

Keywords: Regionalism. Health. Unasul.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 tem colocado a saúde no centro das discussões globais. Todavia, em um cenário caracterizado pelo enfraquecimento das instituições multilaterais e das disputas geopolíticas entre China e Estados Unidos, apesar da existência de mecanismos como o COVAX³ ou a Estratégia de Vacinas da União Europeia⁴, prevaleceram as soluções de caráter nacionalista como o fechamento de fronteiras e a compra unilateral de vacinas e material sanitário (Romero *et al*, 2020; Villarreal e Castells, 2020).

América Latina não é uma exceção a esta tendência. A região é atualmente o epicentro da doença, mas devido à divergência de visões e a crise do multilateralismo, acentuada desde 2016 no âmbito regional, não foi possível desenhar uma estratégia conjunta contra os efeitos da emergência sanitária (Van Klaveren, 2020; Romero *et al*, 2020). Assim, a exceção de algumas

³ O COVAX (Acesso Global às Vacinas da COVID-19) é um dos três pilares do Acelerador de Acesso às Ferramentas COVID-19 (ACT), que foi lançado em abril de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Comissão Europeia e pela França em resposta à pandemia. Seu objetivo é distribuir dois mil milhões de doses em 2021, particularmente nos países mais pobres e imunizar 27% dos seus cidadãos. Disponível em: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained> Acesso em 15/03/2021.

⁴ Apresentada pela Comissão Europeia em junho de 2020 com o objetivo de acelerar o desenvolvimento, a fabricação e o uso de vacinas contra a COVID-19. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en Acesso em 15/07/2021.

respostas concertadas, prevaleceram as iniciativas unilaterais e bilaterais (Villarreal e Castells, 2020).

Nesse contexto, as pesquisas sobre o regionalismo latino-americano e a cooperação histórica da região têm adquirido novo protagonismo. Considerando que o Conselho Sul-americano de Saúde da União de Nações Sul-americanas (Unasul), também conhecido como Unasul-saúde, a despeito das suas limitações (Campos e Dallari, 2016; Rosenberg, Tobar e Buss, 2015; Basile, 2018; Herrero, Loza e Belardo, 2019) é considerado pela literatura especializada como uma experiência de sucesso em cooperação, diplomacia da saúde e vinculação entre política social e regionalismo (Buss e Ferreira, 2011; Riggirozzi, 2014; Rosenberg, Tobar e Buss, 2015; Campos e Dallari, 2016; Oliveira, 2019; Herrero, Loza e Belardo, 2019), as perguntas que guiam este trabalho são quais foram as principais características da Unasul-saúde, qual é seu legado e o que distingue esta experiência das precedentes iniciativas de cooperação regional em saúde? Nossa hipótese é que fatores como o regionalismo pós-liberal representado pela Unasul, a convergência ideológica do ciclo progressista, e um histórico de cooperação e pensamento latino-americano sobre saúde, permitiram a adoção de um olhar integral sobre o fenômeno por parte da Unasul-saúde, ao passo que geraram diversas iniciativas e resultados que constituem seu legado.

A pesquisa aqui apresentada é de caráter qualitativo e utiliza como técnicas a análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes chave. Além desta introdução e das conclusões, a estrutura do artigo está formada por três seções. Na primeira oferecemos algumas noções teóricas sobre regionalismos e cooperação em saúde no contexto latino-americano. Na segunda, descrevemos a metodologia utilizada no trabalho. Na terceira, analisamos o surgimento e evolução da Unasul e, por fim, estudamos as principais características da Unasul-saúde e explicamos os fatores que tornam única esta experiência de cooperação regional.

REGIONALISMOS E COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

O regionalismo é um processo comandado, geralmente, por Estados, visando “a criação e sustentação de instituições e organizações regionais formais entre, pelo menos, três países” (Börzel e Risse, 2016, p. 8, tradução nossa). A literatura especializada sobre o tema geralmente fala de diversas fases ou ondas de regionalismo, estabelecendo uma distinção entre os regionalismos fechados ou abertos (Hettne, 2002; Söderbaum, 2003; Börzel e Risse, 2016; Briceño Ruiz e De Lombaerde, 2018).

Os primeiros surgiram no contexto da Guerra Fria, durante a primeira onda de regionalismos, e constituem processos de caráter endógeno com objetivos desenvolvimentistas (Hettne, 2002; Herz e Hoffmann, 2004). No cenário latino-americano, desde a sua independência, a região conta com uma longa tradição de projetos de integração, assim como um prolífico pensamento regional que orienta estas iniciativas (Briceño Ruiz e De Lombaerde, 2018; Van Klaveren, 2020; Nolte, 2019) ao longo das décadas de 1950 e 1970. A Associação Latino-Americana

de Livre Comércio (ALALC) de 1960, o Mercado Comum Centro-Americano de 1960 e o Pacto Andino de 1969 são alguns dos exemplos de regionalismo fechado mais destacados (Herz e Hoffmann, 2004, p. 170-171).

Por outro lado, os regionalismos abertos, surgem nas décadas de 1980 e 1990, durante a segunda onda de regionalismos. Em plena globalização estes processos estão abertos à terceiros países e têm o propósito de promover a liberalização econômica multilateral, ao passo que buscam promover uma integração de caráter multidimensional (Hettne e Söderbaum, 2000). Na América Latina, o Acordo de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA) de 1989; o Mercado Comum do Sul (Mercosul) de 1991; e a transformação em 1997 do Pacto Andino na Comunidade Andina de Nações (CAN) são alguns dos exemplos mais emblemáticos (Herz e Hoffmann, 2004, p. 173-174).

As características do novo milênio, os limites apresentados pelo regionalismo aberto e a progressiva ascensão ao poder de governos de esquerda e centro esquerda, especialmente na América do Sul, determinaram que as experiências de cunho comercial como o Mercosul e a CAN perdessem centralidade respeito às estratégias de governança e colaboração de caráter cooperativo (Saraiva, 2013, p. 4). Desta forma, as análises críticas do regionalismo aberto não se limitaram apenas a apontar as falhas desta estratégia, mas buscaram oferecer alternativas. Surgem assim as propostas de regionalismo pós-liberal (Veiga e Rios; 2007; Sanahuja, 2012) e regionalismo pós-hegemônico (Riggirozzi e Tussie, 2012). O primeiro tem como exemplos emblemáticos a Unasul, a Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA) e a Comunidade de Estados Latino-americanos e Caribenhos (CELAC) e define um modelo de regionalismo promovido essencialmente pelos governos progressistas, com caráter desenvolvimentista que aprofunda também a cooperação e a integração nas esferas política e social e implica uma maior participação da sociedade civil (Veiga e Rios; 2007; Sanahuja, 2012). De forma paralela, o regionalismo pós-hegemônico também destaca o retorno do Estado, enfatizando que os projetos surgidos na América Latina no começo do século XXI visam contestar a ordem neoliberal liderada pelos Estados Unidos e promover uma maior cooperação e integração (entre Estados e atores não estatais) com o objetivo de aumentar a projeção internacional e a autonomia regional (Riggirozzi e Tussie, 2012, p. 12).

América Latina conta também com uma longa tradição no campo da cooperação em saúde. As primeiras experiências foram pan-americanistas e permitiram a criação, em 1902, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), anteriormente conhecida como Oficina Sanitária Internacional. Sua importância reside em anteceder a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada somente em 1948 (Buss et al., 2017a).

A cooperação no campo da saúde se aprofundou nas décadas seguintes no contexto da cooperação Sul-Sul (Almeida, 2017; Buss e Tobar, 2017). A nível regional, o primeiro bloco que abordou este fenômeno foi a Comunidade Andina que, em 1971, criou o Convênio Hipólito Unanue sobre Cooperação em Saúde dos Países da Área Andina (CONHU). O CONHU antecede a

criação da Unidade Especial para a Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento (1972) e do Plano de Ação de Buenos Aires (1978), dois marcos regionais sobre cooperação Sul-Sul. Essa foi, portanto, uma das primeiras tentativas formais de cooperação sub-regional na área, visando o enfrentamento de problemas que fossem comuns aos países participantes (Buss et al., 2017b; Roa e Santana, 2011). Em 1988, a cooperação em saúde também foi assumida como eixo de trabalho pela Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), através da criação da Comissão Especial de Saúde da Amazônia (CESAM).⁵ A nível sul-americano, desde os anos 1990, o Mercosul também possui dois fóruns que tratam de assuntos no âmbito da saúde: a Reunião de Ministros da Saúde (RMS) e o Subgrupo de Trabalho n. 11 – Saúde (SGT 11). Outras experiências regionais no campo da saúde foram realizadas pela Comunidade do Caribe (CARICOM)⁶ e, principalmente, pelo Sistema de Integração Centro-Americano (SICA)⁷. A primeira tem, desde a sua fundação, uma conferência de Ministros responsáveis por questões de saúde e mais recentemente criou um Semi Gabinete em Desenvolvimento Humano, Saúde e HIV. O SICA, por outro lado, conta com um Conselho de Ministros de Saúde (COMISCA) e uma Secretaria Técnica como espaço de coordenação político-estratégica e técnico-administrativa no campo da saúde⁸.

Embora a saúde tenha sido objeto das Relações Internacionais desde os primórdios da disciplina, após o fim da Guerra Fria e em pleno processo de globalização, este fenômeno ganhou mais destaque a partir de epidemias e problemas de saúde como o HIV, entendidos como globais (Pereira, 2016). Neste contexto proliferaram as iniciativas de governança, diplomacia da saúde e diplomacia da saúde global (Almeida, 2017; Buss e Tobar, 2017). Aqui, países como o Brasil adquiriram forte protagonismo como resultado tanto da promoção de uma política externa no âmbito da saúde pública — com iniciativas de cooperação Sul-Sul com blocos como a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e a Unasul—, quanto do incentivo para a criação de uma nova governança na saúde global (Ventura, 2013; Rodrigues, 2019).

No caso latino-americano, além das iniciativas promovidas no marco dos blocos regionais, os países possuem também uma longa tradição intelectual no campo da saúde, derivada das articulações de diferentes setores da sociedade civil. Essa tradição, nomeada de Medicina Social da América Latina ou Saúde Coletiva (MS/SC), conforme aponta Herrero, Loza e Belardo (2019), é datada dos anos 1970 e surgiu como uma visão contra hegemônica respeito às ditaduras militares e à influência do pensamento mercantilista no âmbito sanitário. Para Basile (2018) e Herrero, Loza e Belardo (2019), esse pensamento crítico influenciou todas as iniciativas de cooperação em saúde

⁵ Para mais informações: <http://www.otca-oficial.info/assets/documents/20191120/0ba85b570867f726735610ea85459561.pdf>. Acesso em: 19/09/2020, às 16:03.

⁶ A CARICOM, formada em 1973, é uma organização internacional composta por quinze países caribenhos que tem por objetivo promover uma integração regional com base na integração econômica, coordenação em temas de política externa, desenvolvimento social e segurança. Para mais informações: < <https://caricom.org/>>. Acesso em: 19/02/2021, às 16:03.

⁷ O SICA, criado em 1991, é um processo de integração composto por oito países da América Central: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana. Tal projeto atua em cinco áreas distintas: segurança democrática, mudanças climáticas, integração social e econômica, e fortalecimento institucional. Para mais informações: < <https://www.sica.int/>>. Acesso em: 19/09/2020, às 16:03.

⁸Para mais informações: < <https://www.sica.int/comisca/index.aspx>>. Acesso em: 19/02/2021, às 16:03.

no âmbito regional e também foi essencial para estabelecer uma visão de saúde baseada nos interesses nacionais dos países, resultando em uma epistemologia do Sul com a formação de conceitos próprios como a ideia de soberania sanitária.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho é qualitativa e tem como estudo de caso a experiência da Unasul-saúde no período entre 2008 e 2019. Além da revisão da literatura especializada sobre regionalismos, Unasul, cooperação e diplomacia da saúde, foram utilizadas duas técnicas de pesquisa: análise documental e entrevistas semiestruturadas.

A análise documental teve como objetivo o estudo de fontes primárias da Unasul e da Unasul-saúde como o Tratado Constitutivo, o Regulamento Geral da Unasul e os acordos setoriais, assim como os documentos oficiais disponibilizados pelos Estados-Parte tais como os relatórios, comunicados e atas de reuniões.

Por outro lado, foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas que contaram com a elaboração de um roteiro guia (Gil, 2002) composto por dezesseis perguntas. Além de dedicar uma seção específica para o perfil dos entrevistados, o roteiro das entrevistas foi dividido em três partes diferentes: 1) fase pré-Unasul; 2) vigência da Unasul e 3) fim e período pós-Unasul. As dimensões analisadas foram: a) panorama histórico e atores da cooperação regional em saúde até 2008; b) perfil e funções dos atores da Unasul-saúde: ISAGS, Grupos de Trabalho (GTs) e Redes estruturantes; c) funcionamento da Unasul-saúde, vantagens e limitações da sua ação; c) impactos e legado teórico e prático da Unasul-saúde; e d) percepções sobre a cooperação em saúde hoje e sobre a reconstrução ou possibilidade de retorno da Unasul-saúde.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre 23 de novembro de 2020 e 13 de janeiro de 2021 de forma remota, através da plataforma Google Meet. Uma vez transcritas, foram classificadas de acordo com as dimensões acima descritas e analisadas manualmente. Estas tiveram como objetivo o diálogo com informantes chave, nacionais e internacionais, que incluíram dois perfis claramente diferenciados. Por um lado, diretores, técnicos e assessores da Unasul-saúde e suas divisões. Neste grupo, foram entrevistados dois ex-diretores do Instituto Sul-americano de Governo em Saúde (ISAGS), um ex-chefe de Gabinete do ISAGS, e um ex responsável por redes estruturantes da Unasul-Saúde. Por outro lado, as entrevistas também tiveram o propósito de escutar o ponto de vista de acadêmicos especializados em saúde global. A este respeito, foram entrevistados dois acadêmicos de instituições de reconhecida trajetória como a Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais (FLACSO) e o Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO).

A UNASUL E O CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO: UMA EXPERIÊNCIA ÍMPAR

A Unasul tem como antecedente direto a constituição, em 2003, da Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA), uma proposta de caráter político que visava a criação de uma unidade regional alicerçada na criação da chamada Pátria Grande de Simón Bolívar (Funag, 2005a).

Em maio de 2008, a Unasul foi formada com uma agenda extensiva, contemplando assuntos e debates regionais e visando definir uma posição de asserção no que tange tanto a soberania quanto a autonomia regional (Oliveira Cruz, 2020). No marco do regionalismo pós-liberal, a Unasul inaugurou um novo momento na relação entre os países da América do Sul, caracterizado pela promoção do desenvolvimento através da cooperação regional, dando ênfase a temas sociais a fim de reduzir as assimetrias presentes na região (Simões, 2007 apud Buss e Ferreira, 2011; Souza, 2018).

O Tratado Constitutivo (2008) da Unasul concedia a mesma um caráter político ao reconhecer a importância de uma integração regional que fosse além do âmbito comercial já consolidado. E assim como a CASA, a Unasul reconhecia “o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde” (Unasul, 2008) dando continuidade ao compromisso regional com os temas sanitários. Ademais, esse documento também foi responsável por estabelecer a composição institucional desse processo: Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo; Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores; Conselho de Delegadas e Delegados; Secretaria Geral; Presidência Pro Tempore; e os Conselhos Setoriais (Unasul, 2008).

Destaca-se, entre tais instâncias, os chamados Conselhos Setoriais, que tiveram a sua criação prevista no art. 5º do Tratado Constitutivo (2008) e garantiram a tal processo um caráter multidimensional (Ruvalcaba e Valencia, 2012). Entre 2008 e 2012 foram formados doze Conselhos Setoriais, responsáveis por temas distintos, sendo o primeiro deles o Conselho Energético Sul-Americano, relacionado à proposta da Iniciativa para a Integração da Infraestrutura Regional Sul-americana (IIRSA). Em 2008, se juntaram ao Conselho Energético, o Conselho de Defesa e o Conselho de Saúde, temas considerados estruturantes e de alta prioridade para a cooperação e diplomacia regional (Buss e Ferreira, 2011).

Contudo, devido às alterações nas esferas política e econômica, que tem seu marco no impeachment de Fernando Lugo (2012), no Paraguai, e Dilma Rousseff (2016), no Brasil, além da ascensão de movimentos e governos conservadores que se opunham a Unasul, a mesma começou a apresentar impasses que impediam o seu total funcionamento, como a falta de recursos financeiros. De acordo com Oliveira Cruz (2020), tal cenário se agravou com a saída da Colômbia, seguida por outros países-membros, e a subsequente formação do Foro para o Progresso e Integração da América do Sul (Prosul), uma proposta formada por governos de direita alternativa à Unasul. Com as novas reconfigurações no cenário político sul-americano com a vitória de presidentes progressistas, como Alberto Fernández na Argentina (2019-) e Luís Arce na Bolívia

(2020-), que declararam o seu apoio ao retorno da Unasul, e em um contexto de crise política, econômica e social, essa proposta volta ao debate regional e poderia ser relançada futuramente.

Apesar do organismo não ser operacional, pela importância que teve a nível regional, cabe analisar as características e contribuições realizadas pela Unasul-saúde. Conforme visto anteriormente, a adoção da saúde como um tema de regionalismo e, sobretudo, como um tema de cooperação, não configura uma novidade, principalmente na América do Sul, onde as questões sanitárias apresentam um longo histórico. Tal trajetória, que remonta à formação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1902, abrange a atuação dos Estados em processos que já assumiam a saúde como um tema de regionalismo, como o Mercosul e a CAN, e a tradição intelectual advinda de esferas da sociedade civil, com a Medicina Social e Saúde Coletiva, que foi uma grande influência na formação do Conselho de Saúde (Galeano, Trotta e Spinelli, 2011; Herrero, Loza e Belardo, 2019). No entanto, apesar de toda essa trajetória, José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil (2007-2010) e primeiro Diretor Executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (2011-2016) descreve que a cooperação entre os países acontecia de forma fragmentada, somente em circunstâncias específicas, como ameaças sanitárias (informação verbal)⁹.

A criação da Unasul-saúde ocorreu em 2008 através da Decisão para o Estabelecimento do Conselho de Saúde Sul-Americano (Unasur, 2008), sendo um dos primeiros Conselhos Setoriais a ser conformado. De acordo com o documento oficial, esse era um organismo “de consulta e cooperação” em temas sanitários de caráter permanente e composto pelos ministérios de saúde dos países participantes.

Além de reconhecer a saúde como um direito fundamental e se comprometer com a redução das assimetrias regionais, em conformidade com o que foi estabelecido no Tratado Constitutivo da Unasul, o Estatuto do Conselho de Saúde (2008) também reconhecia e incorporava à Unasul-saúde os mecanismos de cooperação preestabelecidos, principalmente, no âmbito do Mercosul-Saúde e no Organismo Andino de Saúde. No entanto, segundo María Belén Herrero, especialista em saúde global e professora da FLACSO-Argentina (informação verbal)¹⁰, a saúde era abordada através de uma forma distinta ao não seguir o modelo estabelecido pela OPAS, que foca na criação de programas voltados para enfermidades específicas, ou saúde hospitalar (Campos, 2018). Assim, a Unasul visava priorizar as demandas e necessidades regionais a partir de um enfoque próprio, oferecendo uma abordagem diferenciada respeito às diretrizes hegemônicas da OMS. Dessa forma, a Unasul-saúde foi capaz de representar um diferencial no que diz respeito às demais experiências de integração e cooperação regional na área da saúde ao determinar uma agenda com temas estratégicos e definir uma diplomacia regional.

⁹ Entrevista concedida por Temporão, José Gomes. Entrevista II. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (41 min.).

¹⁰ Entrevista concedida por Herrero, María Belén. Entrevista IV. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (69 min.).

O estatuto estabelecia dentre os objetivos promover a cooperação regional e a adoção de políticas comuns, fortalecer as instituições nacionais de saúde e estimular a realização de pesquisas, que já configuravam uma abordagem distinta (Unasur, 2008). Ademais, a agenda do Conselho de Saúde era estabelecida com base no “Plano Quinquenal 2010-2015” um diferencial, já que, segundo Carina Vance, ex ministra da Saúde do Equador (2012-2015) e segunda Diretora Executiva do ISAGS (2016-2019), poucos conselhos setoriais fizeram o mesmo (informação verbal)¹¹.

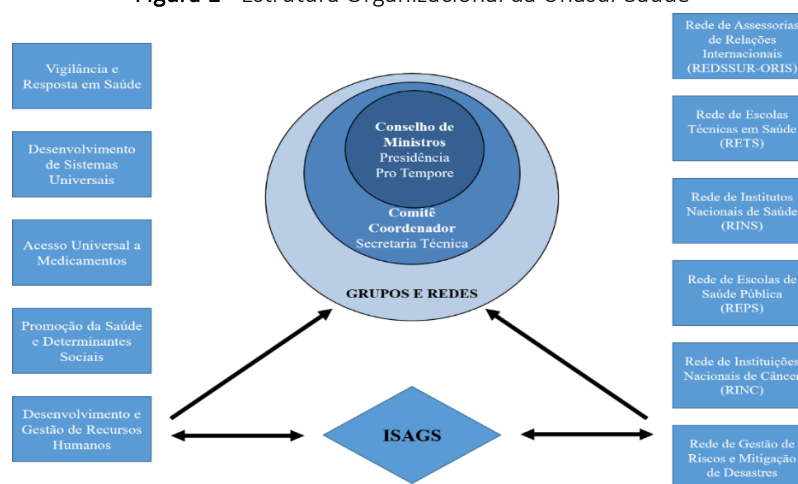
Esse plano de trabalho, publicado em 2010, descrevia os cinco temas estratégicos e prioritários que guiariam a atuação do organismo:

- 1- Escudo epidemiológico;
- 2- Desenvolvimento dos sistemas universais de saúde;
- 3- Acesso universal a medicamentos;
- 4- Promoção da saúde e ações sobre os determinantes sociais;
- 5- Desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde.

Tais eixos estratégicos abrangiam as agendas dos Estados parte de maneira concomitante, além de possibilitar que necessidades específicas de um determinado país fossem abordadas sem precisar estabelecer um programa regional (Buss e Ferreira, 2011). Além disso, de acordo com Sebastian Tobar¹², Assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foram privilegiadas as questões relacionadas à saúde pública, a fim de encontrar uma solução favorável para os países membros da Unasul.

A fim de garantir a realização das atividades previstas no estatuto e no Plano Quinquenal, foram criadas cinco instâncias distintas, conforme pode ser observado na figura abaixo.

Figura 1 - Estrutura Organizacional da Unasul-Saúde



Fonte: figura adaptada da Unasul-Saúde.

¹¹ Entrevista concedida por Vance, Carina. Entrevista II. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (43 min.).

¹² Entrevista concedida por Tobar, Sebastian. Entrevista VI. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (42 min.).

O Conselho de Ministros e Ministras de Saúde, instância máxima, era responsável pelos acordos e resoluções que seriam adotadas pela Unasul-Saúde. Já o Comitê Coordenador era responsável por predeterminar os assuntos e os documentos que seriam avaliados pelos Ministros. Os Grupos Técnicos, por sua vez, atuavam de acordo com os temas estratégicos definidos no Plano Quinquenal e eram coordenados por dois países, que alternavam de cargo a cada ano (Unasur, 2008).

Além dessas três primeiras, o Conselho de Saúde era composto por duas instâncias que, quando comparadas aos demais organismos regionais de saúde, eram vistas como inovações. Primeiro, as Redes Estruturantes, criadas a partir da Resolução 07/09 (Unasur-Salud, 2009a), eram compostas por instituições nacionais dos membros da Unasul que tratavam de temas específicos, como a Rede de Instituições e Institutos Nacionais de Câncer (RINC), considerada a mais ativa das seis redes.¹³ Elas possuíam agendas próprias e eram vistas como uma forma de fortalecer as capacidades das instituições nacionais dos países (informação verbal).¹⁴

E, por fim, em 2009, através da Resolução 05/2009 do Conselho de Saúde (2009b), foi criado o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), com sede no Rio de Janeiro, sendo um projeto de grande interesse do governo brasileiro. O ISAGS, conforme descreve seu Estatuto (2011), é “um órgão de caráter intergovernamental, público, integrante e pertencente ao Conselho Sul-Americano de Saúde”, além de possuir personalidade jurídica.

Em relação à atuação do Conselho de Saúde Sul-Americano, Tobar (informação verbal)¹⁵ destaca seu desempenho durante a epidemia de H1N1 ao facilitar o desenvolvimento de uma estratégia regional através da compra de vacinas, antivirais e kits de diagnóstico. Assim, cabe frisar que diferente da fragmentação da cooperação sanitária que caracteriza a América Latina no contexto da COVID-19, o funcionamento da Unasul e o desenvolvimento de uma estratégia semelhante, certamente teriam facilitado o combate articulado e mais eficiente da pandemia. Além dessa atuação, quatro instâncias se destacam pelos avanços alcançados. A primeira é a criação do ISAGS, entendido como um centro regional de debate e pesquisa de políticas, visando o desenvolvimento de recursos humanos estratégicos. A segunda foi a atuação internacional da Unasul-saúde, principalmente na Assembleia Mundial da Saúde, com a adoção de 35 posicionamentos conjuntos, sendo a maioria no tema de medicamentos, estabelecendo, assim, uma diplomacia regional da saúde (informação verbal)¹⁶.

O Grupo Técnico de Acesso Universal aos Medicamentos (GAMU), em terceiro lugar, se destacou pelo mapeamento da capacidade regional de produção de medicamentos e pelo Banco

¹³ São elas: Rede de Assessoriais de Relações Internacionais (REDSSUR-ORIS); Rede de Escolas Técnicas em Saúde (RETS); Rede de Institutos Nacionais em Saúde (RINS); Rede de Escolas de Saúde Pública (REPS); Rede de Instituições e Institutos Nacionais de Câncer (RINC); e Rede de Gestão de Riscos e Mitigação de Desastres (GRIDS).

¹⁴ Tobar, 2020.

¹⁵ Tobar, 2020.

¹⁶ Ibid.

de Preços e Medicamentos (BPMU), uma base de dados regional que permitia a comparação entre os preços pagos pelos membros em 34 medicamentos, a fim de torná-los mais acessíveis por meio de negociações ou compras conjuntas. A RINC, por fim, conseguiu dar vida a alguns projetos importantes, como o Plano Regional de Controle de Câncer de Colo do Útero e a Plataforma de Intercâmbio e Assistência Técnica para a Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino na América do Sul, ambas financiadas pela Unasul.

Entretanto, de acordo com diversas testemunhas, a Unasul-Saúde também apresentou algumas limitações, dentre elas a falta de uma institucionalização mais forte que permitisse a inclusão de temas que não são debatidos pela OPAS,¹⁷ e o excessivo protagonismo brasileiro,¹⁸ que deixou o ISAGS a mercê da permanência do país na Unasul. Ademais, a falta da presença de mecanismos de coerção, assim como o déficit de participação da sociedade civil e da academia também foram algumas limitações que caracterizaram essa proposta.

Apesar da existência de um prolífico pensamento regional em saúde e da articulação da sociedade civil no âmbito da Medicina Social da América Latina, a Unasul-saúde não conseguiu estabelecer uma soberania sanitária efetiva, reproduzindo uma agenda pan-americanista e do Norte (informação verbal)¹⁹. Entretanto, deixou um legado teórico e prático ainda vigente e capaz de orientar as próximas iniciativas de integração e cooperação em saúde no âmbito regional. Entre os principais pontos deste legado destacam-se a estrutura construída e o conhecimento adquirido; a importância da integração e da cooperação em saúde para enfrentar desafios globais como as pandemias; a potencialidade do trabalho em rede para lutar por demandas e reivindicações regionais que permitam, por exemplo, fazer frente às imposições da OMS e construir uma agenda de soberania sanitária; a existência do ISAGS e sua possível recuperação²⁰; a continuidade das redes de cooperação com atores como a Fiocruz, institutos e sociedades médicas nacionais no âmbito de setores essenciais como a epidemiologia, a pesquisa e desenvolvimento de vacinas e a oncologia.

CONCLUSÕES

América Latina conta com experiências consolidadas e a produção de um prolífico pensamento próprio sobre saúde a partir do século XX. Entretanto, a Unasul criada no contexto do regionalismo pós-liberal, permitiu o aprofundamento da cooperação regional a nível político e

¹⁷ Vance, 2020.

¹⁸ Entrevista concedida por Basile, Gonzalo. Entrevista I. [nov. 2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (76 min.).

¹⁹ Basile, 2020.

²⁰ Conforme discutido anteriormente, a formação do ISAGS ocorreu a partir da resolução 05/2009 (UNASUR-SALUD, 2009b), mas a criação do ISAGS só foi formalizada com o Decreto nº 8.744, o Acordo de Sede entre o Brasil e a Unasul, já que essa era uma proposta idealizada e financiada pelo Brasil. Devido à natureza da instituição, a mesma necessitava da avaliação de diferentes comissões e ministérios antes de ter seu funcionamento aprovada pelo Congresso Nacional. Portanto, apesar do encerramento de suas atividades, o ISAGS continua existindo, já que não houve nenhuma votação no Congresso para extinguir o mesmo. O decreto na íntegra está disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8744.htm. Acesso em: 30/07/2021, às 19:44.

social, adotando uma perspectiva que visava promover o desenvolvimento, a autonomia e a soberania regional.

A Unasul, desde a sua fundação, considerou a saúde um tema estratégico e um direito humano. Como consequência, a Unasul-Saúde foi um dos conselhos mais ativos do organismo. Ademais, foi uma das únicas entidades a estabelecer um Plano Quinquenal de Trabalho que determinava sua atuação, além de adotar um enfoque com base nas temáticas estratégicas previamente estabelecidas, diferenciando a Unasul-saúde das demais experiências de integração e cooperação regional na área da saúde.

A composição da Unasul-saúde permitiu também que o organismo obtivesse avanços em diversas áreas: pesquisa, articulação entre entidades regionais, apoio técnico e atuação internacional, com o estabelecimento de uma diplomacia regional da saúde; financiamento para projetos de cooperação sul-sul; construção de Planos, Núcleos e Redes Regionais, assim como Plataformas de intercâmbio e assistência técnica em relação à diversas doenças e temas.

Ainda assim, o Conselho de Saúde não foi capaz de estabelecer uma soberania sanitária efetiva na região, além de apresentar diversas limitações, como o déficit de participação da sociedade civil e uma liderança excessiva do Brasil. Porém, seu legado teórico e prático é reconhecido e visível não apenas nos resultados gerados pela instituição, mas também na continuidade das redes, estratégias de cooperação e reivindicações de soberania sanitária dos países sul-americanos. Graças ao histórico de cooperação em saúde na região, não são poucos os que acreditam na possibilidade da sua recuperação, embora isso aconteça em um cenário cada vez mais complexo e polarizado.

No contexto da pandemia de COVID-19, o anúncio de retomada da Unasul por parte de países como Argentina e Bolívia e, com ela, sua atuação no âmbito da saúde, é uma boa notícia e adquire crescente relevância. Contudo, para além da recuperação deste organismo, a América Latina precisa de uma estratégia pragmática que consiga oferecer respostas perante os crescentes desafios sanitários e que seja capaz de recuperar o legado de cooperação e do histórico pensamento e articulação regional em saúde. Hoje, mais do que nunca, cooperar, ter uma estratégia regional em saúde, e reduzir as injustiças sanitárias globais é uma questão de sobrevivência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, C. (2017) "Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul". In: Buss, P.; Tobar, S. (Eds.). *Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 41–86.

Basile, G. (2019) "La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria?" *III Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.

Börzel, T. A.; Risse, T. (2016) "Introduction". In: Börzel, T. A.; Risse, T. (Eds.). *The Oxford Handbook of Comparative Regionalism*. [s.l.] Oxford University Press, p. [n.p.].

Briceño Ruiz, J.; De Lombaerde, P. P. (2018) "Regionalismo latino-americano: produção de saber e criação e importação de teoria". *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 18(2), p. 262–284.

Buss, P. et al. (2017a) "Governança Global e Regional e a Saúde". In: Buss, P.; Tobar, S. (Eds.). *Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 281–348.

Buss, P. et al. (2017b) "A Saúde nos Processos de Integração Regional da América Latina e Caribe". In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). *Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 421–486.

Buss, P.; Ferreira, J. R. (2011) "Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), p. 2699–2711.

Buss, P.; Tobar, S. (2017) "Apresentação". In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). *Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23–40.

Campos, R.D.F.; Dallari, S.G. (2016) "Instituições Internacionais de Saúde no Contexto Sub-Regional". *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 5(1), p. 179.

Campos, R.F. (2018) *A cooperação internacional para o fortalecimento do direito à saúde: as estratégias da União das Nações Sul-americanas (Unasul)*. Universidade de São Paulo.

Funag. (2005) *América do Sul: Primeira Reunião de Chefes de Estado da Comunidade Sul-Americana de Nações*. Brasília: FUNAG.

Galeano, D.; Trotta, L.; Spinelli, H. (2011) "Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida". *Salud Colectiva*, 7(3), p. 285–315.

Gil, A.C. (2002) *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Herrero, M.B.; Loza, J.; Belardo, M.B. (2019) "Collective health and regional integration in Latin America: An opportunity for building a new international health agenda". *Global Public Health*, 14(6–7), p. 835–846.

Herz, M.; Hoffmann, A. R. (2004) "Integração Regional". In: *Organizações Internacionais: história e práticas*. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 167–222.

Hettne, B. (2002) "The Europeanisation of Europe: Endogenous and Exogenous Dimensions". *Journal of European Integration*, 24(4), p. 325–340.

Hettne, B.; Söderbaum, F. (2000) "Theorising the Rise of Regionness". *New Political Economy*, 5(3), p. 457–472.

Isags. (2011) *Estatutos del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud*.

Nolte, D. (2019) "Lo bueno, lo malo, lo feo y lo necesario: pasado, presente y futuro del regionalismo latinoamericano". *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 28(1), 131-156.

Oliveira Cruz, D.A.M. (2020) "Os rumos da integração regional no subcontinente: da UNASUL ao PROSUL, o que mudou?". *Revista de Geopolítica*, 11(4), p. 111–122.

Oliveira, B.N.L. (2019) *Acesso a medicamentos e Cooperação Sul-Sul: um estudo de caso das negociações conjuntas de preços de medicamentos de alto custo na América do Sul*. Fundação Oswaldo Cruz.

Pereira, E.M.B. (2016) "Saúde Global e Diplomacia da Saúde: interfaces da saúde com o direito e as relações internacionais". *Mural Internacional*, 7(1), p. 63–74.

Riggirozzi, P. (2014) "Regionalism through social policy: collective action and health diplomacy in South America". *Economy and Society*, 43(3), p. 432–454.

Riggirozzi, p.; Tussie, D. (2012) "The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America". In: RIGGIROZZI, P.; TUSSIE, D. (Eds.). *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism. The case of Latin America*. Dordrecht: Springer Netherlands, p. 1–16.

Roa, A.C.; Santana, J.P. (2011) "Saúde e integração regional na América Latina". *3º Encontro Nacional Abri*, n. 3.

Rodrigues, R. (2019) *A Política Externa Brasileira na Cooperação Sul-Sul em Saúde: a Rationale da Descontinuidade entre 2003 e 2016*. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Romero, C. et al. (2020) "Geopolítica sudamericana del coronavirus". *Nueva Sociedad*, Sección Diálogo y Paz.

Rosenberg, F.; Tobar, S.; Buss, P. (2015) "El papel de los institutos nacionales de salud de UNASUR en la generación de evidencia sobre la determinación social de la salud". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(2), p. 152–156.

Ruvalcaba, D.E.M.; Valencia, A.R. (2012) "Construcción de la Unión de Naciones Suramericanas-UNASUR". *Yuyaykusun*, v. 5, p. 31–64.

Sanahuja, J. A. (2012) "Regionalismo post-liberal y multilateralismo en Sudamérica: El caso de UNASUR". In: SERBIN, A.; MARTÍNEZ, L.; RAMANZINI JÚNIOR, H. (Eds.). *El regionalismo "post-liberal" en América Latina y el Caribe: Nuevos actores, nuevos temas, nuevos desafíos*. Buenos Aires: CRIES. p. 19–72.

Saraiva, M. G. (2013) "Novas abordagens para análise dos processos de integração na América do Sul: o caso brasileiro". *Carta Internacional*, 8(1), 03–21.

Söderbaum, F. (2003) "Introduction: Theories of New Regionalism. In: SÖDERBAUM, F.; SHAW, T. M. (Eds.). *Theories of New Regionalism*. 1. ed. Londres: Macmillan Education UK, p. 1–21.

Souza, L.E.S. (2018) *O Brasil e o regionalismo sul-americano: o papel da UNASUL na política externa do governo Rousseff (2011-2016)*. Universidade de Brasília.

Unasul. (2008) *Tratado Constitutivo da União de Nações Sul-Americanas*.

Unasur-Salud. (2009a) *Resolución nº 07/2009 del Consejo de Salud de Unasur*.

Unasur-Salud. (2009b) *Resolución nº 05/2009 del Consejo de Salud de Unasur*.

Unasur. (2008) *Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la Unasur*.

Van Klaveren, A. (2020) "La crisis del multilateralismo y América Latina". *Análisis de la Fundación Carolina*, n.10.

Veiga, P. da M.; Rios, S. P. (2007) *O regionalismo pós-liberal, na América do Sul: origens, iniciativas e dilemas*. Santiago do Chile: CEPAL.

Ventura, D.F.L. (2013) "Saúde pública e política externa brasileira". *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, 10(19), p. 99–117.

Villarreal, M.; Castells, D. (2020) "Más allá del Covid-19. Efectos y desafíos para Latinoamérica". *Foreign Affairs en Español*, v. 20, p. 14-22.