

Sebastián Tobar

Gobernanza Regional, Diplomacia y Cooperación en Salud en América Latina frente a la Pandemia de la Covid-19

Rio de Janeiro

2021

Sebastián Tobar

**Gobernanza regional, diplomacia y cooperación en Salud en América Latina frente a la
Pandemia de la COVID-19**

Tesis presentada al Programa de Post Graduación en Salud Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, en la Fundación Oswaldo Cruz. como requisito parcial para la obtención del Título de Doctor en Salud Pública. Area de concentración: Políticas, Planejamento, Gestao e Cuidados de Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Cristiani Vieira Machado.

Coorientador: Prof. Dr. Héctor Félix Rígoli Cáceres.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Regional governance, diplomacy and cooperation in Health in Latin America in the face of the COVID-19 Pandemic.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

T628g Tobar, Sebastián.
Gobernanza regional, diplomacia y cooperación en Salud en las Américas frente a la Pandemia de la COVID-19 / Sebastián Tobar. — 2021.
170 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Cristiani Vieira Machado.
Coorientador: Héctor Félix Rígoli Cáceres.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Governança. 2. Saúde Global. 3. Diplomacia em Saúde. 4. América. 5. Pandemias. 6. COVID-19. 7. Cooperação em Saúde.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2

Sebastián Tobar

**Gobernanza regional, diplomacia y cooperación en Salud en América Latina frente a la
Pandemia de la COVID-19**

Tesis presentada al Programa de Post
Graduación en Salud Pública, da Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, en
la Fundación Oswaldo Cruz. como requisito
parcial para la obtención del Título de Doctor
en Salud Pública. Area de concentración:
Políticas, Planejamento, Gestao e Cuidados de
Saúde

Aprobada el 29 de octubre de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Mariana Faria Teixeira
Organização Pan-Americana da Saúde

Prof. Dr. Alex Alarcón Hein
Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública Salvador Allende.

Prof. Dra. Ligia Giovanella
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dra. Adelyne Mendes Pereira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Héctor Félix Rígoli Cáceres (Coorientador)
Faculdade de Medicina de Riberão Preto

Prof. Dra. Cristiani Vieira Machado (Orientadora)
Fundacao Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

A mi Esposa: Mariana y a mis hijos Renata y Simón con todo mi amor

AGRADECIMIENTOS

Al iniciar mi tesis de doctorado en salud pública, no tenía indicios que al poco tiempo un evento de carácter inédito como la pandemia iba a alterar nuestra “*normalidad*” de todos nosotros. La pandemia como un hecho de “salud global” configuró una crisis sin precedente que afecta de forma global y en particular a nuestra región, que implicó grandes cambios en nuestra vida cotidiana, aislándonos, e en nuestros hogares optando por procesos de teletrabajo, por clases virtuales, por el distanciamiento social de nuestros seres queridos y compañeros de trabajo. También ocasionó una enorme carga de trabajo a los equipos en la línea de frente de los servicios de salud. Mi primer agradecimiento es a todos estos actores del sistema de salud de los países de la región, que han trabajado incansablemente por la salud de la población y que se sintieron desanimados y fatigados pero que no bajaron los brazos.

Seguidamente quiero agradecer la confianza y el acompañamiento de mi orientadora, la profesora Cristiani, que con sus sabias indicaciones me permitió no desesperar y concluir esta tesis.

Un agradecimiento especial a mi Jefe y compañero de charlas y reflexiones, Paulo Buss, con el que compartimos los sueños de la integración latino americana, de avanzar en la “salud para todos” y una militancia por el abordaje de los determinantes de la salud y la Agenda 2030 y el sueño de que “*nadie quede atrás*”.

Al Centro de Relaciones Internacionales en Salud CRIS y a todos mis colegas de trabajo, que han contribuido a la reflexión colectiva y con los que semana a semana voy aprendiendo sobre esta área de conocimiento relativamente nueva, como es la diplomacia de la salud global.

Dos profesores y amigos, quería darle un particular reconocimiento. A mi Profesora y Amiga Ligia Giovanella, que con inmensa generosidad me ha brindado amenas y profundas conversaciones sobre los sistemas de salud y los desafíos de la equidad, la universalidad y la integralidad. Y mi co-orientador y amigo el Profesor Félix Rígoli, quién allá por el año 2002 trabajamos y me inició con los primeros textos de salud internacional y de la fuerza de trabajo en salud.

En los tiempos tan duros de negacionismo a la pandemia, de falta de información y evidencias científicas para la toma de decisiones y políticas para la Covid-19 quiero agradecer a la Fundación Oswaldo Cruz por su excelente posicionamiento estratégico y por su contribución al Sistema Único de Salud- SUS así como la solidaridad a otros países de la región y la cooperación por medio de diversas estrategias, entre ellas las redes estructurantes.

A mi grupo de compañeros de Doctorado, las “*lanterninhas*”, que fueron acompañándome hasta los últimos momentos de esta tesis y alumbraron mi camino.

Finalmente, a mi familia: mi mujer Mariana que me acompañó y a mis queridos hijos Simón y Renata que priorizaron en los tiempos familiares el ceder espacio para la realización de la presente tesis y con sus mimos que hicieron más llevaderos estos momentos de trabajo.

A mis hermanos y a la memoria de mi Madre y Padre que me instigaron a seguir el camino por la salud pública.

A todos ustedes, muchísimas gracias...

RESUMEN

Superar los desafíos relacionados con una pandemia, en países cuyos sistemas de salud enfrentan problemas estructurales, requiere estrategias que trasciendan las fronteras nacionales e involucren mecanismos de coordinación regionales y globales. La pandemia pone en tela de juicio la gobernanza mundial de la salud, que se refiere al uso de instituciones, reglas y procesos formales e informales por parte de los estados, instituciones, actores intergubernamentales y no estatales para hacer frente a los desafíos de salud que requieren una acción colectiva y transnacional. La tesis centra su análisis en las arenas regionales de la gobernanza en salud, que se sitúan entre lo global y lo nacional, permitiendo aunar esfuerzos y articular diplomacia y cooperación para problemas de salud que traspasan fronteras, como el Covid-19. El objetivo fue contribuir a la comprensión de las características, posibilidades y límites de las iniciativas de articulación y cooperación en salud en las Américas, en el contexto de la pandemia de la Covid-19, centrándose en los mecanismos de gobernanza adoptados y en la agenda de las organizaciones seleccionadas. por su papel en la integración, la diplomacia regional y sanitaria. El análisis tiene como objetivo identificar y describir las estrategias de acción de las organizaciones regionales y subregionales seleccionadas durante la pandemia: la Organización Panamericana de la Salud - OPS, diferentes iniciativas de integración regional (Celac, Prosul, Oras-Conhu y Mercosur). También se analizan las redes de cooperación, como las de los Institutos Nacionales de Salud, Escuelas de Salud Pública y Formación de Técnicos en Salud. Además, se realizó un estudio de caso de un país, Argentina, identificando características y límites de la respuesta nacional a un fenómeno global.

Palabras clave: Gobernanza. Salud Global. Diplomacia de la Salud. Cooperación en Salud. América Latina. Pandemia.

RESUMO

A superação dos desafios relacionados a uma pandemia, em países cujos sistemas de saúde enfrentam problemas estruturais, requer estratégias que transcendem as fronteiras nacionais e envolvem mecanismos de coordenação regional e global. A pandemia coloca em questão a governança global da saúde, que se refere ao uso de instituições formais e informais, regras e processos pelos Estados, instituições, atores intergovernamentais e não estatais para lidar com os desafios de saúde que exigem ação coletiva e transnacional. A tese foca sua análise nas arenas regionais de governança em saúde, que se situam entre os níveis global e nacional, permitindo reunir esforços e articular a diplomacia e cooperação para problemas de saúde que cruzam fronteiras, como a Covid-19. O objetivo foi contribuir para a compreensão das características, possibilidades e limites das iniciativas de articulação e cooperação em saúde nas Américas, no contexto da pandemia de Covid-19, focando-se nos mecanismos de governança adotados e na agenda das organizações selecionadas por seu papel na integração regional e na diplomacia da saúde. A análise visa identificar e descrever as estratégias de ação durante a pandemia de organizações regionais e sub-regionais selecionadas: a Organização Pan-Americana da Saúde - Opas, diferentes iniciativas de integração regional (Celac, Prosul, Oras-Conhu, e Mercosul). Também são analisadas redes de cooperação, como as de Institutos Nacionais de Saúde, de Escolas de Saúde Pública e de Educação de Técnicos em Saúde. Além disso, foi realizado um estudo de caso de um país - a Argentina - identificando características e os limites da resposta nacional a um fenômeno global.

Palavras-chave: Governança. Diplomacia da Saúde. Cooperacao em Saúde. América Latin. Pandemia

ABSTRACT

Overcoming the challenges related to a pandemic, in countries whose health systems face structural problems, requires strategies that transcend national borders and involve regional and global coordination mechanisms. The pandemic calls into question global health governance, which refers to the use of formal and informal institutions, rules and processes by states, institutions, intergovernmental and non-state actors to deal with health challenges that require collective and transnational action. The thesis focuses its analysis on the regional arenas of governance in health, which are situated between the global and national levels, allowing to join efforts and articulate diplomacy and cooperation for health problems that cross borders, such as Covid-19. The objective was to contribute to the understanding of the characteristics, possibilities and limits of articulation and cooperation initiatives in health in the Americas, in the context of the Covid-19 pandemic, focusing on the governance mechanisms adopted and on the agenda of the organizations selected for their role in integration. regional and health diplomacy. The analysis aims to identify and describe the action strategies of selected regional and sub-regional organizations during the pandemic: the Pan American Health Organization - PAHO, different regional integration initiatives (Celac, Prosul, Oras-Conhu, and Mercosur). Cooperation networks are also analyzed, such as those of the National Institutes of Health, Schools of Public Health and Education of Health Technicians. In addition, a case study of one country - Argentina - was carried out, identifying characteristics and limits of the national response to a global phenomenon.

Keywords: Pandemic. Covid-19. Governance. Global Health. Health Diplomacy. Health Cooperation. Latin America. Pandemic.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Cuadro 1	Respuesta de la OPS a la Covid-19, Líneas Estratégicas y Actividades Implementadas.....	46
Cuadro 2	Logros de los Procesos de Integración Regional en Salud en LAC...	62
Cuadro 3	Iniciativas de Integración en América del Sur.....	65
Cuadro 4	Objetivos del Plan Estratégico 2018-2022 ORAS/CONHU.....	68
Cuadro 5	Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina 2020-2021...	70
Cuadro 6	XLVIII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR: Declaraciones y Acuerdos en Respuesta a la Pandemia de la COVID-19. junio de 2021.....	78
Cuadro 7	PROSUR: Reuniones Realizadas en Respuesta a la Pandemia.....	81
Cuadro 8	Iniciativas de producción de vacunas y medicamentos sub-regionales.....	88
Figura 1	Flujos de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria.....	116
Figura 2	Línea de Tiempo de la Covid-19 en Argentina.....	118
Figura 3	Casos Confirmados y Casos Acumulados de acuerdo con la Fecha de Inicio de los síntomas, por Semana Epidemiológica y Región. Argentina.....	119
Figura 4	Muertes por semana de fallecimiento de acuerdo con región del país. Hasta Semana Epidemiológica Número 6/2021.....	120
Figura 5	Proporción de camas hospitalarias y densidad de médicos en países Sudamericanos.....	127
Figura 6	Densidad de Médicos Intensivistas, Camas de UTI y Ventiladores Mecánicos por 100 Mil Habitantes.....	127

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Configuración del sistema de salud argentino y tipos de cobertura de la población.	110
Tabla 2	Índice Global de Seguridad en Salud 2019 de los Países Sudamericanos. 138	126
Tabla 3	Inversiones adicionales en relación a la pandemia en la Argentina 1	128

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ADPIC	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
ALASAG	Alianza Latino Americana de Salud Global
ALyC	América Latina y el Caribe
ANLIS	Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud de Argentina
AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
ASPO	Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio
APP	Asociación Pública Privada
APS	Atención Primaria de la Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BID/INTAL	Instituto para la Integración de América Latina y el Caribe del BID
BIV	Boletín de Vigilancia Integrada del MSAL de Argentina.
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CARPHA	Agencia Caribeña de Salud Pública
CELAC	Comunidad de Estados Latino Americanos y del Caribe
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPI	Coalición para la Preparación ante Epidemias
COE	Comité Operativo Nacional de Emergencia
COFESA	Consejo Federal de Salud de Argentina
CONICET	Consejo Nacional de Investigación en Ciencia y Tecnología
COMISCA	Consejo de Ministros de Centro América
COVAX	Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19
CPLP	Comunidad de Países de Lengua Portuguesa
CRIS	Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la FIOCRUZ

DISPO	Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio
EMP	Empresas de Medicina Prepagas
EPSJV	Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venancio de la FIOCRUZ
ETI	Enfermedad tipo Influenza.
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz
FOCEM	Fondo de Asimetrías Estructurales del MERCOSUR
GAVI	Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización
GSG	Gobernanza de la Salud Global
IANPHI	Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública
ICICT	Instituto de Comunicaciones e Información Científica y Tecnológica en Salud de la FIOCRUZ
IFF	Instituto Nacional de Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente Fernandes Figueira de la FIOCRUZ
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Argentina
INSSJP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
INTA	Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria de Argentina
HMO's	Organizaciones para el Cuidado de la Salud de EEUU
ISM	Instituto Social del MERCOSUR
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MSAL	Ministerio de Salud de Argentina
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPS/SAM	Programa de Cooperación para América del Sur de la OPS
ORAS/CONHU	Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónico
PAHO	Panamerican Health Organization es la OPS

PALOPS	Países Africanos de Lengua Portuguesa
PAMI	Plan de Asistencia Médica Integral
PMO	Programa Médico Obligatorio
PPT	Presidencia Pro Témpore
PROSUR	Foro para el Progreso de América del Sur
RBLH	Red de Bancos de Leche Humana.
RESP-AL	Red de Escuelas y Centros Formadores en Salud Pública de América Latina
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
RETS	Red Internacional de Técnicos en Salud
RINS	Red de Institutos Nacionales de Salud
RMS	Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR
RSI	Reglamento Sanitario Internacional.
PMM	Programa Mais Médicos
SENASA	Servicio Nacional de Sanidad Animal de Argentina
SICA	Sistema de Integración Centro Americano
SISA	Sistema Integrado de Información en Salud de Argentina
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria
STP	Salud en todas las políticas
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos de la Salud
UNASUR	Unión de Naciones Sudamericana
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	17
2 GOBERNANZA GLOBAL, REGIONAL Y NACIONAL EN SALUD	21
2.1 LA SALUD GLOBAL COMO CATEGORÍA	23
2.2 REGIONALISMO EN SALUD	25
2.3 COOPERACIÓN EN RED O COOPERACIÓN ESTRUCTURANTE	26
3 PREGUNTAS QUE BUSCA RESPONDER ESTA INVESTIGACIÓN	28
4 OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GERAL	29
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5 CONTEXTO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	30
5.1 EJES DE ANÁLISIS Y PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	31
6 ESTRUCTURA DE LA TESIS	34
7 GOBERNANZA REGIONAL Y DIPLOMACIA EN LAS AMÉRICAS FRENTE A LA COVID-19	36
7.1 GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES Y DESAFÍOS	37
7.2 GOBERNANZA REGIONAL EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	41
7.3 OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS: LA OPS.....	42
7.4 GOBERNANZA GLOBAL Y REGIONAL EN SALUD Y EL ACCESO A LA VACUNA CONTRA LA COVID-19	48
7.4.1 Fracaso del COVAX como respuesta Multilateral para el acceso a las vacunas	50
7.5 CONSIDERACIONES FINALES	54
8 SUDAMÉRICA: ENTRE LA LETARGIA DE LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN REGIONAL Y EL EFECTO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA PANDEMIA	56
8.1 MULTILATERALISMO E INTEGRACIÓN REGIONAL	59
8.2 SUDAMÉRICA: LA LETARGIA DE LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y LA PANDEMIA	67
8.2.1 La Comunidad Andina de Naciones-CAN y su Respuesta a la Pandemia	67
8.2.2 Comunidad de Estados Latino-Americanos y Caribeños- CELAC.....	72

8.2.3 El MERCOSUR y su respuesta a la pandemia	75
8.2.4 La Respuesta del Foro para el Progreso de América del Sur-PROSUR a la Pandemia	821
8.3 CONSIDERACIONES FINALES	92
9 LA ESTRATEGIA DE REDES ESTRUCTURANTES EN LA COOPERACIÓN Y LA RESPUESTA A LA PANDEMIA DE LA COVID-19.....	94
9.1 LOS CONCEPTOS DE RED Y COOPERACIÓN ESTRUCTURANTE EN SALUD	94
9.2 LA RED DE ESCUELAS Y CENTROS FORMADORES EN SALUD PÚBLICA DE AMÉRICA LATINA	96
9.3 LAS REDES DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD	99
9.3.1 RINS- UNASUL e Rede IANPHI-LatAm.....	99
9.4 LAS REDES DE INSTITUTOS FRENTE A LA PANDEMIA DE LA COVID-19.....	101
9.5 LA RED INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD (RETS)102	
9.5.1 La RETS-Unasul: uniendo esfuerzos para fortalecer la formación de técnicos en salud	103
9.5.2 La RETS e a pandemia de Covid-19: comunicación permanente entre los miembros	104
9.5.3 Los desafíos de la formación de técnicos en salud durante la pandemia: una propuesta de cooperación en red.....	105
9.6 CONSIDERACIONES FINALES	107
10 GOBERNANZA NACIONAL Y COORDINACIÓN FEDERATIVA EN LA RESPUESTA A LA COVID-19 EN ARGENTINA: CONTENCIÓN INICIAL Y “FATIGA SOCIAL”	109
10.1 CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD DE LA ARGENTINA.....	110
10.2 ORGANIZACIÓN Y RELACIONES ENTRE LOS SISTEMAS NACIONALES DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN DE LA SALUD	115
10.3 EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19 EN ARGENTINA.....	119
10.4 GOBERNANZA DE LA ARGENTINA EN RESPUESTA A LA PANDEMIA.....	122
10.5 ESTRATEGIAS SUPRA-SECTORIALES PARA COMBATIR LA PANDEMIA	

COVID-19	126
10.6 ESTRATEGIA SECTORIAL PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA COVID-19..	127
10.7 GOBERNANZA Y SEGUNDA ONDA DE LA COVID-19.....	134
10.8 CONSIDERACIONES FINALES	135
11 CONCLUSIÓN	139
REFERENCIAS.....	147
APÉNDICE A - CUADERNOS DEL CENTRO DE RELACIONES INTERNACIONALES EN SALUD UTILIZADOS COMO FUENTES DE RECAUDACIÓN DE DATOS.....	161
APÉNDICE B - SEMINARIOS AVANZADOS DE SALUD GLOBAL Y DIPLOMACIA DE LA SALUD.....	167
APÉNDICE C - PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y TÉCNICA DEL AUTOR RELACIONADA CON EL ESTUDIO.....	168

1 INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por el coronavirus 19 (Covid-19, por su sigla en inglés), causada por el nuevo Sars-Cov-2, como una pandemia. Habiendo pasado 18 meses de la declaración de la OMS, la región de las Américas se ha constituido como epicentro de la misma. Hasta el 20 de septiembre de 2021, según el Coronavirus Resources Center de la Universidad de Medicina de John Hopkins, se habían registrado a nivel mundial 228,59 millones de casos positivos y 4.693 millones de muertes de los cuales 38,51% y 46,30% respectivamente pertenecen a la región de las Américas. Además, de afectar la morbi-mortalidad, la COVID-19 ha tenido un fuerte impacto a nivel económico y social. Como ha señalado la CEPAL (2021), producto de la pandemia, la región registró una caída del PIB regional de 7%, lo que constituye la mayor caída de la actividad económica de los últimos 120 años en América Latina y el Caribe. La pobreza y la pobreza extrema han alcanzado niveles que no se han observado en la región en los últimos 12 y 20 años respectivamente. La pandemia puso de relieve y exacerbó las principales brechas estructurales de la región y los costos de la desigualdad se volvieron insostenibles.

La epidemia de COVID19, por su carácter de pandemia, se trata de un problema de salud global, entendido como:

“... problemas de salud que trascienden las fronteras y los gobiernos nacionales y que demandan intervenciones en las fuerzas y flujos globales que determinan la salud de las personas. Exige nuevas formas de gobernanza en los niveles nacionales e internacionales que se dirigen a incluir una amplia gama de actores” (Kickbusch & Berger, 2010:9)

Frente a la emergencia de la Pandemia, los gobiernos han tenido que reasignar sus presupuestos y gastar en servicios de salud y en la ayuda económica a las empresas y a los trabajadores o ver deteriorarse todavía más la situación social y sanitaria. La pandemia como problema de salud global ha planteado el despliegue de la diplomacia de la salud y la necesidad de cooperación.

La diplomacia de la salud es comprendida como:

“una actividad de naturaleza política, que cumple con el doble objetivo de mejorar la salud, al mismo tiempo que mantiene y fortalece las relaciones internacionales”, y como “método de interacción elegido entre las partes interesadas en la salud pública y la política con fines de representación, la resolución de conflictos, la mejora de los sistemas de salud y el derecho a la salud para toda la población” (Lee & Smith, 2011:10-Traducción del autor).

Frente a un hecho de un virus salvaje, que mutó a los humanos propagando el nuevo virus Sars-Cov-2, con una velocidad y masividad de la cual, no había precedentes a nivel global, se ha desplegado la diplomacia de la salud. Prueba y resultado de esa diplomacia en salud son: a) la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, b) la declaración de un episodio de salud pública de importancia internacional por la OMS, c) el intercambio de informaciones, d) el desarrollo de medidas para la contención y control, e) el cierre de las fronteras (en caso negociadas y otras no), f) la realización de diversas reuniones virtuales que congregaron a las autoridades políticas y sanitarias de los países; g) la movilización de fondos, h) o compras por medio de fondos o la acción mancomunada de los países, entre otras

La cooperación en salud en un escenario pandémico se convierte en un imperativo, ya que existe “*necesidad de gerenciar los riesgos de salud que se esparcen dentro y hacia fuera de los países; de considerar los determinantes más amplios de la salud a partir de una perspectiva gubernamental integral y para incluir, formalmente e informalmente, un conjunto diversificado de interlocutores e intereses coordinando actores estatales y no estatales*” (Lee & Smith, 2011:9). El proceso de desarrollo de la investigación e innovación para la producción de la vacuna pone en evidencia estas múltiples negociaciones entre actores tanto académicos, gobiernos, y empresas con diversos intereses y que, muchas veces, entran en conflicto.

En el actual escenario pandémico, donde las enfermedades van más allá de las fronteras nacionales de los países globalizándose los riesgos para la salud, el nivel regional con la actuación de la Organización Panamericana de la Salud y en subregional, vinculado a iniciativas de integración, presenta grandes oportunidades para la cooperación en salud. Durante el siglo XIX y XX diversas epidemias a nivel internacional generaron Conferencias Sanitarias que forjaron el sistema de gobernanza global y regional en salud. La consecuencia de este proceso en las Américas fue la institucionalización del *Pan American Sanitary Bureau*, la primera organización regional, en 1902, o sea, la primera institución en el mundo dedicada a la diplomacia de la salud, en cuanto a un espacio de negociaciones sobre salud entre Estados nacionales. De otro lado, se debe destacar que esta estructura de diplomacia de la salud, o sea, el espacio de negociaciones de alto nivel y relevancia en el campo de la salud, nació esencialmente de la esfera diplomática, demostrando las íntimas relaciones entre diplomacia y salud desde la génesis de la estructura diplomática sectorial.

La actual pandemia ha acelerado algunas transformaciones en la política mundial, que se venían experimentando en las últimas décadas. Por un lado, se registra el ascenso de China

como un gran jugador en el escenario global, lo cual puede implicar en una relativa pérdida de la hegemonía de los Estados Unidos y, en segundo lugar, una letargia de los procesos de integración regional luego de una primera década del siglo, donde UNASUR ocupó un papel como actor protagonista en la arena diplomática internacional agrava todavía más la situación regional, observándose un continente fracturado. En este escenario de falta de integración, muchos de los problemas de salud que podrían tener grandes sinergias al ser abordados en forma regional por medio de la articulación de una diplomacia regional, acaban siendo abordados en forma aislada dentro de las fronteras de cada uno de los países de la región. A la luz de las disputas entre Estados Unidos y China, la región ha perdido protagonismo como actor en las arenas del multilateralismo global al tiempo que se ha convertido en el epicentro de la Pandemia y donde se observa alguna fatiga de la arquitectura multilateral global, especialmente del Sistema de las Naciones Unidas.

La gobernanza tanto a nivel global como regional está en plena reconfiguración. La comunidad internacional enfrenta una realidad marcada por el impacto de una crisis con aspectos humanitarios, sociales y económicos sin precedentes ocasionados por la pandemia de la Covid-19. La CEPAL (2020) ha señalado como la pandemia generará un dramático aumento de las desigualdades y de la pobreza en la región que imponen la necesidad de la cooperación y diplomacia en salud, así como de una gobernanza capaz de gestionar ciertos bienes públicos regionales inspirados en la solidaridad, panamericanismo e integración. Cabe destacar el impacto de la implosión de UNASUR sobre la gobernanza regional. Entre 2008 y 2019 América del Sur ha sido un ejemplo de cooperación en salud con la existencia de la Unión de Naciones Sud Americanas (UNASUR). Como parte de la estructura más alta de la gobernanza de esta iniciativa de integración regional, se contaba con el Consejo de Salud Sudamericano integrado por los 12 de Ministros de Salud. En esa época, el enfrentamiento colectivo de los países a la pandemia de influenza de H1N1, a las epidemias de dengue y la organización de acciones comunes contra otras enfermedades transmisibles emergentes y re-emergentes, la preparación colectiva para la eventual introducción del virus Ébola, fueron conducidos por el Consejo, apoyado por los Jefes de Estado e implementado por centenas de técnicos de los Ministerios y sistemas de salud de los Estados-miembros. El rechazo al multilateralismo regional, liquidó este mecanismo estable que funcionó formalmente por cerca de diez años en Sudamérica y que tuvo un papel importante durante la epidemia con potencial pandémico de H1N1

La construcción de una gobernanza regional en salud, restaurando mecanismos políticos y técnicos es fundamental para el enfrentamiento de la epidemia del nuevo

coronavirus, así como nuevos posibles desafíos de salud de interés internacional, pues simplemente cerrar fronteras no resulta una solución consistente frente a los problemas de salud que las trascienden. Sudamérica tiene cerca de 48 fronteras a lo largo de 17 mil kilómetros. La vida cotidiana de la población de las áreas fronterizas siempre transcurrió con beneficios mutuos e intensa cooperación para enfrentar conjuntamente problemas comunes. De un día para el otro se cerraron, deconstruyéndose los territorios fronterizos que habían sido producto de años y años de interacción de sus poblaciones, que identificaban problemas comunes de la salud y sus determinantes y que trataban de articular soluciones para superarlos.

2 GOBERNANZA GLOBAL, REGIONAL Y NACIONAL EN SALUD

La *gobernanza de la salud* puede ser definida como las acciones y los medios adoptados por una sociedad para organizar la promoción y la protección de la salud de una población (Dodson, Lee & Drager, 2002; Buss & Tobar, 2017). Tradicionalmente, la gobernanza de la salud ha estado relacionada más a los niveles nacionales y sub-nacionales, dado que los países tienen la responsabilidad primaria de la salud de sus poblaciones. Siendo el sistema de salud de los países la respuesta social organizada a los problemas de salud, en cuyo núcleo se encuentran los prestadores de servicios, el Estado (mediador colectivo) y la población.

En el actual contexto de globalización, los procesos de salud y sus determinantes trascienden las fronteras de los países, por lo que resulta necesario desarrollar nuevas formas de gobernanza global y regional de la salud dadas sus influencias sobre la salud de las poblaciones y sobre los sistemas de salud a nivel nacional. En el presente siglo, la salud global se ha puesto más en evidencia como las cuestiones que trascienden las fronteras nacionales y gubernamentales y que exigen intervenciones en fuerzas y flujos globales que determinan la salud de las personas y de las poblaciones y que requieren de nuevas formas de gobernanza a nivel nacional e internacional con la incorporación una amplia gama de actores, que exceden los representantes gubernamentales (Kickbusch & Lister 2006).

La mayor interdependencia e interconectividad desafía la tradicional distinción entre las actividades del sector a nivel nacional y de los esfuerzos internacionales en el área de la salud, registrando simultáneamente la proliferación de nuevos actores. Estos múltiples actores que actúan en esta área en un amplio espectro de problemas, cuya complejidad cuestiona la suficiencia del Estado como único actor interviniente en esta dinámica destacando la necesidad de una acción colectiva más amplia y coordinada (Almeida, 2017).

Los nuevos desafíos de la salud precisan ser resueltos conjuntamente entre los países, ya que las cuestiones de salud superan la esfera puramente técnica y se tornan un elemento esencial de política externa y de seguridad, exigiendo de una perspectiva global de la salud, caracterizada por la responsabilidad colectiva de la salud.

Como consecuencia de la intensificación del proceso de globalización no resulta suficiente que los problemas nacionales de salud sean tratados aisladamente, sino por el contrario, exigen un esfuerzo coordinado y conjunto por parte de la salud global.

Cuando se considera a nivel *global*, gobernanza de la salud, puede ser entendida como el “*Uso de instituciones, reglas y procesos formales o informales por parte de los Estados, instituciones intergubernamentales y agentes no estatales para lidiar con los desafíos de salud que exigen acciones colectivas y transnacionales*” (Buss & Tobar; 2017:32). La *gobernanza global de la salud* fue construida a partir del surgimiento del sistema multilateral, después de la segunda guerra mundial, imaginando un mundo ordenado a través de la convivencia pacífica entre las naciones, reconociendo la necesidad de principios transcendentales y evidentes. Las aspiraciones sociales de bienestar, justicia y libertad se encuentran en la base de aquellos principios fundantes del sistema multilateral. Fernández Pardo (2001) señala que su realización no puede evitar el tránsito por un mundo configurado según el realismo del poder y la lucha por el mismo.

La Organización Mundial de la Salud-OMS, como máxima autoridad en salud, cuenta con una gobernanza cuya principal razón de ser (misión) descansa en la pretensión que los desafíos de la salud global como los brotes epidémicos o la actual pandemia pueden resolverse por medio de la cooperación. Los actores que participan en esta gobernanza adhieren a sus reglas y procedimientos establecidos y a sus orientaciones normativas, considerando que sus intereses pueden ser maximizados por medio de una agenda técnica del organismo.

La OMS constituye lo que se denomina una “*agencia especializada*” del Sistema de las Naciones Unidas, que, a diferencia de los procesos de integración regional, no se encuentra vinculada a un criterio de membresía selectiva, promoviendo un universalismo de principios. Aun cuando a menudo se habla de la OMS como “*intergubernamental*”, es más correcto hablar de su “*carácter interestatal*”, ya que son los propios Estados parte por medio de su diplomacia sanitaria quienes acuerdan sus mandatos para abordar los desafíos globales de la salud. Otra característica de la gobernanza de la OMS, es que cuenta con órganos permanentes de gobierno que son sus cuerpos directivos, la Asamblea Mundial de la Salud, máximo órgano deliberativo, su Consejo Ejecutivo y el Secretariado que propician una acción de cooperación entre sus Estados miembros a partir de la necesidad de abordar, resolver problemas y atender intereses comunes, encontrándose entre los llamados organismos de cooperación preferentemente social y humanitaria. La OMS, así como otros organismos multilaterales fueron establecidos a partir de las necesidades de los actores o Estados

hegemónicos, que supone actuar sobre escenarios epidemiológicos o problemas de salud que son globales, pero cuya incidencia es desigual.

A nivel global, y a la luz de la tensión entre los intereses hegemónicos de Estados Unidos y China, la OMS ha venido sufriendo importantes cuestionamientos de sus decisiones y de su proceder con relación a la Pandemia. Incluso estas tensiones han supuesto la amenaza de la salida de Estados Unidos de la Organización Mundial de la Salud. Actores importantes, como el gobierno del ex-presidente Trump, y alineándose con él otros gobiernos como el del Presidente Bolsonaro en Brasil, cuestionaban a la OMS y el Sistema multilateral, argumentando que se trata de una gobernanza basada en normas y reglas, pero que no garantiza la seguridad y prosperidad global. Contrapuesto con el multilateralismo, se postulan soluciones desde el bilateralismo y procurando el repliegue de los países a su interior e incluso propiciando un nacionalismo con soluciones individuales de los países.

El Multilateralismo ha desarrollado una gobernanza global, que busca crear procesos y mecanismos por medio de la diplomacia para alcanzar objetivos comunes a favor de la paz y el bienestar global. En un momento pandémico, que afecta a toda la humanidad, el multilateralismo y la diplomacia de la salud serían los principales desdoblamientos necesarios para mancomunar esfuerzos y la cooperación en respuesta a la Covid-19 guiados por la idea que *“nadie estará a salvo de la pandemia, a menos que toda la humanidad este a salvo.”*

La epidemia de Covid-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. La caracterización ahora de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas, lo que la configura como un problema de salud global.

2.1 LA SALUD GLOBAL COMO CATEGORÍA

La presente tesis entiende a la pandemia como un evento de salud global. Como señalan Brown et al (2006) el término de salud global ha ido utilizándose en forma creciente en las últimas décadas y sustituyendo en buena parte, al de salud internacional. Los términos salud global y globalización se encuentran por todos lados. Lo *global* parece como el más aceptado, aun cuando la academia, agencias intergubernamentales y organizaciones filantrópicas utilizan el término de manera altamente visible. El origen y el significado de *salud global* es poco claro. En los últimos tiempos, el término *salud global* ha ganado presencia a en la literatura científica como un nuevo objeto en el campo del conocimiento y

las prácticas de la salud colectiva (Almeida, 2010). A partir de la década de 1990, el número de libros, artículos y otras publicaciones que utilizan este término ha ido creciendo, al igual que el número de instituciones que crean áreas, departamentos y líneas de investigación dedicadas al tema.

La utilización de la categoría no está exenta de disensos. Bunyavanich y Walkup (2001) encontraron que el término salud global se volvió dominante en los discursos internacionales de salud pública en los Estados Unidos al final del siglo XX.

En América Latina, algunos autores son muy críticos con el término de salud global e insisten con el de salud internacional. La crítica al nuevo término de -salud global- se refiere a su vinculación con las políticas neoliberales hegemónicas desde la década de los noventa y ciertas agendas de reforma de salud impuestas por el Banco Mundial y organismos internacionales. Otros actores como la ALASAG o Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet (2009) sostienen la idea del desarrollo de una salud global desde una perspectiva latinoamericana. Banta (2001:p76) advierte los nuevos desafíos que surgen del proceso acelerado de globalización incluyendo el hecho de estar insertos en una “*aldea global*” como justificación casi natural para la adopción de un nuevo “*paradigma*” de la salud global, sin avanzar sobre el significado del término. En tal sentido, la Pandemia sin duda es el resultado de este proceso acelerado de globalización y afecta a toda la población, sin embargo, a su vez refleja las grandes inequidades y desigualdades a las que están expuestos. Garay et al (2013) señalan que el sistema de las Naciones Unidas hace mención del término de salud global, sin definir claramente el mismo, sino apenas factores que la influyen o mejoran. En tal sentido, podemos decir que la gobernanza global se ha construido sin aclarar demasiado algunos de sus conceptos constitutivos. Para Almeida *et al.* (2013, p.2) “*la literatura contiene diferentes definiciones de salud global*” y complementan que no constituyen conceptos, entendidos aquí como palabras o términos que operan una teoría, ósea que tienen una teoría subyacente guiando la definición del concepto y tornando posible explicar ciertas realidades y guiar la práctica en circunstancias específicas. (Almeida *et al.* (2013, p.2) (Traducción del autor.)

Bunyavanich e Walkup (2001), realizaron una encuesta en Estados Unidos, consultando sobre las diferencias entre salud internacional y salud global. Las respuestas se dividieron en los que entendían que la salud global sería una jerga, sin ningún cambio expresivo o medible entre salud global y salud internacional y los que perciben diferencias profundas entre los términos y sus significados, siendo estos la mayoría. Entre los encuestados, que respondieron que hubo cambios de significado, expresan la idea de desafíos de salud que traspasan las fronteras, la necesidad de un abordaje de la salud desde la

perspectiva multilateral y también las relaciones con la seguridad y el comercio. En tal sentido, la salud global tendría una expectativa de “*salud para todos*”, traduciendo, por lo tanto, una visión ampliada de salud, concebida no solamente como ausencia de enfermedad.

La mayor parte del grupo entrevistado entendió que la idea de salud internacional se restringe a la acción de los Estados-nación, mientras que la salud global tendría una connotación más amplia y positiva, pasando a la idea de salud para todos. Los nuevos desafíos, que implicarían un “cambio de paradigma”, son la mayor circulación de las enfermedades transmisibles y potencial para el bioterrorismo; los cambios ambientales y climáticos, la adopción de hábitos de vida poco saludables y factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Las ventajas de la salud global serían el avance en los sistemas de información y las posibilidades de intercambios y colaboración debido a las crecientes similitudes entre los sistemas de salud, ya que las necesidades de salud por el mundo son cada vez más comunes.

Brown *et al.* (2006), entienden a la “*Salud Global*”, de forma general, haciendo referencia a las necesidades de salud de la población de todo el planeta, sobre los intereses de las naciones en particular. Al analizar el proceso de surgimiento del término salud global, la definen:

“El término salud global a veces se presenta como una respuesta puramente racional a eventos nuevos y amenazantes en la salud pública, como las epidemias internacionales que afectan tanto a países ricos como pobres, y la migración ilegal de poblaciones. [...] esta expresión surgió como parte de un proceso histórico y político más amplio, en medio de un debate aún no resuelto sobre el rumbo que debe tomar la salud pública, en el contexto de un orden mundial neoliberal, en el que la OMS veía que su otrora dominante su papel fue desafiado y comenzó a reposicionarse dentro de un conjunto de cambiantes alianzas de poder.” (BROWN *et al.*, 2006, p. 641- traducción del autor).

En el marco de esta concepción más amplia de salud global, que incorpora la globalización y los determinantes políticos y comerciales de la salud, la idea de salud como un derecho y sus críticas al modelo de desarrollo poco sostenible, eco agresivo y que genera exclusión, se ha producido el *spillover* o salto de un virus silvestre a los humanos, afectado a toda la humanidad generando la que puede ser considerada entre las mayores crisis en la historia tanto humanitaria, social como económica. En tal sentido la pandemia es un hecho de salud global porque afecta a toda la población, así como su relevancia internacional requiriendo de un enfoque interdisciplinario e intersectorial para su abordaje requiriendo el diálogo de las relaciones internacionales con la salud.

2.2 REGIONALISMO EN SALUD

El *regionalismo en salud*, se lo puede identificar como un proceso de construcción de una gobernanza, en el sector en un territorio o espacio geográfico específico, presuponiendo procesos intencionales e interactivos de cooperación o coordinación internacional, acordados entre dos o más actores estatales de una misma región y que pueden involucrar actores tanto estatales como no estatales, requiriendo ciertas reglas y normas formales e informales.

El concepto de región debe su raíz etimológica al latín “*regio*” (Jonsson, Taguil y Tornqvist, 2000, citado por Comini), 2019 que significa dirección. “*Regere*” es un verbo latino que significa “*gobernar*” o “*comandar*”, con el transcurso del tiempo, paso a estar relacionado con la idea de fronteras o espacios delimitado. Desde la perspectiva de las relaciones internacionales está relacionado a territorios geográficamente cercanos en donde las políticas exteriores se encuentran en cierta forma interrelacionadas. En las Américas ha dado origen a un proceso de regionalización que implica procesos de cooperación, integración, que va creando un espacio regional, que puede estructurarse a partir de temas específicos. El regionalismo en salud, se traduce en un sistema de gobernanza regional que presupone procesos intencionales e interactivos de cooperación o coordinación internacional, acordado por los actores estatales que en ella participan, pero que puede involucrar actores no estatales y en el marco de ciertas reglas de juego, que pueden ser formales o no.

En nuestro estudio cuando nos referimos a la *gobernanza regional en salud*, lo hacemos haciendo referencia a un conjunto de instituciones, reglas y procesos formales e informales para lidiar con los desafíos de salud que exigen acciones colectivas que existen entre el nivel nacional, propio de los países y el nivel global de la OMS. La gobernanza regional abarcaría tanto a la OPS, como Oficina Regional para las Américas de la OMS, como a los foros de salud de los procesos de integración regional.

Buss & Tobar (2017) han analizado los procesos de integración regional en salud, sus ventajas y logros en relación a los problemas de salud global. Señalan que, en el marco del proceso de globalización, el nivel subregional se presenta adecuado para abordar muchos de los desafíos sectoriales, que van más allá de las fronteras nacionales, permitiendo mancomunar esfuerzos y la cooperación desde una perspectiva de solidaridad y complementariedad que permite superar asimetrías entre los Estados parte.

Aun cuando hemos considerado la pandemia como un evento de salud global, a diferencia de otras epidemias, se observa un predominio de las respuestas nacionales de los países, que se han replegado a su interior para dar respuesta a la pandemia. Como resultado de

esto, observamos el cierre de fronteras, adquisiciones de equipamientos e insumos en forma individual por los países y que, en algunos casos, inspiradas por un nacionalismo, priorizaron el abastecimiento de algunos países en detrimento de otros.

2.3 COOPERACIÓN EN RED O COOPERACIÓN ESTRUCTURANTE

La pandemia ha generado alta incerteza frente a la enfermedad y la necesidad de tomar decisiones rápidas frente al posible contagio. Resultan necesarias informaciones y evidencias apropiadas que puedan apoyar la formulación de políticas y toma de decisiones en respuesta a la pandemia. En un contexto donde los países se han replegado a su interior para dar una respuesta a la pandemia, los miembros de las redes, de Institutos Nacionales de Salud, y de las Escuelas de Salud Pública han intensificado su interacción, abriendo una ventana de oportunidad para actuar compartiendo esfuerzos y promoviendo la construcción de capacidades por medio de la cooperación en red. La cooperación en red se presenta como una oportunidad, para que los actores se “enreden” a partir de la identificación de problemas comunes reconocidos a partir de la pandemia, en tal sentido, comparten sus experiencias, y buscan conjuntamente articular esfuerzos a partir del valor de la solidaridad y la heterogeneidad entre instituciones que generan beneficios conjuntos para enfrentar la pandemia. Nada hay más común y que afecte a todos, como una pandemia. El propio Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus señaló que *“A pesar de todas nuestras diferencias, somos una raza humana compartiendo el mismo planeta y nuestra seguridad es interdependiente – ningún país estará seguro, hasta que todos estemos seguros.”* (Alocución de Tedros Adhanom Ghebreyesus a la Reunión Virtual de Ministros del G-20 Abril 2020)

La cooperación en red se plantea como una herramienta apropiada para actuar en un contexto pandémico como el actual. La FIOCRUZ ha sido pionera en impulsar esta modalidad de cooperación denominada *“estructurante”* (Almeida et al,2010; Buss, 2011; Buss & Ferreira, 2010) que:

- ✓ Busca la creación de capacidades para los Sistemas de Salud.
- ✓ Incorpora el planeamiento estratégico enfocado en las realidades nacionales de cada país.
- ✓ Proceso entre *“socios”* en lugar de relacionarse con *“cooperantes”* y *“destinatarios”* de la cooperación.
- ✓ Enfoque horizontal orientado al desarrollo integral de los sistemas de salud.
- ✓ Construcción de instituciones estructurantes.

- ✓ Redes como potencialmente capaces de construir sujetos dispuestos para transformar la realidad.

La falta de información originada por el nuevo coronavirus y el gran desafío generado por la pandemia han ampliado la actuación de las redes de cooperación en América Latina. El mayor uso de la virtualidad ha generado grandes oportunidades para abordar problemas comunes y la cooperación horizontal por medio de las redes permitió abordar problemas cotidianos de los trabajadores y equipos de salud para enfrentar a la Covid-19.

3 PREGUNTAS QUE BUSCA RESPONDER ESTA INVESTIGACIÓN

El estudio desarrollado se basó en las siguientes preguntas: *¿Cómo respondieron las organizaciones regionales y subregionales que operan en América Latina a la pandemia de Covid-19? ¿Ha habido cambios en la gobernanza sanitaria regional a la luz de la pandemia? ¿Cuáles fueron las iniciativas de cooperación sanitaria propuestas? ¿Cómo se expresan los vínculos entre los esfuerzos de integración regional y las respuestas de los países? ¿Los mecanismos y estrategias adoptados favorecieron la respuesta a la pandemia en la región?*

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

La investigación tuvo como objetivo general contribuir a la comprensión de las características, posibilidades y límites de las iniciativas de articulación y cooperación en salud en el contexto de la pandemia en la región, enfocándose en los mecanismos de gobernanza adoptados y la agenda de los organismos internacionales seleccionados por su rol en la integración regional y la diplomacia sanitaria.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar las respuestas desplegadas por la Organización Panamericana de la Salud, como organismo de gobernanza regional de la salud y las estrategias para el enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19.
2. Describir las respuestas desplegadas por los bloques de integración regional de América del Sur: Comunidad de Estados Latino Americanos y del Caribe- CELAC, de la Comunidad Andina- CAN, Mercado Común del Sur-MERCOSUR y Foro del Progreso para América del Sur- PROSUR para el abordaje y respuesta a la pandemia, analizando sus fortalezas, debilidades y oportunidades para el abordaje de la salud a nivel subregional.
3. Describir la cooperación en red, desarrollada por la Red de Escuelas de Salud Pública, Red de Institutos Nacionales de Salud y Red de Enseñanza Técnica de Salud, como modalidades emergentes apropiadas para dar respuesta a la pandemia.

4. Identificar los límites de las respuestas nacionales en la lucha contra la pandemia, con base en el estudio de caso en Argentina.

5 CONTEXTO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

La elección del objeto de estudio de la presente tesis ha sido el producto del acompañamiento que desde el Centro de Relaciones Internacionales en Salud- CRIS, de la FIOCRUZ se viene realizando de la diplomacia de la salud y la cooperación en Latino América en el contexto de la Covid-19. Desde el Observatorio de Salud Global y Diplomacia de la Salud del CRIS/FIOCRUZ se han producido informes quincenales (Cadernos CRIS/FIOCRUZ, 2021) conteniendo el análisis de la coyuntura de la salud global y de la diplomacia de la salud en territorios geopolíticos como Latino América y actores del escenario global. La construcción de la tesis asumió un carácter coyuntural, en el sentido que reflexiona sobre el avance de un acontecimiento como es la respuesta a la pandemia en la región y las negociaciones diplomáticas y la cooperación desde el nivel regional y subregional, que vienen desarrollándose en el momento actual.

Para el desarrollo de cada uno de los cuatro objetivos específicos del proyecto, se ha optado por la modalidad de artículos que constituyen los capítulos de la presente tesis.

En relación al objetivo específico 1 - “analizar las respuestas desplegada por la Organización Panamericana de la Salud, como organismo de gobernanza regional de la salud, y las estrategias para el enfrentamiento de la Pandemia de la COVID19”- la cuestión que se ha pretendido responder es: *¿cuál ha sido la respuesta de la gobernanza regional de la salud?* Para ello se ha analizado a la Organización Panamericana de la Salud como organismo de gobernanza regional de la salud, analizando en qué situación se encontraba al inicio de la pandemia y cómo ha ido articulando una respuesta regional al coronavirus en la región. Finalmente, considerando que las Américas se ha tornado la región a nivel global más

afectada por la pandemia y que la vacunación es fundamental para la recuperación de la región, se aborda el desafío del acceso a la vacuna en la región y las respuestas y posibles cursos de acción que se pueden tomar desde la gobernanza regional en salud para su acceso universal.

En relación al objetivo específico 2 - “describir las respuestas desplegadas por los bloques de integración regional de América del Sur: Comunidad Andina- CAN, Mercado Común del Sur-MERCOSUR y Foro del Progreso para América del Sur- PROSUR para el abordaje y respuesta a la pandemia, analizando sus fortalezas, debilidades y oportunidades para el abordaje de la salud a nivel subregional” - se sostiene la hipótesis que solo saldremos del actual contexto pandémico, tanto en sus implicancias de salud, sociales y sanitarias por medio de la diplomacia y la cooperación a nivel sub-regional. En este sentido realiza una revisión y análisis de las respuestas a la Covid-19 por parte de la Comunidad de Estados Latino Americanos y del Caribe- CELAC, el Mercado Común del Sur-MERCOSUR, el Foro para el Progreso de América del Sur-PROSUR y el Organismo Andino de salud, Convenio Hipólito Unanue- ORAS/CONHU.

El objetivo específico 3 se explora a través de la descripción de la cooperación desarrollada por la Red de Escuelas de Salud Pública, la Red de Institutos Nacionales de Salud y la Red de Educación Técnica en Salud en el escenario de la pandemia. La hipótesis que se postula es que el trabajo en red puede ser una opción significativa para la cooperación técnica, el intercambio de conocimientos y experiencias, la formación, el desarrollo de capacidades y la transferencia de tecnología en condiciones de mayor igualdad de poder y recursos, así como el aprendizaje mutuo y la coordinación de políticas y estrategias de desarrollo entre sus miembros.

En el objetivo específico 4 se desarrolla con base en el estudio de caso en Argentina, con el propósito de identificar desafíos y límites de las respuestas nacionales en la lucha contra la pandemia.

5.1 EJES DE ANÁLISIS Y PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Los ejes de análisis que guiaron el estudio fueron:

- ❖ **Mecanismos de gobernanza regional en salud adoptados frente a la pandemia** - se refiere a las formas de integración entre países en el escenario pandémico, mediadas por organismos internacionales de carácter regional o subregional o redes de cooperación en salud.

- ❖ **Agenda de organismos internacionales regionales y subregionales sobre cooperación en salud en la pandemia** - se refiere a temas e iniciativas prioritarios adoptados por agencias internacionales seleccionadas, encaminadas a enfrentar la pandemia de Covid-19 en la región. Las organizaciones seleccionadas fueron: de alcance regional, la Organización Panamericana de la Salud - OPS, por ser la organización de cooperación internacional más antigua de las Américas.
- ❖ **Relación entre iniciativas regionales y respuesta nacional** - en el análisis del material empírico, hubo preocupación por identificar propuestas de integración entre países, aunque no fue posible analizar su implementación. También se realizó un estudio del caso de Argentina, país federativo que enfrenta dificultades de articulación interna entre provincias, en el que se buscó identificar características, posibilidades y límites de la respuesta nacional, así como los esfuerzos de articulación con otros países y organizaciones internacionales.

En cuanto a las técnicas de investigación, el estudio se basó fuertemente en fuentes secundarias, como la revisión de la literatura y, principalmente, el análisis de documentos, debido a la naturaleza reciente y cambiante del proceso estudiado y la persistencia del escenario pandémico.

El análisis bibliográfico se centró en artículos y libros sobre diplomacia en salud, integración regional y la pandemia Covid-19 en América Latina y el Caribe y referentes a la República Argentina.

El análisis de documentos implicó relevar el contenido de sitios institucionales y varios documentos oficiales de las siguientes organizaciones:

- ✓ Organización Panamericana de la OPS – <https://www.paho.org>
- ✓ Secretaría del Mercado Común del Sur- <https://www.mercosur.int/>
- ✓ Foro para el Progreso e Integración de América del Sur-PROSUR- <https://foroprocur.org>
- ✓ Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue- <http://orasconhu.org/portal/>
- ✓ Comunidad de Estados Latino Americano y del Caribe- CELAC- <http://ppt-celac.sre.gov.mx>
- ✓ Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe- SELA- <https://www.sela.org/es/>
- ✓ Comisión Económica para América Latina y el Caribe- CEPAL- <https://www.cepal.org>

Los principales documentos analizados fueron: acuerdos, planes de trabajo, informes y actas de reuniones de las organizaciones e instancias de articulación regional estudiadas durante el período de estudio, principalmente entre febrero de 2020 y julio de 2021. Se analizaron más de 64 documentos, siendo los principales citados a lo largo de la presentación de los resultados.

Otra importante fuente de información fueron los informes del Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS) de la Fiocruz. Durante la pandemia, se produjeron 22 informes durante el 2020 y 16 informes en 2021 de estos informesⁱ, y el autor de esta tesis contribuyó a estos informes haciendo el seguimiento de la coyuntura de la diplomacia de la salud y la cooperación en la región de las Américas. La lista completa de informes consultados se puede encontrar en el Apéndice 1.

Complementariamente al análisis del documento, se utilizaron datos secundarios relacionados con la pandemia, obtenidos de las bases de datos internacionales de la OMS (www.who.int), OPS (www.paho.org), Observatorio de Covid-19 para América Latina y el Caribe de la CEPAL (<https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>), John Hopkins Corona Virus Resources Center (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>) Nuestro Mundo en Datos

Finalmente, si bien no fue posible realizar entrevistas semiestructuradas durante el período, el estudio se benefició del seguimiento por parte del investigador de una serie de *webinars* realizados durante el período sobre el tema de estudio, habiendo incluso participado en la organización de algunos de ellos. La lista de los principales *webinars* que fueron relevantes como fuentes para el estudio se encuentra en el Apéndice 2.

En términos de técnicas de investigación, el estudio se basó fuertemente en fuentes secundarias, como la revisión bibliográfica, realizando el análisis documental de actas, resoluciones y documentos oficiales pertenecientes a la Gobernanza Regional y Subregional en Salud, debido al carácter reciente y de permanente transformación de la realidad estudiada a la luz del desarrollo y acontecimientos de la pandemia, que todavía persiste en la región.

El foco en el análisis bibliográfica ha tenido énfasis en artículos sobre diplomacia de la salud, negociaciones en la gobernanza regional y subregional y cooperación en los procesos de integración regional y pandemia de Covid-19 en América Latina y el Caribe y sobre el caso de Argentina.

ⁱ Ver Cuadernos del CRIS 2020 y 2021, Disponibles en : <https://portal.fiocruz.br/cadernos-cris-informe-sobre-saude-global-e-diplomacia-da-saude>

El análisis del caso de la República Argentina, requirió la búsqueda en los sitios oficiales del Ministerio de Salud, así como buscar las normativas aprobadas en el Digesto de Emergencia Sanitaria de la Covid-19 (http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=3832). También se consultaron noticias, informes, comunicados oficiales de gobierno, entre otros.

Asimismo, como resultados intermedios de la investigación realizada, se han producido un conjunto de artículos publicados en literatura gris y diarios, listados en el Apéndice 3.

6 ESTRUCTURA DE LA TESIS

Además de la presente introducción, la tesis comprende cuatro capítulos que corresponden a artículos o capítulos de libros publicados o preparados para su publicación, y un capítulo final, que presenta las principales conclusiones de la investigación, que por tratarse de una realidad muy dinámica como es la respuesta a la pandemia a la región en cambio constante, deben ser profundizadas en futuros estudios.

El primer texto es un artículo recientemente sometido para su publicación sobre “*Gobernanza Regional y Diplomacia frente a la Covid-19*”. El artículo, relacionado al primer objetivo de la presente tesis, analiza la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud, organismo de gobernanza regional de la salud con más de 119 años de existencia, que enfrentaba en el inicio de la pandemia una crisis en su financiamiento y cuestionamiento de Estados Unidos, uno de los principales Estados miembros que contribuyen a la organización. El artículo describe la respuesta a la pandemia de la OPS y las resoluciones impulsadas desde las reuniones de los cuerpos directivos de 2020, en pleno momento de mayor impacto de la pandemia en la región, donde la participación de los países fue muy tímida y parecían más preocupados por dar respuestas al interior de sus países. Finalmente, el artículo analiza el alineamiento de la OPS con el Fondo Covax para la provisión de vacunas en la región, señalando algunos de los problemas enfrentados.

O segundo artículo, titulado “*Sudamérica: Entre la letargia de los procesos de integración regional y el efecto económico y social de la pandemia*” – constituye un mapeo

de lo actuado en la Comunidad de Estados Latino Americanos y del Caribe- CELAC; el Foro para el Progreso de América del Sur- PROSUR, iniciativa de integración regional creada por los Presidentes Iván Luque de Colombia, Sebastián Pineira de Chile y Mauricio Macri de Argentina como reemplazo de la extinta UNASUR; el Mercado Común del Sur- MERCOSUR a través de su foro político de salud, como es la Reunión de Ministros de Salud y los propios presidentes y el Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue y la Reunión de Ministros Andinos en relación a la Pandemia de la Covid-19. El hallazgo principal, es que, en los inicios de la pandemia en 2020, abundaron las declaraciones de tipo político con expresiones de deseos, antes de verdaderas acciones de cooperación que orienten la acción común de los países como medio para superar el contexto de emergencia. También se postula que las pretensiones fundacionales que han tenido iniciativas como el PROSUR, que generaron líneas de trabajo con una clara duplicación con otras iniciativas que venían desarrollándose en el ORAS/CONHU y el MERCOSUR.

Las llamadas redes estructurantes de Institutos Nacionales de Salud, de Escuelas de Salud Pública y de Enseñanza Técnica en Salud, han encontrado en la virtualidad impuesta por la pandemia, una oportunidad para aumentar su actuación, enredándose a partir de desafíos comunes. La cooperación estructurante constituye una gran oportunidad, que puede ser todavía profundizada y con valor estratégico para la Gobernanza Regional y esto es analizado en el artículo que se presenta en el Capítulo 3.

En el capítulo 4, el análisis se situará a nivel nacional de un país federal, como la República Argentina, que tiene uno de los sistemas de salud más segmentados y fragmentados de América Latina, aun cuando haya logrado niveles razonables en el estado de salud de su población. El capítulo caracteriza la gobernanza regional de la salud de la República Argentina, analizando cómo se han articulado los subsectores de salud y la respuesta intersectorial para su respuesta para la pandemia de la Covid.19

Finalmente, se presentan las principales conclusiones de la investigación, explicitando las oportunidades y límites de la diplomacia de la salud y cooperación a nivel regional para superar la pandemia de la Covid-19.

7 GOBERNANZA REGIONAL Y DIPLOMACIA EN LAS AMÉRICAS FRENTE A LA COVID-19ⁱⁱ

Habiéndose cumplido más de un año que la OMS declaró la pandemia, las Américas se ha convertido uno de los continentes más afectado. El impacto económico, político y social ha sido significativo, poniendo en duda la sabiduría y oportunidad de las decisiones de política puestas en marcha para tratar de mitigarlo, considerando una fuerte caída de la actividad, el desempleo, el aumento de la pobreza. La CEPAL calcula una caída del 7,7 del PBI trayendo un impacto en los hogares con bajos ingresos. La pandemia estalló en un complejo escenario económico, social y político de bajo crecimiento, pobreza creciente y tensiones sociales crecientes. Además, expuso las desigualdades estructurales que caracterizan a las sociedades latinoamericanas y los altos niveles de informalidad y desprotección social, así como la injusta división sexual del trabajo y la organización social del cuidado, que atenta contra el pleno ejercicio de derechos y autonomía de la mujer (CEPAL, 2021). A esto se agrega el surgimiento de nuevas variantes del virus que, en un escenario de difícil acceso a la vacuna por los países de la región, todavía no se sabe qué impacto tendrá.

ⁱⁱ El presente capítulo fue sometido como artículo para su publicación y se encuentra en evaluación de pares por la Revista Saúde em Debate (<http://www.saudeemdebate.org.br>)

Tobar, S; Buss, P; Alcázar, S, 2021. Gobernanza Regional y Diplomacia en las Américas frente a la Covid-19. (em avaliação na Revista Saúde em Debate). Regional hasta marco del 2021, se ha complementado con el artículo TOBAR, Sebastián & MINAYO DE SOUZA, Miryam /2021) elaborado para el E-book BUSS, P. & BURGER, P. (2021) “*Diplomacia da Saúde: Respostas Globais à Pandemia*”. Disponible en: <https://portal.fiocruz.br/diplomacia-da-saude-respostas-globais-pandemia>

Gobernanza Regional y Diplomacia en las Américas frente a la Covid-19

Los gobiernos de Latinoamérica han tenido que reasignar sus presupuestos y gastar en el fortalecimiento de sus servicios de salud, destinando importantes recursos a la compra de equipamientos, respiradores, reactivos de diagnóstico, medicamentos, así como la contratación de recursos humanos para dar cuenta de la emergencia. Asimismo, se ha brindado ayuda a las empresas y a los trabajadores frente a la disyuntiva de proteger la economía versus proteger la salud o ver deteriorarse todavía más la situación social y sanitaria.

La pandemia ha obligado que la estructura de gobernanza global y regional de la salud se movilice para dar respuesta a la Covid-19 en un momento de fragilidad del multilateralismo. La diplomacia de la salud y la cooperación se convierten en imperativo, ya que existe necesidad de responder a los riesgos de salud que se esparcen dentro y fuera de los países y considerar los determinantes más amplios de la salud a partir de una política de Estado integral para incluir, formalmente e informalmente, un conjunto diversificado de interlocutores e intereses, coordinando actores gubernamentales y no gubernamentales. La investigación e innovación para la producción de la vacuna pandémica ha puesto en evidencia estas múltiples negociaciones entre actores tanto académicos, gobiernos y empresas con múltiples intereses y que entran en conflicto.

Este artículo analiza la gobernanza y la diplomacia desplegada en la región para dar respuesta al desafío de la Covid-19, explicitando algunos conceptos para el análisis de la gobernanza regional en salud, los desafíos de la Organización Panamericana de la Salud-OPS analizándola en el contexto pandémico y finalmente considerando el acceso a la vacunación en la región.

7.1 GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES Y DESAFÍOS

La gobernanza de la salud puede ser definida como *“el uso de instituciones, mecanismos, relaciones y procesos complejos formales o informales por parte de Estados, mercados, ciudadanos y organizaciones intergubernamentales o no gubernamentales, a través de los cuales, a nivel mundial, regional, subregional y nacional, intereses colectivos son articulados, leyes y obligaciones son establecidas y diferencias son mediadas”* (Thakur & Weis (2006:19), utilizada por Buss et al (2017). Tradicionalmente, ha estado relacionada a los niveles nacionales y sub-nacionales, dado que los países tienen la responsabilidad primaria de la salud de sus poblaciones. En el actual contexto de globalización, los procesos de salud y sus determinantes trascienden las fronteras de los países, por lo que resulta necesario

desarrollar nuevas formas de gobernanza global y regional de la salud, dadas sus influencias sobre la salud de las poblaciones y sobre los sistemas nacionales de salud.

La pandemia plantea desafíos que trascienden las fronteras nacionales y que requieren nuevas formas de gobernanza con la incorporación de una amplia gama de actores, más allá de los representantes *oficiales* de los gobiernos. La diplomacia enfrenta inmensos desafíos en un momento en el que es más necesaria que nunca. A la vez, el multilateralismo atraviesa un período de crisis, donde emergen nuevos arreglos de Gobernanza, como las Asociaciones Público-Privadas- APP que involucran al llamado *filantro-capitalismo* como la Fundación Bill and Melinda Clinton y otros actores, como el Fondo Global o la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización-GAVI.

La pandemia puso en evidencia, como nunca, la necesidad del multilateralismo, la diplomacia de la salud y la cooperación solidaria en salud, entrando en conflicto intereses sanitarios nacionales con los de las multinacionales productoras de medicamentos, vacunas y tecnologías. La mayor interdependencia, interconectividad y proliferación de nuevos actores desafía la tradicional distinción entre las actividades nacionales e internacionales en el área de la salud. Resulta de este cuadro el cuestionamiento de la suficiencia de los representantes de los Estados como únicos actores actuantes en esta dinámica, destacando la necesidad de una acción colectiva más amplia y coordinada (Almeida, 2017).

Nuevos desafíos de la salud, como la pandemia de la Covid-19, no pueden ser resueltos exclusivamente al interior de los países, sino que tienen que requieren articular esfuerzos conjuntos y por medio de la cooperación y diplomacia de la salud. Las cuestiones de salud van más allá de sus dimensiones técnicas, abarcando necesariamente a la política exterior y a la de seguridad internacional, exigiendo así una perspectiva global/regional, caracterizada por la responsabilidad colectiva de la salud.

Como consecuencia de la intensificación del proceso de globalización no resulta suficiente que los problemas nacionales de salud sean tratados aisladamente, sino por el contrario, exigen un esfuerzo coordinado y conjunto por parte de la salud global. Como parte del proceso globalizado, podemos observar una creciente transnacionalización, donde las empresas multinacionales y el comercio internacional ganan espacio sobre la soberanía de los Estados, constituyendo importantes determinantes económicos globales de la salud.

Aunque la OMS sigue siendo formalmente la máxima autoridad en salud global, no se puede ignorar la crisis de legitimidad y el ataque de gobiernos autoritarios que viene sufriendo. Ello se refleja inmediatamente en su propia crisis financiera, que llega a paralizar sus actividades y pone en cuestión su identidad: ¿Es la OMS una mera agencia reguladora o

de prestación de ayuda humanitaria? ¿Son sus resoluciones vinculantes o apenas recomendaciones? (Velásquez, G. 2020).

La gobernanza de la salud global puede ser entendida como el uso de instituciones, reglas y procesos formales o informales por parte de los Estados, instituciones intergubernamentales y agentes no estatales para lidiar con los desafíos de salud que exigen acciones colectivas y transnacionales (Buss, P. & Tobar, S. 2017)

A la luz del panamericanismo y de la integración regional se han constituido arreglos de gobernanza, que permiten el abordaje de muchos de estos desafíos globales a nivel de las Américas y de las diversas subregiones con un accionar colectivo, cooperando y mancomunando esfuerzos del sector salud de los países miembros que forman parte de estas iniciativas. El *panamericanismo* (siglo XIX) fue un movimiento que pretendió la cooperación del continente americano en un momento de emergencia de Estados Unidos como potencia territorial, política, comercial y financiera. La Primera Conferencia Internacional de Estados Americanos (1889-90) sentó bases para la creación de la Unión Panamericana con el propósito de recopilar y difundir información económica y comercial para promover el comercio entre las naciones del hemisferio occidental. La emergencia de aspectos sanitarios claves que podrían tener un impacto significativo en el comercio, planteo la cooperación para la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902 (Kierman, 2002) y una convención sanitaria internacional.

El ideario panamericanista hace referencia la acción y efecto de integrar o integrarse, constituir las partes de un todo, unirse a un grupo para cooperar y enfrentar desafíos comunes, pero no escapa a una pretendida hegemonía de Estados Unidos-USA sobre la región.

En el actual proceso de globalización se observan flujos transfronterizos intensos y rápidos de bienes y personas acelerando la posibilidad de propagación de patógenos como Sars-Cov-2 y SARS, creando nuevos desafíos de salud que destacan los límites de la idea de que cada Estado Nacional tiene soberanía exclusiva y hacen imperativa la necesidad de la cooperación internacional.

En el pasado, muchos de los desafíos en salud fueron instrumentalizados regionalmente por medio de la cooperación debido a la naturaleza transnacional de muchas amenazas para la salud, que ponían en peligro vidas a través de las fronteras y crean altos niveles de interdependencia entre los gobiernos. En un contexto epidémico de fiebre amarilla, los países de las Américas defendieron la necesidad de unir esfuerzos para la erradicación de enfermedades transmisibles y propiciaron la creación de una organización que, luego se convertiría en la OPS.

El concepto de *gobernanza* es cada vez más difundido y utilizado, y su aplicación a los sistemas de salud, permite indagar aspectos y actores sociales que muchas veces no son tomados en cuenta en el análisis convencional. El concepto constituye una herramienta analítica para la comprensión de los procesos de acción colectiva que organizan la interacción de los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informal y formal) con las cuales una sociedad determinada, toma e implementa sus decisiones que determinan su comportamiento (PRATS CATALA, 2003).

Para analizar la gobernanza en relación a la Covid-19 en el ámbito regional, el presente trabajo utilizará como categorías analíticas: *actores y reglas de juego* (PRATS CATALA, 2003) y prestigio, recursos e influencia (TOBAR & FERNANDEZ PARDO 2001/119).

Sin duda, los *actores* son fundamentales, ya que el concepto de gobernanza hace énfasis en la relación actores estratégicos, mediada por una arquitectura institucional que se traduce en ciertas reglas de juego que se incorporan al interior de las organizaciones.

A nivel regional, los principales *actores* son los Estados parte que componen los diferentes ámbitos de gobernanza en salud, también el secretariado de la OPS tiene un papel importante, ya que, si bien los Estados parte mandatan a la organización, su secretariado es el que formula las propuestas para la aprobación de los países. La pandemia ha generado una intensificación de los procesos de investigación y desarrollo para la producción de una vacuna, en tal sentido instituciones académicas, laboratorios e gobiernos interactúan con los propios organismos multilaterales articulando diferentes iniciativas, e incluso vinculando al *filantropocapitalismo* (Birn, 2014) como la Fundación Bill and Melinda Gates o la Fundación Slim, y las empresas Farmacéuticas del sector privado constituyen otro actor.

El *prestigio* o grado de reconocimiento social de las acciones que desarrollan tienen un efecto sobre su legitimación. Su fuente de legitimación descansa substancialmente en la creencia que suscitan los principios que les rigen, bien como su misión. Un indicador del prestigio es la permanencia en el tiempo, lo que demostraría la adecuación de la organización a los cambios en el entorno y a su capacidad en responder oportunamente a sus desafíos. La experiencia de un organismo es una fuente de prestigio, por cuanto permite una ponderación de la idoneidad y que difícilmente pueda ser substituida.

Los *recursos* son los activos materiales o tangibles que sostienen la misión, el flujo de ingresos para el financiamiento de sus programas y que condicionan la eficacia en el cumplimiento de las actividades de la organización.

Por otro lado, tenemos la *influencia* o capacidad de influir en las acciones de los actores. Esta posee un innegable poder “*normativo*” para configurar la realidad y los comportamientos. Los institucionalistas apuntaban que el grado de influencia que presenta una organización predispone a su imitación por otras. Puede transformarse en una forma “*indirecta*” de conducir preferencias temáticas y agendas de trabajo en distintos campos. En relación a este poder de influencia, uno de los problemas de los organismos regionales y subregionales de salud es que se trata de organizaciones que por lo general “*instan*” a los países a actuar de determinada manera y no hay capacidad sancionatoria en caso de no hacerlo así.

Al considerar el *prestigio, recursos e influencias*, hay que considerar que las tres variables mantienen una lógica sinérgica, donde la reputación genera recursos y aumenta la influencia. También, las pérdidas reputacionales afectan la influencia de la organización y su capacidad de movilizar recursos. Desde esta perspectiva la organización puede movilizar recursos, pero sin afectar el prestigio de la misma. Y la capacidad de influenciar que tenga la organización siempre estará de acuerdo al prestigio y a los recursos con los que cuente.

La capacidad de influenciar de los organismos multilaterales en salud, como la OPS, se ha caracterizado por la elaboración y aceptación de *normas o reglas de juego*, que se refieren a reglamentos, regulaciones y otras normativas de naturaleza técnica pero negociada entre los distintos actores y que a la vez regulan su comportamiento.

7.2 GOBERNANZA REGIONAL EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La pandemia encontró a las Américas con un fuerte debilitamiento del multilateralismo global, con cuestionamientos a la OMS que afectaban su prestigio, su influencia y sus recursos en el medio de importantes tensiones a nivel internacional entre Estados Unidos y China en disputa por una hegemonía económica y comercial.

Amorin (2020) habla de una “*nueva guerra fría*”, y plantea que no hay que subestimar el potencial de conflicto y rivalidad entre las dos economías más grandes del mundo. El anuncio de la salida de Estados Unidos de la OMS, así como algunos eventos al interior de su Oficina Regional para las Américas: pusieron en problemas serios a la Organización Panamericana de la Salud.

7.3 OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS: LA OPS

La OPS ha sido la primera organización de salud internacional que plantea mancomunadamente esfuerzos de cooperación contra la propagación de brotes de epidemias y enfermedades en el continente, acumulando prestigio a lo largo de los 119 años transcurridos desde su creación en 1902. Algunos logros han contribuido a acumular *prestigio*, como ha sido la erradicación de muchas enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis y en 1949, el Programa de Erradicación de la Viruela incorporó una innovación tecnológica para el momento (1978), la vacuna liofilizada, luego usada en todo el mundo para el tratamiento de dicha enfermedad (OPS, 2001).

Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud- OMS en 1948, la OPS (Tobar, S. 2017) pasó a funcionar como la Oficina Regional de las Américas. En la última década, las tensiones entre China y Estados Unidos se han sedimentado en la OMS, incluso este país durante el gobierno Trump ha sostenido que la OMS actuó de acuerdo a los intereses del país donde se ha originado la pandemia, generando el anuncio de su salida de la organización. La OPS como oficina regional para las Américas no ha sido inmune frente a estas tensiones y cuestionamientos de EEUU al multilateralismo, a los que se han sumado problemas de carácter regional.

En relación a los *actores* que participan de la gobernanza regional de la salud la OPS, están constituidos principalmente por los 35 estados miembros, así como estados observadores, como son Portugal y España. Los Estados miembros participan a través de su diplomacia sanitaria integrada por altas autoridades sanitarias y técnicos de los países. El principio que rige es el vigente en los organismos del sistema de Naciones Unidas – “*un país, un voto*” - aun cuando en pocas ocasiones se tomen decisiones por votación y prime la adopción de decisiones por consenso. Para el cumplimiento de su misión, la OPS articula sus acciones con socios o aliados y en este sentido ha desarrollado un Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales (OPS, 2016).

Un evento de carácter pandémico como el de la Covid-19 hubiera generado la expectativa que, a nivel de los cuerpos directivos de la OPS, haya una gran participación de todos los Estados miembros como grandes actores que viabilicen inquietudes o una gran demanda de cooperación. Sobre todo, si como lo han puesto en evidencia la CEPAL (2020), a través de su Observatorio de la Covid-19 y por medio de importantes informes, la región experimenta una crisis que impacta tanto en la salud propiamente dicha como en la economía y en lo social.

En términos de recursos, la OPS se sustentan en dos fuentes de financiamiento: Por un lado, las *contribuciones regulares* de los Estados miembros y por otro las *contribuciones voluntarias*. El presupuesto vigente se aprobó en 2019 para el bienio 2020-2021 por un total de 650 millones de dólares, que incluye 215,8 millones provenientes del presupuesto de la OMS para la región de las Américas. (OPS, 2019)

Las contribuciones voluntarias surgen de la firma de acuerdos con agentes no gubernamentales (tales como las fundaciones filantrópicas) para la cooperación en áreas de programas específicos de cooperación de la organización. Por otro lado, tenemos las contribuciones voluntarias nacionales, que son aportadas por los gobiernos nacionales para financiar iniciativas específicas dentro de los países que concuerdan con los mandatos actuales de la OPS, que normalmente, forman parte de los acuerdos nacionales de cooperación técnica.

La respuesta a la pandemia de la OPS se vio afectada por problemas provenientes de las contribuciones de sus Estados miembros (OPS, 2020) Al 31 de mayo del 2020, la organización registraba u\$s 162,2 millones de deuda en sus contribuciones regulares, de las cuales 67% era de Estados Unidos, 15% de Brasil y 5% de Argentina. Los gobiernos de Brasil y Argentina (a la época) se alinearon con el gobierno Trump en el nó pago de sus contribuciones, generando una importante crisis financiera.

Para comprender los problemas en cuanto a la gobernanza regional en cuanto al financiamiento de la OPS en el momento del surgimiento, es necesario considerar algunos antecedentes en relación al *Programa Mais Médicos- PMM*ⁱⁱⁱ. La administración Trump del Gobierno de Estados Unidos cuestionó a la OPS por el *PMM*, que suponía un financiamiento por medio de contribuciones voluntarias de Brasil y que llevaba médicos cubanos para cubrir las lagunas de profesionales de salud pagando el gobierno brasilero por los servicios a través de un convenio que suponía la transferencia de recursos a la isla por medio de la OPS.

El *PMM* creado en 2013, tenía como objetivo de suplir la escasez de médicos en

ⁱⁱⁱ En 2013, la Ley 12.871 estableció una política para la reducción de las desigualdades en la provisión y fijación de médicos: *El Programa Más Médicos (PMM)*, orientado a la provisión con carácter de emergencia de médicos extranjeros y para la regulación de la formación médica. El *PMM* tomo importancia entre los años 2013-2018 con participación principalmente de médicos cubanos. La escasez y distribución inadecuada de médicos es un problema que afecta directamente la consolidación de la atención primaria y la organización del sistema de salud, no siendo exclusivo de Brasil. El Programa de Mais Médicos ha generado un conjunto significativo de evidencias sobre su impacto cambio del modelo asistencial y para la ampliación del acceso en el SUS, a través de equipos multi-profesionales con médicos, enfermeras y técnicos en enfermería y Agentes Comunitarios de Salud con más de 40 mil equipos en todas las regiones de Brasil. Ver: Kemper, Mendonça, Sousa (2016); Medina, Almeida, Lima, Moura, Giovanella (2018); Girardi, Van Straalen, Cella; Maas, Carvalho, Faria (2016).

municipios brasileños del interior y en las periferias de las grandes ciudades, movilizándolo más de 11 mil médicos por profesionales cubanos en 4.058 municipios del país. El Departamento de Estado Americano argumentó^{iv} que dicho Programa había sido un mecanismo para transferir dinero al gobierno cubano, con actitudes de explotación de los médicos cubanos en Brasil. En 2013, la Ley 12.871 estableció una política para la reducción de las desigualdades en la provisión y fijación de médicos: El PMM orientado a la provisión con carácter de emergencia de médicos extranjeros y para la regulación de la formación médica. El PMM tomo importancia entre los años 2013-2018 con participación principalmente de médicos cubanos. La escasez y distribución inadecuada de médicos es un problema que afecta directamente la consolidación de la atención primaria y la organización del sistema de salud, no siendo exclusivo de Brasil. El PMM ha generado un conjunto significativo de evidencias sobre su impacto cambio del modelo asistencial y para la ampliación del acceso en el SUS, a través de equipos multi-profesionales con médicos, enfermeras y técnicos en enfermería y Agentes Comunitarios de Salud con más de 40 mil equipos en todas las regiones de Brasil (Kemper, Mendonça, S. -2016; Medina, Almeida, Lima, Moura, Giovanella -2018; Girardi, Van Straalen, Cella; Maas, Carvalho, Faria -2016).

La posición de Estados Unidos, encontró un importante apoyo del gobierno Bolsonaro en Brasil, y se vio reflejada en un proyecto de “*Resolución de reforma de la Gobernanza de la OPS*” (OPS, 2020 CD58 R.3:PP2), que fue aprobado durante el 58ª Sesión del Consejo Directivo realizado el 28 y 29 de septiembre del 2020, que propiciaba fortalecer “*la gestión de aquellos proyectos de cooperación técnica que se financian mediante contribuciones voluntarias para así aumentar tanto la supervisión por parte de los Estados Miembros como la rendición de cuentas a estos, y para proteger a la Organización de los riesgos institucionales, incluidos los riesgos financieros, legales, operativos, técnicos y reputacionales.*”

La dependencia de la OPS de las contribuciones no voluntarias y la falta de reglas claras vinculadas a ella, dificulta la posibilidad de ejercer su papel regulatorio y normativo, en un momento pandémico donde es más necesario que nunca.

^{iv} Michael Kozak, del Departamento de Estado de EUA, expresó que la participación de la OPS en la iniciativa "Mais Médicos" de Brasil, es un tema de "gran preocupación" para el gobierno de Donald Trump, ya que a través del mismo, se suministró doctores a Brasil "por una gran cantidad de dinero que no se pagó a los médicos, sino al régimen", También se comprometió a realizar una evaluación externa independiente del programa", dijo Kozak, ante el Comité de Asuntos Exteriores de la Cámara de Representantes de EUA. Ver: <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/07/02/eeuu-reanudara-aporte-a-la-ops-cuando-se-evalue-programa-de-medicos-cubanos-a-brasil/> Acceso: 1 de Julio de 2020.

En la orden del día del máximo organismo de Gobernanza Regional de la Salud: el 58^o Consejo Directivo, realizado en septiembre de 2020 (OPS, 2020b). durante un episodio pandémico, se abordaron más de 20 puntos, de los cuales solo uno estuvo relacionado a la “Covid-19 en la Región de las Américas”. De las 9 Resoluciones aprobadas por el 58^o Consejo Directivo, una se refiere a los aspectos de la Pandemia en las Américas, otra a la Reforma de la Gobernanza de la OPS, y las otras 7 a aspectos presupuestarios, administrativos y financieros o de los propios órganos de su constitución, o reglas de juego para su funcionamiento. Es evidente que las tensiones en la gobernanza han emergido, involucrando cuestionamientos de Estados Unidos, y han generado la necesidad del cambio de reglas de juego en relación al financiamiento, suponiendo la necesidad de su solución antes que la OPS se pueda dedicar a responder a la pandemia.

La Resolución sobre la “*Pandemia de Covid-19 en la Región de las Américas*” (OPS, 2020c) insta a los Estados miembros a continuar promoviendo y profundizando políticas, estrategias y medidas sostenibles, que abarquen todos los sectores del gobierno, entre otras recomendaciones. La pregunta es si una organización como la OPS, que ejerce la gobernanza de la salud en una región gravemente afectada por la pandemia y donde ya asume un gran impacto sanitario, económico y social, puede ejercer influencia en los países con una resolución que sólo “*insta*”, sin ningún carácter vinculante para que los Estados miembros se comprometan en tal sentido. La resolución remite al dilema entre las *recomendaciones voluntarias* y los *instrumentos vinculantes* en el ámbito de la salud. Una paradoja de la gobernanza global en salud es que a diferencia de la del comercio mundial: las normas del comercio internacional de la Organización Mundial del Comercio (OMC) son vinculantes. La OPS/OMS no dispone de los medios jurídicos necesarios para hacer cumplir disciplinas que son vitales para la protección de la salud poniendo en cuestionamiento la existencia de una eficaz gobernanza de la salud.

La resolución aprobada le da mandato a la Directora de la OPS a través de recomendaciones como mantener la red regional de vigilancia de la influenza y otros virus respiratorios, impulsando la creación de una red regional de vigilancia genómica. Además, pide a la Directora que, por intermedio de las áreas técnicas de la Oficina, del Fondo Rotatorio para el Acceso a Vacunas y del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, asegure el acceso equitativo y el uso apropiado de vacunas, opciones terapéuticas, herramientas de diagnóstico, equipos biomédicos y equipos de protección personal que sean accesibles, seguros, eficaces y de calidad.

Por medio de la cooperación y la creación de normas técnicas en temas específicos

para la salud de la región, la OPS ha ejercido influencia en los países con miras a prevenir, controlar y erradicar enfermedades, así como estimular la investigación, formación y entrenamiento de recursos humanos en salud en la región. El cuadro a continuación resume la respuesta de la OPS, sobre la base de los ejes que ha priorizado para su respuesta. Asimismo, la OPS ha publicado un informe presentando la “*Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la Covid-19 en la Región de las Américas*” (OPS, 2020) y recientemente su actualización en la *59ª Sesión del Consejo Directivo* (Sept21). En el cuadro N°1 se resumen las actividades en cada uno de los ejes estratégicos.

Cuadro 1 Respuesta de la OPS a la Covid-19, Líneas Estratégicas y Actividades Implementadas

Línea Estratégica	Breve Descripción de Actividades
1. Fortalecer el Liderazgo, la rectoría y la Gobernanza	Cooperación a las autoridades sanitarias reforzando la formulación de medidas de respuesta a la pandemia, asesorando y apoyando con evidencia para la adhesión a las mismas. Llamamiento a que todos los sectores de gobierno colaboren en la respuesta a la pandemia. Movilización de Centros Colaboradores para respuesta a los países frente a la pandemia. Seguimiento de respuestas nacionales identificando “ <i>buenas prácticas</i> ” y “ <i>lecciones aprendidas</i> ”. Visibilización de temas claves como “tránsito internacional de pasajeros”, aportando con evidencias y guías. Seguimiento al funcionamiento y examen del Reglamento Sanitario Internacional a la luz de la pandemia.
2. Fortalecer la Información Epidemiológica	Fortalecimiento de capacidades nacionales de vigilancia de la Covid-19, e inteligencia epidemiológica en general (virus respiratorios y caracterizarlos genética, clínica y epidemiológicamente en la APS y la vigilancia centinela). Creación de Tableros de información epidemiológicas interactivos a nivel nacional, subregional y regional. 35 actualizaciones epidemiológicas y alertas sobre la situación epidemiológica subregional y regional, informes semanales con indicadores de la

	vigilancia del SARS-CoV-2, construcción de tendencias. Estudios de seroprevalencia de América Latina y el Caribe. Capacitación de uso de plataformas y para optimizar capacidad de diagnóstica. Fortalecimiento de capacidad de diagnóstico laboratorial: Provisión de insumos y reactivos de diagnóstico. Fortalecimiento de capacidad de diagnóstico: compra de insumos por Fondo Estratégico de OPS. Red Regional de la OPS de Vigilancia Genómica de la Covid-19, con laboratorios regionales de referencia
3. Fortalecer los sistemas de salud y las redes de prestación de Servicios	Apoyo a los países para la ampliación, redistribución y capacitación de Recursos Humanos, compra de productos esenciales, intercambio de experiencias vinculadas a los servicios. Capacitación a través del Campus Virtual. Facilitación de encuesta OMS a 29 países relevando la aplicación de Estrategias para evitar la interrupción de servicios (triaje, cuidados domiciliarios, telemedicina, atención de pacientes en lugares alternativos, promoviendo el intercambio de experiencias y la identificación de buenas prácticas. Cooperación en salud mental y apoyo psico-social para formular planes para superar brechas en salud mental. Elaboración de materiales técnicos y de comunicación, así como capacitación a trabajadores. Contribución para el aumento de un 103% la capacidad de cuidados críticos y mejora de su calidad. Grupo Técnico sobre el Oxígeno (GTO) para evaluar las limitaciones sufridas por los países por aumento de demanda, recomendaciones adaptadas localmente (enfoque clínico, optimización de la infraestructura existente, fortalecimiento de capacidades técnicas y trabajo en redes integradas), creación de capacidad y la evaluación de las capacidades locales. Refuerzo del cumplimiento con las prácticas de higiene de las manos, uso del equipo de protección personal (EPP), y limpieza y desinfección de dispositivos médicos. Producción de evidencias sobre eficacia y seguridad de opciones terapéuticas para la Covid-19 emitiendo directrices.
4. Fortalecer las operaciones de respuesta ante la emergencia y la cadena de suministros	Región enfrenta mercado complejo para la compra de insumos estratégicos para la Covid-19. Pandemia interrumpió la cadena de suministros. Apoyo con otros organismos de Naciones Unidas para no interrupción de la cadena de suministros. Articulaciones para ampliación de proveedores por medio de la Red Mundial de Compras de OMS. Análisis con la CEPAL de capacidades de producción de insumos estratégicos para la salud en la región, propiciando articulaciones con sector salud, ciencia y tecnología e industria y actores privados para mejorar el acceso.
5. Apoyar la introducción de las vacunas contra la Covid-19.	Creó Grupo de Trabajo para la Vacunación contra la Covid-19 planteando dar orientaciones estratégicas. Fondo Rotatorio como mecanismo de compra a COVAX. OPS ha impulsado una alianza estratégica con GAVI, CARPHA y Unión Europea para que los países compren al COVAX. El COVAX no se presenta como eficiente para entregar en tiempo y forma de acuerdo a las necesidades de los países. Las negociaciones bilaterales son las que han permitido avanzar en la inmunización en la región. Asistencia técnica para fortalecer capacidades regulatorias vinculadas a vacunas pandémicas (talleres de capacitación, mayor eficiencia en procesos para usos

emergenciales, intercambio de experiencias de autoridades regulatorias). Actividades para comunicadores y periodistas sobre temas relacionados con eficacia y la seguridad de estas vacunas contra la Covid-19.

Fuente: Construido a partir del Documento CD59/INF/1 Actualización sobre la Covid 19 en la región de las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59infl-actualizacion-sobre-covid-19-region-americas>. Acceso septiembre de 2021.

En diciembre del 2020, el establecimiento del estado de la pandemia en la región motivó que se realice una Sesión Especial del Consejo Directivo de la OPS con el principal objetivo de la “*Actualización sobre la pandemia de Covid-19 en la Región de las Américas, preparación para el COVAX y acceso equitativo a las vacunas contra la Covid-19*” (OPS, 2021)

Históricamente, la *capacidad de influencia* de la OPS estuvo asociada al conocimiento y la capacidad técnica de la organización sobre las enfermedades transmisibles y su posibilidad de dar normas y generar recomendaciones sobre las mismas, basada en gran medida en la gestión del conocimiento. Ahora una enfermedad nueva, como la Covid-19, sobre la que se ha “*hecho camino al andar*” de la propia pandemia a nivel global y, en un contexto de escasos recursos como estaba la OPS, ha generado grandes obstáculos en la capacidad de influencia de la Organización a la que se suma el carácter no vinculante de sus decisiones.

7.4 GOBERNANZA GLOBAL Y REGIONAL EN SALUD Y EL ACCESO A LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Sin duda uno de los mayores desafíos frente a la pandemia ha sido el acceso a la vacuna y a los tratamientos contra la Covid-19. Usualmente, los procesos de innovación de vacunas llevan entre 10 a 15 años, pero la pandemia ha obligado a la acción sinérgica de las iniciativas y acelerado tiempos de innovación. También la flexibilización de los registros por parte de las autoridades sanitarias imponiendo procesos de *fast-track* (vía rápida) por parte de las agencias de regulación sanitaria de los países.

El acceso a la vacuna contra Covid-19 constituye un desafío de salud global que ha movilizado a los países, así como a los principales ámbitos multilaterales y de la salud global. Aun cuando la región ha avanzado en la negociación y compra de vacunas, se observan grandes inequidades en el acceso a las mismas. Cuando algunos habían alcanzado a inmunizar

a la mayoría de su población y otros seguían estando por debajo del 20% como el caso de Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua.

Diversos mecanismos se pueden desarrollar a nivel de un país para acceder a la vacuna. El primero y más tradicional ha sido la negociación directa del país con los laboratorios como es el caso de diferentes países de la región, que entraron en negociaciones con Pfizer, AstraZeneca, Sinovac, Sinopharm, Biotech, Gamaleya, u otras. En lugar de la cooperación ha prevalecido una posición nacionalista en torno a las vacunas. Por un lado, los países desarrollados han salido a comprar vacunas en cantidades que va más allá de las necesidades de las poblaciones de sus países. El efecto fue que, frente a capacidades de producción limitadas, terminaron reduciendo las posibilidades de acceso para la población de muchos países de la región. La versión latinoamericana de ese nacionalismo, se tradujo en la reivindicación de la “soberanía sanitaria” que aboga por eliminar los niveles de dependencia en el acceso a los bienes de salud, como en este caso, las vacunas para Covid-19.

Una segunda modalidad de respuesta de los países frente al desafío de acceder a las vacunas, se registra en aquellos países que disponían de capacidad científico y tecnológica y han optado por promover la transferencia tecnológica. Tal es el caso de Brasil, país con una gran infraestructura de producción de vacunas públicas, donde AstraZeneca le transfirió el conocimiento para la elaboración de una vacuna de vector viral a la Fundación Oswaldo Cruz. Una situación similar, han hecho con Sinovac Biontech de China para desarrollar una vacuna inactivada en el Instituto Butantan. Otros países como Cuba han planteado desarrollos e innovación científica y tecnológica a partir del desarrollo de una vacuna propia. El proyecto de su “*Soberana 02*” está siendo desarrollado, la vacuna es producida por el Instituto de Vacunas Finlay y por el Centro de Inmunología Molecular. En la base de datos de la OMS, hay dos proyectos del Instituto de Vacuna Finlay dentro de las 83 vacunas en etapa clínica (WHO, 2020). También en etapa “pre clínica”, el Instituto Butantán y la Universidad de Sao Paulo de Brasil están desarrollando un proyecto íntegramente nacional denominado “*Butanvac*” con una tecnología similar a la vacuna de la gripe. En Argentina el CONICET y la Universidad Nacional de la Plata están desarrollando una vacuna mucosal basada en el uso de fragmentos de la proteína S (ubicada en la cubierta del SARS-Cov-2, el virus que causa la Covid-19). Además, proyectos de investigación y desarrollo se encuentran en marcha en países como Chile, México y Ecuador, entre otros, involucrando desde la iniciativa pública como de actores privados de la región (Rodríguez, 2021).

Una tercera modalidad de respuesta frente al desafío de las vacunas ha consistido en la cooperación bilateral para promover la producción regional articulando las cadenas de

producción y suministros. En tal sentido en agosto de 2020, los Presidentes de Argentina y de México promovieron una iniciativa para la fabricación de 200 millones de dosis de la vacuna de Oxford y AstraZeneca. Se planteaba la transferencia de la tecnología para que la empresa argentina mAbxience desarrolle la IFA (Substancia Química Farmacéutica) en Argentina^v y el laboratorio Liomont de México su embotellamiento destinado a la región de las Américas, con excepción de Brasil, previendo tenerla disponible para el primer trimestre de 2021. Cabe destacar que esta tercera modalidad corresponde a una iniciativa de cooperación no solo internacional sino también público-privada. Al respecto, llama la atención que la iniciativa se ha anunciado oficialmente por los Presidentes de Argentina y México para asegurar el acceso a la vacuna a América Latina, sin intención de lucro en forma universal y gratuita. Se trata de una iniciativa del sector privado, no mencionándose cuál es el mecanismo por medio del cual los Gobiernos garantizarán el acceso universal y gratuito. Asimismo, la iniciativa tuvo mucho atraso en su ejecución, por dependencia de insumos importados de Estados Unidos de la planta de México.

Una cuarta modalidad para promover el acceso a las vacunas en las articulaciones público-privadas operada multilateralmente. A nivel global, desde hace dos décadas, se ha impulsado una iniciativa público privada: “*Global Alliance for Vaccines and Immunisation – GAVI*” con la participación de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial, la UNICEF y la OMS, que negocia los precios de las vacunas con la industria farmacéutica que las produce. Luego las adquiere a través de UNICEF, quien paga a los fabricantes y las entrega a los países y otra parte es subsidiada por la iniciativa. Aun cuando podría ser una forma eficaz de acceder a la vacuna, solo pueden acceder a este mecanismo los países con un PIB per cápita inferior a U\$1.500 (esto significa que de nuestra región solo Haití resultaría favorecido).

7.4.1 Fracaso del COVAX como respuesta Multilateral para el acceso a las vacunas

La OMS creó en abril del 2020 un mecanismo de colaboración global para apoyar el desarrollo y acceso equitativo a testes diagnósticos, tratamientos y vacunas para Covid-19 llamado “*ACT Accelerator*” (Access to Covid-19 Tools Accelerator o Acelerador de Acceso a

^v<https://www.infobae.com/sociedad/2020/08/13/el-empresario-argentino-que-producira-la-vacuna-contra-el-coronavirus-confirmando-que-estara-lista-en-diciembre/>. Acceso 7 de abril de 2021.

Herramientas para Covid-19^{vi}). En el ACT participan gobiernos, científicos, empresas, organizaciones de la sociedad civil, filántropos y organizaciones de salud global. En particular en uno de sus pilares, llamado COVAX, liderado por actores vinculados al GAVI, a la *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) y la OMS se proponía recaudar 18,1 billones de dólares para producir 2000 millones de dosis de vacunas antes de finales del 2021.

COVAX es una alianza para acelerar e incentivar la producción de vacunas, agregando la capacidad de producción tanto del sector público como privado universidades e institutos de investigación y también agregar la demanda. El COVAX FACILITY (WHO, 2020) es el mecanismo para los países de renta alta y medio-alta, por medio del cual los países deben comprometerse a comprar a COVAX el 20% de las dosis que requieran para vacunar su población. Deben pagar anticipadamente el 15% del valor correspondiente a esas dosis. Debido a que al inicio de la iniciativa no se sabía el precio de ninguna de las vacunas, no se podía saber la cantidad de dinero para acceder a este mecanismo. Pero la idea era la adhesión de los países a este mecanismo agregando la demanda lo que generaría ganancias de eficiencia. Este mecanismo constituiría un fondo de capital de riesgo, diseñado para invertir en las iniciativas de desarrollo de vacunas, teniendo que asumir los riesgos de posibles fracasos, requiriendo un capital inicial de 2000 millones de dólares americanos.

Otro mecanismo, dirigido a países de renta baja y media-baja es el GAVI-COVAX-AMC (AMC es la sigla en inglés de *Advanced Market Commitment*, que podría traducirse como Compromiso Anticipado de Mercado). Los países de renta baja y media baja se comprometerían a adquirir sus vacunas a través de COVAX, quien subsidiaría parte del precio, usando fondos de asistencia para el desarrollo de donantes de la OCDE y de la Asociación para el Desarrollo Internacional del Banco Mundial^{vii}, funcionando como contrapartida. En este, la previsión de la demanda permite a los fabricantes que tengan

^{vi} Acceso al Acelerador de herramientas Covid-19" (Access to Covid-19 Tools (Act) Accelerator) es una iniciativa de colaboración global para acelerar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a los nuevos diagnósticos, terapias y vacunas de Covid-19, compuesta inicialmente por el BMGF, CEPI, Gavi, Fondo Mundial, UNITAID, Wellcome Trust, OMS, socios del sector privado y otras partes interesadas. Ver: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator-call-to-action-24april2020.pdf?sfvrsn=5f721eaf_6&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator-call-to-action-24april2020.pdf?sfvrsn=5f721eaf_6&download=true) Acceso 30 de Julio 2020.

^{vii} La Asociación Internacional de Fomento (AIF) es la parte del Banco Mundial que ayuda a los países más pobres del mundo. Supervisada por 173 países accionistas, la AIF tiene como objetivo reducir la pobreza mediante la concesión de préstamos (llamados "créditos") y donaciones para programas que impulsen el crecimiento económico, reduzcan las desigualdades y mejoren las condiciones de vida de las personas. <https://ida.worldbank.org/about/what-is-ida> Acceso: 12 de agosto de 2020.

incentivos para producir una determinada cantidad de dosis para los países pobres, con baja capacidad de pago.

La iniciativa de la COVAX pretende enfrentar el gran desafío de generar incentivos para la innovación a la investigación y desarrollo, propiciar un sistema de financiación para garantizar el acceso a la vacuna a los países pobres e impulsar la distribución equitativa de las vacunas.

A pesar de que la región de las Américas ha sido una de las más afectadas por la pandemia, el COVAX resultó un mecanismo poco eficaz para propiciar el acceso. Según datos de la OPS al 29 de septiembre, COVAX permitió acceder a 33 países y tan solo el 5,12% del total de vacunas aplicadas en la región (PAHO, 2021)^{viii}.

El COVAX ha enfrentado una considerable escasez de suministros en comparación con los compromisos de compra anticipada al GAVI. Según informa la OPS (2021e p.21) los factores que contribuyen a la escasez son: *“a) problemas con las licencias de exportación, el aumento de la producción y la liberación de lotes; b) acuerdos bilaterales para captar dosis futuras (especialmente las que se fabriquen durante el 2021) con un enfoque de cartera de riesgo que va más allá de las necesidades nacionales, y c) previsiones excesivamente optimistas de los proveedores con respecto a su capacidad de producción, que no se están concretando en el 2021. Los retrasos en el suministro han afectado las entregas planificadas y han socavado la confianza en el Mecanismo COVAX. “*

La OMS es uno de los socios en el COVAX, uno de los actores en este mecanismo y la OPS, como oficina regional para las Américas, ha tenido poca influencia en cuanto a las decisiones del mismo. La OPS a través de su Fondo Rotatorio de Vacunas se planteó como un mecanismo junto a la UNICEF para viabilizar las adquisiciones de vacunas de la iniciativa COVAX.

Velázquez (2020) al analizar las reformas de la OMS en tiempos de Covid-19 señala que la coordinación por parte de la OMS de agentes como GAVI (incluido COVAX), CEPI y el Fondo Mundial, con presupuestos considerablemente mayores y gestionados con la participación del sector privado, es ilusoria, como lo demuestran las dificultades para organizar la llegada de futuras vacunas para Covid-19. La lentitud del COVAX en las

^{viii} PAHO (2021) “COVAX Vaccines Covid-19 Deliveries in the Americas” disponible: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjA5ZDAxMmEtYTljNC00M2I0LWE5MjUtYWQzZGQxNDc4OThhIiwidCI6ImU2MTBlNzJlLTJlYzAtNGUwZi04YTE0LTFINGIxMDE1MTlmNyIsImMiOiR9.> Acceso septiembre de 2021.

Américas no ha estado ajena de críticas^{ix}, e incluso de conflictos que afectan el *prestigio* de la OPS. En Paraguay^x, el representante de la OPS tuvo que salir del país ante serias críticas de la Canciller y las autoridades del gobierno por la demora en las vacunas comprometidas.

Aunque COVAX no resultó una respuesta eficaz para garantizar el acceso a las vacunas e involucró costos reputacionales para la OPS, puede postularse que, en un escenario global de mayor estabilidad y certidumbre, donde a nivel global y regional ya se dispone de más información y capacidad productiva, la OPS podría compilar información de las capacidades y de los precios y proveedores pudiendo constituir una oportunidad de una estrategia de acceso a la vacuna pandémica para años venideros. En tal sentido, aun cuando el COVAX no haya sido una herramienta para promover el acceso a la vacuna en el período pandémico y la OPS se haya alineado a este mecanismo, una ventana de oportunidades se abre para tener un papel más catalítico y sinérgico en el escenario post pandémico.

Recientemente, en la 59ª Sesión del Consejo Directivo de la OPS, parece abrirse una ventana de oportunidades para la cooperación y mancomunar esfuerzos para avanzar en el acceso equitativo de la salud en la región. Los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la *Resolución sobre Mejoramiento de las Capacidades de Producción de Medicamentos y Tecnologías Esenciales para la Salud (CD 59/8)*. En el documento, los Estados reconocen que la salud es una condición para el desarrollo sostenible y hacen un llamado a la acción multisectorial coordinada para atender de manera urgente las necesidades de salud de la población. Asimismo, la construcción y el aumento de las capacidades nacionales y regionales en la producción de materias primas, medicamentos y otras tecnologías esenciales son

ix En Uruguay, el ministro de Salud, Daniel Salinas, cuestionó los "magros resultados" del mecanismo impulsado por la OMS y señaló que recibió sólo 48.000 dosis del millón y medio que se reservó. En el caso de Brasil, las autoridades, el doctor adjunto Luizinho ha señalado que "la Organización Mundial de la Salud, en el programa Covax Facility, ha dejado a Brasil de lado. La Organización Mundial de la Salud tiene países privilegiados que no tienen la circulación pandémica y viral que Brasil tiene ", y afirmó que la cantidad de dosis asignadas por Covax a países de África y el sudeste asiático fue "desproporcionada" a las enviadas a América y Brasil. Ver <https://www.infobae.com/america/america-latina/2021/04/24/uruguay-critico-al-programa-covax-por-sus-grandes-debilidades-en-el-reparto-de-vacunas-contra-el-covid-19/> y <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2021/04/14/brasil-mantem-dialogo-com-oms-para-que-entregas-da-covax-sejam-cumpridas-diz-queiroga.htm>

x Ver <https://www.lanacion.com.py/pais/2021/04/20/luis-roberto-escoto-representante-de-la-omsops-en-paraguay-abandona-el-pais/> y <https://www.ip.gov.py/ip/ops-retira-al-doctor-escoto-como-representante-en-paraguay/>

fundamentales para dar una respuesta adecuada a las demandas de salud y contribuir al desarrollo económico y social regional.

En este sentido, al instar a los países a promover arreglos multisectoriales para incrementar las capacidades nacionales de investigación, desarrollo, innovación y producción, se incluye la formación de recursos humanos y el desarrollo de infraestructura nacional para apoyar las actividades de investigación e innovación. El objetivo general es que los países tengan en cuenta las necesidades regionales de salud. La resolución también tiene como objetivo fortalecer las capacidades reguladoras y de inspección en el área de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

Finalmente, el documento solicita a la Directora brindar cooperación técnica para la formulación e implementación de políticas integrales sobre medicamentos y otras tecnologías esenciales para la salud; promover la transferencia de tecnologías sanitarias y la colaboración e intercambio de información y experiencias entre los Estados miembros; seguir apoyando la creación de capacidad en los sistemas nacionales de reglamentación sanitaria; seguir promoviendo la transparencia de los precios y los datos económicos en toda la cadena de valor de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias; continuar brindando apoyo técnico a los países que tengan la intención de hacer uso de las disposiciones contenidas en el Acuerdo sobre los ADPIC; y promover la generación de una plataforma regional para discutir los desafíos y oportunidades en la producción de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias.

Para hacer efectivas las disposiciones de la Resolución, la OPS seleccionó a la empresa Sinergium Biotech en Argentina y al Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos de la Fundación Oswaldo Cruz (Bio-Manguinhos / Fiocruz) en Brasil para crear dos centros de desarrollo y producción de vacunas de ARN mensajero (ARNm). Los procesos de transferencia de tecnología de ARN serán apoyados por un comité de expertos. La selección de los dos centros busca ampliar la capacidad productiva para que, una vez listas, las vacunas sean calificadas por la OMS para su distribución a los países de la región a través del Fondo Rotatorio de la OPS Vacunas.

7.5 CONSIDERACIONES FINALES

La OPS, en su historia, ha jugado un papel importante en la respuesta a grandes epidemias a partir de la gestión del conocimiento técnico que le ha permitido influenciar en el combate a muchas enfermedades. La actual pandemia encontró a la OPS con tensiones entre

sus Estados Miembros, debilitando la gobernanza regional de la salud. Tal es el caso de la crisis en su financiamiento y el debilitamiento del multilateralismo a nivel global, por lo que tuvo que realizar ajustes en las reglas de juego y gobernanza.

En la pandemia, una función clave de la OPS es la de generar evidencias certeras, que permitan influir en las respuestas de los Sistemas de Salud de la Región.

Es necesario que siga pensando su actuación de manera de sinergizar los esfuerzos frente a una epidemia o evento de salud pública de interés internacional, como es una pandemia.

Los desafíos que impone la salud global imponen que la OPS reinvente o repiense su modelo de cooperación. El *prestigio* acumulado le ha permitido sobrevivir a su crisis y ha conseguido movilizar recursos y generar alguna *influencia*, en el medio de respuestas más individuales de los países. Aun cuando los organismos multilaterales no desaparecen, el riesgo que corren es que poco a poco se vacíen sus mandatos o que nuevos actores o arreglos de gobernanza: Alianzas Público Privadas (PPP) como el Fondo Global, el GAVI o el propio COVAX asuman sus mandatos. La participación de la OPS/OMS en estos arreglos de gobernanza, con bajo poder de decisión termina afectando su *prestigio* y atentando contra su poder de *influencia*.

En el actual escenario, la OPS tiene una oportunidad de liderar la generación de capacidades regionales para la producción de insumos estratégicos en salud para la región. Esto supone la creación de cadenas de producción regional, complementación de capacidades de investigación y desarrollo, elaborar propuestas y proyectos, así con articular con los bancos de fomento para su financiamiento.

El papel de la OPS tendría que ser relacional, como el actor principal que coordine y líderes las relaciones entre los diferentes gobiernos, instituciones académicas, laboratorios y *stakeholders*, identificando necesidades y capacidades sectoriales y de otros sectores de sus Estados miembros y procurando respuestas procurando su articulación por medio de las cooperaciones para el desarrollo.

OPS tiene una larga historia y trayectoria trabajando con redes para la cooperación. El concepto de redes puede utilizarse para identificar situaciones donde es posible identificar interacciones, intercambios o cooperación entre diversos actores miembros para hacer frente a desafíos comunes. En tal sentido, ningún desafío es más común que una pandemia que afecta a todos a nivel global, y donde la Región se ha convertido en el gran epicentro de la misma.

En la situación actual, donde muchos países se encuentran a la espera de la vacuna para controlar a Covid-19, resulta muy importante que OPS potencie su liderazgo y asegure

un mecanismo equitativo y adecuado para el acceso a la vacuna en la región. También, es necesario no perder de vista, que el acceso universal de la vacuna resulta fundamental para la recuperación de la región, pero requiere maximizar la acción colectiva y la cooperación con el propósito no “*dejar a nadie atrás*” que nos plantea la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenibles-ODS. El énfasis excesivo en el acceso a la vacuna no puede eclipsar el retroceso importante en otros ODS, que se han registrado en la región. En tal sentido, es importante resaltar el papel clave de la OPS en esta tarea.

La OPS ha postulado la iniciativa de COVAX y el fondo rotario como caminos para el acceso a vacuna en las Américas. Sin duda la efectividad que tenga la Organización para asegurar ese acceso será un atributo de posibilidad para su futuro prestigio y su capacidad de influencia y movilizar recursos para la región. Pero parece que todavía existen oportunidades en cuanto a caminos a recorrer potenciando la capacidad de compras conjuntas, coordinando investigaciones y desarrollos tecnológicos de las instituciones de la región.

El trabajo conjunto con las redes colaborativas de cooperación, un liderazgo y papel protagónico para el acceso y monitoreo de la campaña de vacunación pandémica y la articulación de capacidades regionales son importantes líneas de trabajo estratégicas que permitirán influenciar en las políticas de salud en las Américas, recreando su prestigio, así como avanzar en la movilización de fondos como el organismo internacional más viejo del mundo en la diplomacia de la salud.

8 SUDAMÉRICA: ENTRE LA LETARGIA DE LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN REGIONAL Y EL EFECTO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA PANDEMIA^{xi}

Una multi-causalidad de aspectos, configuran a Sudamérica como una zona particularmente afectada, que surge a partir de particularidades sociales, culturales, económicas y políticas de la subregión. Grandes desigualdades e inequidades caracterizan a nuestra región, la fuerte presencia de grupos de alta vulnerabilidad como son los migrantes,

^{xi} El presente artículo ha sido elaborado para su publicación como un Capítulo de Libro. Tobar, S. & Buss, P. “*Entre la letargia de los procesos de integración regional y el efecto económico y social de la pandemia*”.

las poblaciones indígenas y afro-descendientes, así como áreas particularmente vulnerables como son cerca de 48 fronteras a lo largo de más de 17 mil kilómetros.

Aun cuando Sudamérica tuvo una gran capacidad de aprendizaje de los países que experimentaron más anticipadamente la pandemia, algunas medidas como el distanciamiento social, el aislamiento, el uso de máscara e higienización de manos por factores culturales y estructurales como la disponibilidad de agua potable y condiciones de vivienda de las poblaciones son de difícil cumplimiento. Así también muchos países han impulsado severas medidas sanitarias que sufrieron la fatiga social en su cumplimiento de una población que dejó de respetarlas.

Los países de Sudamérica afrontaron déficit de oferta de camas de internación, de terapia intensiva, de respiradores, así como de la fuerza de trabajo en salud apropiada para dar respuesta a la pandemia. Los gobiernos Sudamericanos habilitaron partidas presupuestarias adicionales para mejorar la oferta de la infraestructura sanitaria, la contratación de personal adicional, así como la compra de equipamientos de protección personal e insumos estratégicos para la respuesta de la pandemia. Uno de los problemas, que es posible señalar, es el de los recursos públicos para soportar la carga de la respuesta a la Covid-19. Según las estimaciones de la CEPAL los ingresos tributarios totales en 18 países de la región disminuyeron un 11,2% en promedio en 2020 en comparación con 2019. La deuda pública externa aumentó durante el mismo período y necesitará una gestión coordinada a futuro. El panorama descrito augura la posibilidad de agendas de austeridad fiscal en el período post pandémico (CEPAL/OCDE/BID/CIAT, 2021).

El desarrollo de una gobernanza apropiada para dar cuenta de la respuesta a la Pandemia, es otro factor necesario tanto a nivel nacional, articulando actores, propiciando reglas de juego y regulaciones para resolver los problemas tanto al interior del territorio de sus países como a nivel regional.

La pandemia ha llegado en un contexto global de debilitamiento del multilateralismo poniendo en cuestionamiento al Sistema de las Naciones Unidas y en el marco de la disputa entre Estados Unidos y China^{xii} - y una letargia de los procesos de integración regional.

^{xii} Desde principios de 2020, las tensiones geopolíticas entre China y Estados Unidos se han convertido en un factor determinante en la diplomacia sanitaria mundial, con implicaciones de amplio alcance. Estas tensiones llegaron a un punto crítico durante la pandemia de Covid-19, cuando Estados Unidos declaró su intención de retirarse de la OMS. Ver Kikbusch, I et al (2020)

Frente a la pandemia, los países de Sudamérica se replegaron a su interior buscando soluciones y respuestas individuales frente a la pandemia. La disparidad en el crecimiento en el número de casos en Brasil, con dimensiones continentales ocupando casi la mitad de América del Sur y con límites con casi todos los países, ha reforzado la decisión política de cierre de las fronteras y cercos sanitarios.

Las iniciativas políticas subregionales en curso en Sudamérica, como el Mercado Común del Sur- MERCOSUR, Comunidad Andina-CAN y el Organismo del Tratado de Cooperación Amazónica- OTCA generaron un cambio de paradigma geopolítico, donde la integración entre las naciones del continente pasó a ser vista como prioritaria y en donde las fronteras o los territorios fronterizos pasaron a tener un papel estratégico y un fuerte protagonismo. A la luz de estos procesos integracionistas, se han desarrollado muchos proyectos de cooperación en la frontera, propiciando acciones comunes en dengue, fiebre amarilla, HIV SIDA, entre otros (Tobar, 2019). A la luz de la integración, la frontera dejó de ser vista como un límite, el espacio de las diferencias, de los servicios de contrabando, y se tornó propensa y abierta a la aproximación, principalmente en el campo de las políticas sociales. Desde esta nueva perspectiva la frontera es vista como un área estratégica para la integración y el desarrollo de las mismas es priorizado a nivel de las políticas nacionales, concibiéndolas como espacios de desarrollo, de cultura de la paz, espacios de respeto mutuo y de responsabilidades compartidas.

Frente a la amenaza exógena que plantea la pandemia de la Covid-19, la respuesta que predominó fue el repliegue del *“sálvese quien pueda”*. En aras de ganar en inmunidad, se avanzó sobre las comunidades fronterizas, de esos territorios que han sido histórica y socialmente construidos generando lazos de solidaridad y corresponsabilidad. Contrariamente, se ha recurrido a una estrategia aislacionista construyendo muro entre los países y rompiendo estos lazos a la luz de la pandemia.

La creciente cantidad de casos que experimentó Brasil y la actitud del Presidente Bolsonaro frente a la pandemia, no hace otra cosa que reproducir esta lógica de repliegue levantando cercos epidemiológicos en las fronteras. Las autoridades de Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay redoblaron los controles en diferentes pasos fronterizos. Así también se construyeron muros y cercas de alambre separando los límites entre los países con la intención de eliminar el pase de personas por las fronteras.

Los procesos de integración regional, que habían develado un importante potencial para el abordaje de los desafíos de salud global al inicio del siglo, como la UNASUR se han

desmantelado, y otros se presentan tímidos frente a la actual pandemia, como ocurre con el MERCOSUR y la Comunidad Andina de Naciones.

A la reacción del repliegue centrípeto se contraponen las iniciativas de diplomacia sanitaria. La cooperación en salud en un escenario pandémico se convierte en un imperativo, ya que existe *“necesidad de gerenciar los riesgos de salud que se esparcen dentro y para fuera de los países; de considerar los determinantes más amplios de la salud a partir de una perspectiva gubernamental integral y para incluir, formalmente e informalmente, un conjunto diversificado de interlocutores e intereses coordinando actores estatales y no estatales”* (Lee & Smith, 2011:9).

Durante el siglo XIX y XX diversas epidemias a nivel internacional generaron Conferencias Sanitarias que forjaron el sistema de gobernanza global y regional en salud. La consecuencia de este proceso en las Américas fue la institucionalización de la Oficina Pan-Americana de Salud, la primera organización regional, en 1902, o sea, la primera institución en el mundo dedicada a la diplomacia de la salud, en cuanto a un espacio de negociaciones sobre salud entre Estados nacionales. De otro lado, se debe destacar que esta estructura de *“diplomacia de la salud”*, o sea, espacio de negociaciones de alto nivel y relevancia en el campo de la salud, nació esencialmente de la esfera diplomática, demostrando las íntimas relaciones entre diplomacia y salud desde la génesis de la estructura diplomática sectorial.

Kikbusch et ali (2021) señalan que la pandemia de Covid 19 está teniendo un impacto significativo en el sistema multilateral y está ampliando los actores y espacios de la diplomacia sanitaria mundial. No obstante, la diplomacia se enfrenta a inmensos desafíos en un momento en el que es más necesaria que nunca. Durante la pandemia de Covid-19, el multilateralismo ha entrado en un período de crisis. Las nuevas realidades políticas y económicas, en particular los cambios de poder geopolíticos, están llevando a un cuestionamiento no solo de las instituciones existentes, sino también de los principios básicos sobre los que se construyeron originalmente esas instituciones.

La diplomacia de la salud global nunca ha sido tan importante como frente a una pandemia y no hay duda de la necesidad de trabajar juntos a nivel multilateral para garantizar la salud a nivel global, sin embargo, no ha sido fácil lograr la cooperación a nivel global. El carácter sistémico de la pandemia, hace que ningún país este seguro, a menos que todos lo estén. Sin embargo, la actitud de los países frente a la pandemia ha sido de repliegue al interior de los mismos antes que de solidaridad global.

8.1 MULTILATERALISMO E INTEGRACIÓN REGIONAL

El *multilateralismo* puede ser definido como un conjunto de interacciones y/o negociaciones realizadas por medios institucionales o mediante procedimientos informales con el propósito de influenciar la agenda política internacional o sus decisiones (Tobar, S, 2017). Tales procesos pueden incluir actores como delegados de los Estados Miembros o parte de organizaciones, la burocracia de los organismos multilaterales, los representantes de grupos de presión, la prensa y diversos sectores de opinión.

Los orígenes del multilateralismo regional se remontan al inicio del siglo XX, cuando preocupados por el combate a la fiebre amarilla, diversos países americanos crean la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, creando lo que se tornará como la Organización Panamericana de la Salud- OPS^{xiii}. La gobernanza regional reúne a Estados partes de regiones geográficas específicas. A la luz de procesos de integración impulsados en Sudamérica, diferentes iniciativas subregionales se han construido.

El concepto de región, ha sido utilizado desde diferentes perspectivas. Por lo general, cuando se habla de “*regional*”, se habla de a nivel continental o de las Américas, pero también hace referencia a subregiones o territorios geográficamente próximos o cercanos en donde las políticas exteriores se encuentran en cierta forma interrelacionadas (Comini, 2019). Soderbaum (2009), distingue “micro” de “macro-regiones”. Las macro-regiones implicarían unidades territoriales que se sitúan entre el nivel estatal y el nivel del sistema global. Las “microrregiones” suelen vincular niveles que comparten características culturales, étnicas, lingüísticas separadas por líneas fronterizas.

El concepto de “*regionalización*” implica un proceso de cooperación, integración, cohesión e identidad, que se va creando en un espacio regional construido sobre temas específicos.

El regionalismo latinoamericano puede ser relacionado con una multiplicidad de alianzas que resultan claves en pro de ampliar niveles de vinculación tanto regional como global. Este es condicionado por estímulos provenientes de un mundo cada vez más interconectado. Los cambios políticos, económicos y sociales a nivel de cada uno de los países de América del Sur y a nivel global han impactado repercutiendo en los procesos de

^{xiii} Como es posible observar, la creación de la OPS en 1902, uno de los Organismos de Salud Internacional mas antiguos, es anterior a la de la Organización Mundial de la Salud que ocurre en 1946. (OPS, 2001)

integración regional, suponiendo avances y retrocesos o cambios en los procesos de integración regional.

Integrarse significa constituirse como parte de un todo y la integración regional puede definirse como un “*proceso multidimensional, que puede asumir la forma de iniciativas de coordinación, cooperación, convergencia e integración profundas y cuyo alcance abarca no solo temas económicos y comerciales, sino también políticos, sociales, culturales y ambientales*” (CEPAL,2014:9)

La *integración regional institucionalizada*, que se traduce en un conjunto de *normas y prácticas* que sostiene la comunidad regional (actores nacionales de los diferentes Estados Parte) para la cooperación en, este caso en salud. Esta integración regional institucionalizada se ve permeada por influencias domésticas y exógenas o del nivel global.

Desde esta perspectiva la integración regional supone el despliegue de procesos complejos de avances y retrocesos de cooperación o coordinación internacional, acordada entre dos o más actores estatales de una misma región y que puede involucrar actores no estatales, enmarcado en ciertas reglas y normas formales o informales.

Las ideas de *integración latinoamericana* son antiguas, incluso se establecieron como un ideario en el movimiento independentista político de los países del continente, desde la implosión del imperio español, a principios del siglo XIX. En nombre de la libertad y la independencia de las nuevas naciones, Simón Bolívar formuló una propuesta de unidad regional que incluía proyectos para la formación de una Federación de Repúblicas, un sistema de defensa común y una unión económica. Habiendo sufrido mucha resistencia. no se llevó a cabo, pero se considera la primera manifestación de un movimiento integracionista regional en América Latina (Buss & Tobar, 2018)

En nuestra región se observa, cierta tensión entre el paradigma neoclásico del libre comercio versus una visión estructuralista basada en la idea de ventajas comparativas de largo alcance (Riggirozzi 2012:20). Los autores al hablar de regionalismo, distinguen diferentes olas o tipos: el *regionalismo cerrado*, el *regionalismo abierto* y autores como Riggirozzi (2012:20) hablan de un *regionalismo post-hegemónico*. Otros autores (Sanahuja 2012.2 y Dabène 2012:3) hablan de viejo regionalismo, nuevo regionalismo, regionalismo abierto y regionalismo post liberal. El “*regionalismo viejo*” se lo puede situar cronológicamente entre 1950-1970 ligado al pensamiento de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe- CEPAL, y al pensamiento de Raúl Prebisch que señalaba que el desarrollo de los países periféricos dependería de promover el desarrollo industrial.

Enmarcado en esta línea de pensamiento, se creó en 1960, la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC), así como inspiró otras iniciativas como el Mercado Común Centroamericano, la Asociación Caribeña de Libre Comercio y, el Tratado de la Cuenca del Río de la Plata. En América del Sur se crearía la CAN como un proyecto de mercado común institucionalmente más ambicioso.

Frente al estancamiento económico que enfrenta América Latina en los años 80, se retoman el ideario integracionista con una serie de acuerdos regionales de integración económica (Torrent 2009:16), dando lugar a lo que se llamó “*nuevo regionalismo*” asociado a un conjunto de políticas liberales desarrolladas por los organismos internacionales de crédito y la Secretaría del Tesoro de los Estados Unidos y al que se denominó como “Consenso de Washington” (Torrent 2009:17). Este nuevo regionalismo estaba basado en acuerdos comerciales regionales para estimular el cambio tecnológico e incrementar la productividad y la competitividad frente al proceso de globalización (CEPAL 1994).

A la luz de las limitaciones de la estrategia de libre comercio y la presencia en la región de nuevos gobiernos progresistas o de izquierda que impulsan un mayor protagonismo del Estado en el desarrollo, surge una discusión sobre la naturaleza del regionalismo, racionalidad, objetivos (Sanahuja 2012:8), y sus oportunidades en cuanto su utilidad (Riggirozzi et al 2012:7). Así se empieza hablar de una nueva era de regionalismo, (Malamud y Gardini 2012:119; Molina 2007: 26), que ha evolucionado con los cambios en la naturaleza de la situación del nuevo orden económico y cambios en el pensamiento sobre desarrollo económico (Dabène, 2012).

A esta ola, se la ha denominado como una ola de regionalismo post liberal (Sanahuja 2012) o de regionalismo post hegemónico (Riggirozzi y Tussie 2012). Una característica atribuida a este nuevo regionalismo post liberal o post hegemónico es recuperación de un fuerte protagonismo del Estado, así como la redefinición de nuevos límites geográficos y económicos, junto con el fomento de nuevos consensos definidos regionalmente y apoyados por prácticas estatales, en campos sociales nuevos como la educación, salud, trabajo (Riggirozzi et al 2012:6).

La salud que en los primeros tipos de regionalismo era considerada sobre todo desde el punto de vista económico pensando en las necesidades de regulación de los servicios de salud, de los profesionales y de los productos de salud, pero posteriormente, en los procesos de regionalización de última generación, se observa como un medio para la acción común respondiendo a los desafíos de salud que trascienden las fronteras nacionales

de los países y la necesidad de un abordaje conjunto de los determinantes sociales y comerciales de la salud.

Las oportunidades de la integración regional en la salud, podrían suponer mancomunar esfuerzos y cooperar para establecer sistemas de vigilancia epidemiológica y alerta temprana, coordinación de acciones de respuesta en forma común, desarrollo de arreglos de gobernanza de salud en fronteras, respuestas conjuntas a contingencias de salud pública promoviendo sinergias y economías de escala, establecimiento de regulaciones comunes para el tránsito fronterizo de personas, desarrollo conjunto de estrategias de formación y especialización de personal de salud para dar cuenta de necesidades de los sistemas de salud, desarrollo de estrategias comunes de acceso y producción a medicamentos e insumos estratégicos de salud, entre otros (Buss & Tobar, 2017 y Yates et al 2013). Buss & Tobar (2018) analizando los procesos de integración regional han identificados sus logros en salud en Latino América y el Caribe, ver cuadro a continuación.

Cuadro 2: Logros de los Procesos de Integración Regional en Salud en LAC

Identificación de problemas comunes	Oportunidad para la identificación de problemas comunes que trascienden las fronteras nacionales de los países y la estructuración de respuestas compartidas. Ejemplo de estos son las estrategias regionales de Dengue, Zika, y Chicungunia elaboradas en el marco de UNASUR, MERCOSUR y otros.
Criterios de abordaje común para enfermedades	En la elaboración de estrategias comunes a nivel regional se establecen criterios comunes para el abordaje de ciertas enfermedades, establecimiento de grupos vulnerables. Por ejemplo en el marco de la Pandemia de la Influenza H1N1 los países miembros de la UNASUR establecieron poblaciones prioritarias para la inmunización, propiciando una estrategia de acceso a la vacuna y armonizando algoritmos de vigilancia y control.
Oportunidad para la producción de bienes públicos regionales	Identificación de problemas comunes y respuestas compartidas ha generado la posibilidad de innovación en cuanto las respuestas que benefician a todos y que su apropiación por un país no perjudica al otro. Por ejemplo en el marco del MERCOSUR se ha desarrollado un Banco de Imágenes para las campañas de prevención del tabaco, que puede usarse independientemente de su propiedad intelectual por cualquiera de los Estados Miembros.
Mecanismo apropiado para emergencias de salud pública y pandemias	Frente a la Pandemia de Influenza H1N1, de la posibilidad de aparición de casos de Ébola en la región, y a las contingencias de desastres naturales (terremotos y otros), los procesos de integración en salud se han presentado como mecanismos preparatorios para su abordaje y mitigación. Así como para encaminar ayuda humanitaria.
Información y	Han constituido un mecanismo virtuoso para el intercambio de información sobre

producción de conocimiento	determinadas enfermedades priorizadas, como de las políticas para dar respuestas a las mismas, constituyendo una ventana de oportunidades para retroalimentar los procesos de formulación de políticas y la cooperación entre los países.
Construcción de consensos	Oportunidad privilegiada para la construcción de consensos basados en los principios de equidad y solidaridad ubicando a la salud como un derecho fundamental, tal como la iniciativa de la SICA de “ <i>Salud: Puente para la Paz para Centro América</i> ” y la Declaración de Belice que considera que la salud “puede y debe ser (...) fuente del proceso de desarrollo”,
Diseños institucionales innovadores	Creación de diseños institucionales innovadores para la gestión de formación, la reflexión crítica, la gestión del conocimiento y la formación de recursos humanos. Algunos ejemplos de esto son el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS ^{xiv} y la Agencia Caribeña de Salud Pública CARPHA ^{xv} del CARICOM. Instituciones con un valor estratégico para la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos, la producción de conocimiento sobre temas estratégicos y la cooperación en salud.
Negociaciones regionales y acceso a medicamentos	Facilitadores para la realización de negociaciones regionales de precios y compra conjunta de medicamentos para la malaria, antiretrovirales para el VIH SIDA y para medicamentos de alto costo. Así como para la construcción de bases de datos sobre precios, permitiendo una mayor eficiencia en la compra por los Ministerios de Salud de los Estados Miembros. También el mapeo de capacidades de producción de insumos para la salud en los países de la UNASUR, con el criterio de promover la producción pública o generar complementariedades en cuanto a la misma, tanto de medicamentos, vacunas e insumos estratégicos.
Diplomacia de la salud global más eficaz	Permiten una diplomacia sanitaria más eficaz, armonizando posiciones comunes para participar en los organismos multilaterales que abordan temas vinculados a la salud. En tal sentido, es posible destacar la posición de UNASUR en temas de propiedad intelectual, productos falsificados, de etiquetado engañoso y de calidad sub-estándar, en la OMS. Tal vez el caso más significativo es el de los países del CARICOM, que frente a cada reunión de la PAHO, los Ministros de Salud del Caribe previamente armonizan sus posiciones e intervienen siempre como bloque.
Oportunidades para el trabajo en redes	Han propiciado el trabajo en redes, permitiendo un modelo de cooperación horizontal para la creación de capacidades o desarrollo de proyectos. Ejemplos son las redes de instituciones estructurantes de los sistemas de salud, como la Red de

^{xiv} Ver: <http://www.isags-unasur.org/index.php?lg=2>. Access: Jan 16 2017

^{xv} Ver: <http://carpha.org/>. Acceso 16/01/2017

	Institutos Nacionales de Salud (RINS/UNASUR), la Red de Escuelas de Salud Pública (RESP/UNASUR), la Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC/UNASUR), la Rede de Escuelas Técnicas de Salud (RETS/UNASUR), entre otras. Estas redes presentan un gran potencial para contribuir a la formación de recursos humanos, la investigación y el desarrollo tecnológico y la prestación de servicios de referencia en la región.
--	---

Fuente: Traducción libre de BUSS, P and TOBAR, S. (2018) “*Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America*”. Published in the Global Public Health. Oxford Research Encyclopedias. Subject: Global Health, Public Health Policy and Governance, Special Populations. Disponible en: <http://publichealth.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24?p=emailAuWjw3fPYOFoU&d=/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24>

En el actual contexto pandémico, el nivel regional y subregional por su proximidad a los países, es un ámbito por excelencia para el abordaje de problemas comunes de los determinantes de la salud de los países y para mancomunar esfuerzos y propiciar acciones colectivas y diplomáticas en el campo de la salud. Riggirozzi (2015) argumenta que las organizaciones regionales pueden convertirse en sitios de acción colectiva y actores fundamentales en la defensa de los derechos (a la salud) permitiendo opciones diplomáticas y estratégicas a los actores estatales y no estatales, y desempeñando un papel como intermediarios en organizaciones internacionales al participar en nuevas formas de diplomacia sanitaria regional.

Dentro del regionalismo post hegemónico o post liberal podemos ubicar iniciativas de integración que resaltan dimensiones sociales, culturales, ideológicas y políticas, como es el caso de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (Alba), la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR), la Comunidad de los Estados Latino-Americanos y Caribeños (CELAC). Estos procesos de integración surgen de una crítica al neoliberalismo y el colapso hemisférico liderado por los Estados Unidos, con primacía de una agenda política y menor presencia de la agenda económica y comercial, impulsando una agenda de desarrollo común con un protagonismo estatal y con mayor preocupación de cuestiones como la salud. La iniciativa más recientemente creada es el Foro para el Progreso de América del Sur (PROSUR), en 2019, propuesto por los presidentes de Colombia y de Chile, tiene la ambición de favorecer la integración en Sudamérica, en reemplazo de UNASUR. Se trata de una iniciativa de integración que surge como resultado de una contra ofensiva a la UNASUR.

La salud ha tomado un lugar de destaque en los procesos de integración regional incorporando y dinamizando la cooperación sur-sur en una perspectiva más horizontal y sobre

la base de los principios de la soberanía y de la generación de beneficios mutuos. Las iniciativas de integración regional en América del Sur, presentan niveles variados de institucionalización en cuanto al desarrollo de ámbitos específicos de salud. El Cuadro 2 resume las principales iniciativas de integración en América del Sur, destacando aspectos de la gobernanza en salud.

Cuadro 3: Iniciativas de Integración en América del Sur

Nombre de Iniciativa	Descripción	Gobernanza de la Salud
Alianza Bolivariana de los pueblos de Nuestra América-ALBA	Creada en 2001, enfatiza la solidaridad, la complementariedad, la justicia y la cooperación para generar transformaciones estructurales y el sistema de relaciones necesarias para alcanzar el desarrollo integral, haciendo que sus miembros puedan continuar siendo naciones soberanas y justas. Integrantes: Cuba; Bolivia; Nicaragua; Dominicana; São Vicente y granadinas; Antigua y Barbuda; Santa Lucia. Y de América del SUR: Venezuela, Bolivia y Ecuador	No cuenta con un órgano específico de la salud, sino un Consejo Ministerial para los Programas Sociales.
Comunidad Andina de Naciones - CAN	Creada en 1969 por el Acuerdo de Cartagena, para mejorar el nivel de vida de sus habitantes por medio de la integración y de la cooperación económica y social. Integrantes: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Venezuela. Su objetivo es alcanzar un desarrollo integral, equilibrado y autónomo, mediante la integración andina, con proyección hacia una integración sudamericana y latinoamericana.	Cuenta con las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina- REMSA y un organismo especializado en salud, llamado Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue-ORAS-CONHU, creado en 1971.
Comunidad de Estados Latino-Americanos y Caribeños-CELAC	Creada en la Cumbre de la Unidad de América Latina y del Caribe, realizada en Riviera Maya (México) en febrero de 2010, es un mecanismo de concertación y diálogo político regional., Reúne exclusivamente a los 33 países de ALyC Recoge el acervo del Grupo de Río y la Cumbre de América Latina y el Caribe sobre Integración y el Desarrollo (CALC). Los países de Sudamérica participan, aunque Brasil se ha retirado de esta iniciativa.	No cuenta con un órgano específico de la salud, articulando las actividades entre las Cancillerías y los Ministerios de Salud. Convoca a reuniones de salud, en función de los temas que priorice.

<p>Mercado Común del Sur-MERCOSUR</p>	<p>Creado por el Tratado de Asunción (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) en 1991, para la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos, el establecimiento de una tarifa externa común (TEC), coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales y la armonización de legislaciones en las áreas correspondientes. Posteriormente se incorpora Venezuela.</p>	<p>Cuenta con dos foros que abordan la Salud: el SGT N°11 Salud y las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR. El primero armoniza las normas regulatorias en salud y el segundo prioriza conjuntamente la adopción de soluciones compartidas en salud.</p>
<p>Organismo de Tratado de Cooperación Amazónico-OTCA</p>	<p>Creado en 1978 por Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam y Venezuela, reconociendo la naturaleza transfronteriza del Amazonas. Promueve el desarrollo armónico de la región y la incorporación de esos territorios en las respectivas economías nacionales.</p>	<p>Cuenta con una Comisión Especial de Salud del Amazonas (CESAM), que tiene como objetivo: mejorar las condiciones de salud por medio de políticas de combate a la erradicación de epidemias en la región.</p>
<p>Foro para el Progreso de América del Sur-PROSUR</p>	<p>Creado en 2019 por la Declaración de Santiago, propuesto por los presidentes de Colombia y de Chile, Iván Duque y Sebastián Piñera, respectivamente, con el objeto de favorecer la integración en Sudamérica, en reemplazo de la Unión de Naciones Suramericanas- UNASUL. Originariamente Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay y Perú suscribieron la Declaración de Santiago, pero luego los cambios en los signos políticos de los países han generado cambios en su participación real, incorporando a Uruguay o ralentizando la participación de Argentina.</p>	<p>La Salud es una de las áreas temáticas propuestas por la Declaración de Santiago, que se implementa por medio de un Grupo de Trabajo de Salud, integrado por un Nivel Estratégico (alta autoridad sectorial), Nivel de Coordinación que asesora al estratégico sobre temas específicos de salud y el Nivel Operativo: puntos focales temáticos de los ministerios de los países miembros.</p>

Fuente: Construcción propia a partir de documentos constitutivos de cada uno de las iniciativas, sitios web y de Buss et al, 2017.

8.2 SUDAMÉRICA: LA LETARGIA DE LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y LA PANDEMIA

A diferencia del anterior episodio de potencial pandémico de la gripe H1N1, la actual pandemia de Covid-19 llegó a Sudamérica en un contexto de heterogeneidad ideológica y

alternancia electoral propia de la democracia y una retracción de algunas iniciativas de integración contra hegemónicas como UNASUL y ALBA. La pregunta que nos proponemos responder es: *¿Cuáles han sido las respuestas de las iniciativas de integración de América del Sur a la pandemia de la Covid-19?* Para tal fin, se enfocará la respuesta de la Comunidad Andina, Comunidad de Estados Latino Americanos y caribeños, Mercado Común del Sur y Foro para el Progreso de América del Sur-PROSUR, recurriendo a documentos oficiales y sus páginas web.

8.2.1 La Comunidad Andina de Naciones-CAN y su Respuesta a la Pandemia

El Sistema Andino de Integración-SIA, es el conjunto de órganos e instituciones de la Comunidad Andina, cuya finalidad es profundizar la integración subregional andina y promover su proyección externa. El SIA está constituido por diferentes instituciones cada una con funciones específicas, desde las normativas y de dirección política hasta judiciales, ejecutivas, deliberantes, sociales, financieras, sanitarias y educativas.

El Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue-ORAS/CONHU, fue creado en 1971 por los Ministros de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú para hacer de la salud un espacio de encuentro e intercambio que permita realización acciones coordinadas dedicadas al enfrentamiento de problemas comunes y así, contribuir para asegurar el derecho de los pueblos a la salud (Buss, et ali, 2017:451)

El ORAS/CONHU es un organismo de carácter intergubernamental que es orientado por las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina- REMSAA y es liderado por una Secretaría Ejecutiva con sede en Lima.

El ORAS/CONHU está orientado por los mandatos de la REMSAA y las resoluciones emanadas de ella, así como cuenta para su gestión con un Plan Estratégico. En la actualidad está vigente el Plan Estratégico 2018-2022 (ORAS/CONHU, 2018), que identifica los objetivos estratégicos, que se presentan en el cuadro 2.

Cuadro 4: Objetivos del Plan Estratégico 2018-2022 ORAS/CONHU

Objetivo Estratégico 1	Contribuir a la Integración andina y sudamericana en salud promoviendo el derecho a la salud.
Objetivo	Incorporar las iniciativas internacionales referidas a la salud y contra el deterioro del

Estratégico 2	planeta, mediante la articulación de las agendas técnicas de organismos internacionales y el derecho del Plan Operativo del ORAS/CONHU.
Objetivo Estratégico 3	Apoyar al fortalecimiento institucional de salud de los países mediante el intercambio y orientación de políticas nacionales.
Objetivo Estratégico 4	Formular estrategias y mecanismos de articulación y complementación que faciliten el acceso a servicios de salud, con enfoque de derechos, promoción, prevención, determinantes sociales e interculturalidad.

Fuente: ORAS/CONHU (2018). <https://orasconhu.org/portal/content/plan-estrategico-de-integración-en-salud-2018-2022>

Para implementar estos objetivos estratégicos el ORAS/CONHU formula planes, convenios, declaraciones y proyectos y su órgano decisorio son las reuniones de Ministros Andinos, que aprueban las propuestas que articula sobre la participación de los puntos focales de los países andinos, asumiendo un modelo de trabajo, que podemos definir en red por cada una de las temáticas que son priorizadas.

El Oras-Conhu estructuró su respuesta a la pandemia, identificando 7 áreas críticas:

1. **Dimensión Estructural: Sociedad y Desarrollo:** se señala que la Pandemia ha evidenciado y agravado las desigualdades estructurales preexistentes. Así, las iniciativas en esta área involucraron capacitación, análisis de ODS, metas e indicadores, webinarios con socios estratégicos y la Alianza Estratégica para Trabajo de Fronteras.
2. **Sector Salud:** estrategias para caracterizar e impulsar los cambios necesarios en los sistemas de salud por medio de Webinarios y el “IX Foro Andino de Salud y Economía: Por la Garantía del Derecho a la Salud.”
3. **Políticas, Sistemas y Servicios:** iniciativas para contribuir con en el acceso de la vacuna SARS-COV2, así como el cierre de brechas en el acceso en otras vacunas, propiciando reuniones evaluando la situación de cada país, directores de inmunizaciones, OPS y propiciando webinarios.
4. **Epidemiología Crítica y Planificación:** esfuerzos para avanzar en el fortalecimiento de los sistemas de información, integrando las bases de datos en una sola plataforma para alerta temprana, análisis y toma de decisiones para la prevención de enfermedades emergentes y reemergentes (encuentros de Directores de Estadística, Epidemiología y formulación de proyectos conjuntos)
5. **Comunicación y Participación:** iniciativas dirigidas al fortalecimiento de estrategia de información y comunicación integral fomentando buenas prácticas y

responsabilidad comunitaria hacia el cuidado a la vida. Esfuerzos de apropiación social de información científica (Boletín Noticias Andinas, redes sociales, webinarios y reuniones de equipos técnicos de Ministerios de Salud de países andinos).

6. **Clínica y Terapéutica:** promoción de diversos webinarios tendientes al mejor manejo clínico, propiciando la participación de los equipos técnicos de los países andinos.
7. **Niñas, Niños y Adolescentes (NNA):** la propuesta fue Incorporar el abordaje de curso de vida con prioridad en niños, niñas y adolescentes por medio impulsar un proyecto de investigación: Alianza Latinoamericana de Pediatría-ALAPE – International Society for Social Pediatric and Child Health-ISSOP; promoción de seminarios web NNA y Covid-19, con la participación de los Ministerios de Salud, el Fondo de Naciones Unidas para Población- la Oficina de Latino América y el Caribe del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia- LACRO/UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud- OPS/OMS. En el marco de esta línea se han realizado reuniones técnicas con aliados estratégicos como la Sociedad Peruana de Pediatría, Universidades, Ministerios de salud de países andinos y propiciaron la organización del *“Tercer Foro Internacional 2020. Diálogo intergeneracional sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes; y del Congreso Internacional de Salud y Desarrollo de Adolescentes”*.

Motivado por la pandemia, las Ministras y Ministros de Salud del Área Andina, se reunieron en dos ocasiones para abordar los desafíos de la pandemia, que se presentan en el cuadro 3, a continuación:

Fecha	Reunión	Aspectos Abordados
16 de Abril de 2020	REMSAA XXXVI	Se aprobaron Resoluciones sobre Desnutrición; el Plan Andino de Salud en Fronteras; Rabia, Salud Mental, Migrantes, Fin de la Tuberculosis y Red de Laboratorios, Cambio Climático, Hepatitis y aprobación de presupuestos y planes operativos internos.
11 de junio de 2021	REMSAA XXXIX	Se abordó el tema del acceso universal a la vacuna contra la Covid-19 en el escenario pandémico, manifestando la intención de participar en bloque en la transferencia de conocimientos y tecnologías para avanzar en la producción local en países con capacidades. Esta estrategia podría ser apropiada para disminuir precios de vacunas y avanzar en la inmunidad de rebaño en la subregión andina. Otros temas abordados han sido la conformación del Grupo de Trabajo de Salud Neonatal Andina, la Creación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las desigualdades en salud, y el Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental a través del incremento del presupuesto anual.

Fuente: Construcción propia a partir de las páginas web del ORAS-CONHU <http://orasconhu.org/portal/>. Ver [REMSAA \(2021\)](#).

A pesar de existir un ambiente turbulento por diferencias políticas entre sus Estados miembros al inicio de la pandemia, la existencia de una institución como el ORAS/CONHU contribuyó a la respuesta a la pandemia. Para superar estas tensiones, uno de los importantes papeles que desempeñó el ORAS/CONHU fue organizar actividades virtuales procurando el intercambio de información y gestión del conocimiento como un bien público regional sobre temas considerados claves en el contexto pandémico. Estas informaciones propiciaban generar evidencias, buenas prácticas y lecciones aprendidas que puedan apoyar las asimetrías de informaciones de las problemáticas causadas por la pandemia, así como generar una reflexión conjunta que pueda alimentar los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones.

El accionar del ORAS/CONHU reconoce una articulación con actores políticos: los Ministros de Salud Andinos por medio de la REMSAA y con los técnicos y puntos focales de temas específicos que participan de los webinarios y reuniones virtuales generando de esta manera un círculo virtuoso para la respuesta a la pandemia. La realización de una gran cantidad de webinarios en diferentes temas, hacen preguntarse sobre el valor estratégico de los mismos como actividad de cooperación. Aun cuando la pandemia supuso una situación inédita y el intercambio de informaciones sobre temas específicos asociados a la misma, se constituyen en una ventana de oportunidades para generar evidencias para que cada uno de los países pueda formular de políticas y toma de decisiones. Los webinarios han generado la

interacción entre los Ministros y los equipos técnicos de los países andinos reforzando el carácter sistémico de la pandemia y poniendo en la agenda los problemas generados a partir de la misma, superando diferencias entre los países andinos.

La falta de recursos del ORAS/CONHU propició un trabajo en red, que fue facilitado por la incorporación de la virtualidad, articulando con diversas instituciones de los países andinos y de la región en función del abordaje de un desafío común como la pandemia generando recomendaciones para influir en la respuesta y aunque las resoluciones emanadas de la REMSAA no son vinculantes para los países, el ORAS/CONHU ha formulado recomendaciones importantes para reforzar la respuesta en el área andina.

El hecho que la REMSAA cuente con un diseño institucional con acción sectorial como es el ORAS/CONHU, le permite aprovechar oportunidades sanitarias formulando proyectos de cooperación para fuentes de financiamiento, como el “*Proyecto: Fortalecimiento de la Toma de Decisiones en el Control de la Pandemia Covid-19 mediante la vigilancia genómica*” que tubo financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo- BID. También le brinda mayor flexibilidad para la articulación inter-institucional y formular proyectos, en tal sentido el ORAS/CONHU constituyó una Comisión Inter-Agencia para la elaboración de proyectos de Salud en las Fronteras con el Instituto Social del MERCOSUR- ISM, el Organismo del Tratado de Cooperación Amazónico- OTCA y el Programa de Cooperación Subregional para América del Sur OPS/SAM.

8.2.2 Comunidad de Estados Latino-americanos y Caribeños- CELAC

La CELAC es una amplia iniciativa de integración de América Latina y el Caribe creada por la Cumbre de la Unidad de América Latina y el Caribe, realizada en Rivera Maya, México en febrero de 2010. Bajo el liderazgo de México como Presidencia Pro Témpore de la CELAC, se impulsaron un conjunto de actividades en respuesta a la Pandemia. La CELAC ya había tenido actuación en Salud, a partir de la amenaza epidémica del virus del Ébola y Zika, así como compromiso vinculados con la ejecución del Convenio Marco de Tabaco en la región y la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional, reconociendo que la causa del hambre es la pobreza y reconociendo la necesidad de servicios públicos para superarlos.

El hecho que no cuente con un ámbito específico de salud, plantea que las actividades sean articuladas entre las cancillerías y los Ministerios de Salud de los países restándole oportunidad y eficacia a su modelo de gobernanza. Las propuestas y proyectos de sectoriales son organizadas por las cancillerías de los países miembros, lo que resta eficacia a las

actividades de cooperación. La CELAC ha impulsado una serie de reuniones Ministeriales y de Técnicos en relación a la Pandemia, donde participaron los técnicos de la OPS, la CEPAL y otros organismos regionales. Tal vez la más importante ha sido la vinculada a la producción de la Vacuna de Astra-Zeneca entre México-Argentina. Presentada como “*non profit*”, la iniciativa agrupaba intereses privados o filantropistas como la Fundación Slim, el laboratorio Mabxience de Argentina, AstraZeneca de Inglaterra, Universidad de Oxford, y el Laboratorio Liomont de México, destinado a producir vacunas para los países de la CELAC. La restricción impuesta por Estados Unidos para la venta de insumos para el envasado de las vacunas por el laboratorio mexicano generó gran demora en esta iniciativa y los países hasta el momento no han recibido las vacunas comprometidas

Otra iniciativa que, de destacar, es la distribución de respiradores, jeringas y agujas, máscaras y kits de diagnóstico donados por China a través de la CELAC, formando parte de la llamada “*diplomacia de la mascarilla*”.

Asimismo, la CELAC ha impulsado una amplia cantidad de reuniones técnicas, entre las que se puede destacar:

- ✓ Reunión Ministerial "*Acceso latinoamericano y caribeño a la vacuna experimental contra COVID-19*"
- ✓ Videoconferencia: "*Accelerating access to covid-19 vaccines in Latin America and the Caribbean*"
- ✓ Invitación de adhesión a la Coalición para la Preparación y la Innovación Epidémica (CEPI)
- ✓ Reunión Ministerial Virtual sobre Asuntos de Salud para la atención y el seguimiento de la pandemia COVID-19 en América Latina y el Caribe
- ✓ Estrategia de comunicación social en las redes sociales de CELAC
- ✓ Comunicado Especial sobre el puntual seguimiento a los brotes del nuevo coronavirus
- ✓ Establecimiento de la Red de Especialistas en Agentes infecciosos y Enfermedades Emergentes y Reemergentes

En la XXI Cumbre de Cancilleres de la CELAC, realizada el 24 de julio de 2021 en México, la Comunidad Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL presentó su *Plan Integral de Auto Suficiencia Sanitaria*. Este Plan surge con la idea que América Latina y el Caribe se torne un actor en el desarrollo y producción de nuevas vacunas, en el marco de una estrategia regional de salud concertada.

Posteriormente, el 18 de septiembre la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) realizó su VI Cumbre en la Ciudad de México, La “Declaración de la Ciudad de México^{xvi}” reitera el compromiso de la CELAC “con la unidad e integración política, económica, social y cultural y la decisión de seguir trabajando juntos para enfrentar la crisis sanitaria, social, económica y ambiental provocada por la pandemia de COVID-19, el cambio climático, desastres naturales y degradación de la biodiversidad del planeta, entre otros”. La salud –y la pandemia– ocupa siete de los 44 párrafos que componen la Declaración, de 13 páginas. En los primeros párrafos exige la democratización de la producción y la eliminación de los obstáculos que impiden el acceso justo y equitativo a las vacunas contra la COVID-19 como bienes públicos globales. En este sentido, reitera su llamado a la comunidad internacional y al sector farmacéutico mundial a sumarse a los esfuerzos de gobiernos y organismos multilaterales, incluyendo discusiones en diversos foros, con el objetivo de incrementar la cooperación para asegurar una distribución inmediata, equitativa, solidaria y asequible de vacunas, insumos, equipos, medicinas y otros insumos contra la COVID-19.

Se requieren esfuerzos solidarios para acelerar la intensificación de la investigación, el desarrollo, la producción y la distribución mundial de vacunas y tratamientos contra la COVID-19, basados en la solidaridad internacional y la condición de bien público mundial acordado por la OMS con vistas a una vacunación extensiva. También la Declaración menciona la Resolución 74/274 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 20 de abril de 2020, que recomienda los mismos principios, además de referirse positivamente a los esfuerzos e iniciativas de cooperación regional con el propósito de promover una respuesta más inclusiva a la pandemia. Reitera también su compromiso de incrementar la cooperación y la solidaridad internacional, con el fin de apoyar y fortalecer las capacidades y la infraestructura para la producción y distribución de vacunas, medicamentos y suministros de salud en la región. Refiriéndose a iniciativas anteriores, apoya el trabajo de la Red CELAC de Especialistas en Agentes Infecciosos y Enfermedades Emergentes y Reemergentes, así como la iniciativa de la Red Regional de Vigilancia Genómica COVID-19 (COVIGEN), coordinada por la OPS con el objetivo de garantizar el acceso de las poblaciones de la región y reducir la dependencia extra regional. Específicamente menciona el desarrollo de vacunas en diferentes etapas de ensayos clínicos ya en marcha en la región, señalando: la colaboración establecida

^{xvi} CELAC (2021) “*Declaración de la Cumbre de Presidentes de la CELAC de la Ciudad de México*”. México D.F. 18 de septiembre de 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/668541/Celac_2021_Declaracion_de_la_Ciudad_de_Mexico_18sep21.pdf. Acceso septiembre de 2021.

entre Argentina y México para la producción y envasado de vacunas, que ya han comenzado a distribuirse en países de la región; el desarrollo, producción y suministro de vacunas cubanas (Abdala, Soberana02 y Soberana Plus); así como otras iniciativas de investigación y desarrollo de vacunas en curso en México (Patria), Argentina (ARVAC Cecilia Grierson), Cuba (Sovereign 01, Mambisa, Pasteur y PanCorona), Chile (PedCoVax) y Brasil (Butan Vac). Quizás porque Brasil se retiró del mecanismo en 2020, lamentablemente no menciona la extraordinaria iniciativa de Fiocruz, uno de los mayores productores de la región.

La Declaración menciona, de paso, la decisión tomada en la 74 Asamblea Mundial de la Salud (AMS74-16), en mayo de este año, que convoca a una reunión extraordinaria entre el 29 de noviembre y el 1 de diciembre de 2021 para discutir el tratado –u otro instrumento internacional– sobre pandemias, indicando claramente la visión de la CELAC al respecto. En la referida Cumbre, nuevamente la CEPAL presentó el *Plan Integral de Auto Suficiencia Sanitaria* que es saludado por los Presidentes y Jefes de Estado. El documento de 103 páginas, afirmando su bajo nivel de desarrollo tecnológico, alta dependencia de la región de los insumos estratégicos de la salud y alta dependiente de la producción de empresas multinacionales y de las importaciones de fuera de la región realiza un diagnóstico así como potenciales capacidades para el desarrollo de vacunas propias en Cuba, Brasil y México, y los acuerdos de producción alcanzados por Argentina, Brasil, México y Venezuela con multinacionales farmacéuticas para la producción de vacunas. Por otro lado, pide la consolidación de un mecanismo de adquisición de vacunas a nivel regional, destacando el existente Fondo Rotatorio de la OPS; la negociación conjunta de los países de la CELAC con la Organización Mundial del Comercio (OMC) en materia de propiedad intelectual; la armonización de los estándares regulatorios existentes en los países miembros; la consolidación de una plataforma regional de ensayos clínicos; y la priorización de las empresas de la región en las compras públicas que realizan los sistemas de salud como instrumento de política industrial.

En resumen, de acuerdo con el mandato definido por la CELAC y con base en el trabajo del grupo de expertos constituido para tal fin, la CEPAL definió y priorizó siete líneas de acción,

1. Fortalecer los mecanismos internacionales de adquisición conjunta de vacunas y medicamentos esenciales;
2. Utilizar los mecanismos públicos de compra de medicamentos para el desarrollo y el fortalecimiento de los mercados regionales;
3. Crear consorcios para el desarrollo y la producción de vacunas;

4. Implementar una plataforma regional para ensayos clínicos;
5. Aprovechar las flexibilidades regulatorias para acceder a la propiedad intelectual;
6. Fortalecer los mecanismos de convergencia y reconocimiento normativo vigentes en los países.
7. Fortalecer los sistemas primarios de salud para el acceso universal a las vacunas y su distribución equitativa.

Aun cuando la CEPAL en su documento, identifica actividades y actores para avanzar en este Plan y presenta un llamado “inventario de capacidades “y la propuesta revista un carácter estratégico para los países de la región, es posible formular algunos comentarios al respecto. En primer lugar, aun cuando el documento parta de un diagnóstico del complejo productivo de la salud, el mismo se ha hecho por un grupo ad-hoc y no en forma colaborativa con los Ministerios de Salud, Ministerios de Ciencia y Tecnología y Ministerios de Producción de los países. En segundo lugar, el documento identifica acciones y actores, pero no ha habido en la Declaración de México o en el propio documento una definición de las instancias o gobernanza necesaria para su implementación. En tercer lugar, avanzar en la implementación del referido Plan implicará un importante liderazgo intersectorial que involucre las autoridades de salud, de ciencia y tecnología y de los propios Ministerios de la Producción o Industria de los Estados de la CELAC. En cuarto lugar, aun cuando el Plan, menciona a la Organización Panamericana de la Salud como un actor necesario, dicha organización no ha sido involucrada para su elaboración. Por todo lo expuesto, si no se dota de una gobernanza apropiada a la Propuesta se corre el riesgo que el documento quede en un carácter normativo o de Plan Libro, sin traducirse en acciones estratégicas para la región.

8.2.3 El MERCOSUR y su respuesta a la pandemia

Las Reuniones de Ministros de Salud del Mercosur fueron creadas por la Decisión del Consejo del Mercado Común N°3 de 1995 cuya función es “proponer al Consejo Mercado Común medidas tendientes a la coordinación de políticas en el área salud para el MERCOSUR. Su objetivo es la: *“Priorización Conjunta de temas de políticas de salud y la armonización, hacia el futuro, de soluciones compartidas o de acciones promotoras de políticas de salud, en áreas que los Ministros consideren prioritarias”*. Desde su creación han tenido un desempeño importante en la Implementación del Convenio Marco y del Reglamento Sanitario internacional -RSI (2005), enfermedades vectoriales, HIV/AIDS, salud sexual, donación y trasplantes, medicamentos y propiedad intelectual, determinantes sociales, así

como ha permitido la armonización de posiciones en diplomacia de la salud en los cuerpos directivos de la OPS/OMS, entre otros

La pandemia de la Covid-19 llegó a los países del MERCOSUR en el marco de fuertes tensiones entre dos de sus principales socios: Argentina y Brasil. El 19 de febrero de 2020, en el marco de una creciente epidemia de dengue, sarampión y los primeros casos de Covid-19 en la región, los Ministros de Salud del MERCOSUR se reunieron en forma extraordinaria en la ciudad de Asunción, Paraguay. En ese momento, los Ministros de Salud del MERCOSUR decidieron no darle un destaque especial a la Covid-19 y en tal sentido, los estados parte intercambiaron su situación epidemiológica sobre el dengue, sarampión y brotes de coronavirus, analizando las medidas adoptadas en los territorios de cada uno, con miras a avanzar en la definición de estrategias conjuntas entre los países. En dicha ocasión, la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Carissa Etienne, conjuntamente con expertos de dicha organización, presentó por vía teleconferencia la información actualizada de la situación epidemiológica regional y mundial respecto de coronavirus, dengue y sarampión.

Como resultado de la referida reunión extraordinaria, los Ministros suscribieron la ***“Declaración de los Ministros de Salud del Mercosur ante la Situación Epidemiológica del Dengue, Sarampión y Coronavirus (Covid-19)”***, como se advierte a partir de su nombre, la Covid-19 es un aspecto más dentro de los brotes epidémicos y posibilidades de ingreso de nuevas enfermedades de importancia sanitaria internacional. Puntualmente, la Declaración^{xvii} exhorta a los Estados Parte a colaborar con los esfuerzos globales frente a la epidemia del nuevo coronavirus (Covid-19) y que las instancias técnicas del bloque establezcan mecanismos de coordinación y comunicación periódica para la vigilancia y seguimiento del mismo para coordinar respuestas conjuntas. En su primer declarando, expresa:

“Ratificar el compromiso de establecer acciones regionales de vigilancia y asistencia en salud en conformidad a la normativa del MERCOSUR, haciendo especial mención a la notificación obligatoria en el plazo de 24 horas, para dar respuesta a los brotes epidémicos, de evitar la reintroducción de las enfermedades prevenibles y el ingreso de nuevas enfermedades de importancia sanitaria internacional, por medio

^{xvii} MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2020).”Declaración de Ministros de Salud del Mercosur ante la situación epidemiológica del dengue, sarampión y coronavirus (Covid-19) en el Mercosur. Asunción, 19 de febrero de 2020. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/7463> . Acceso marzo de 2020.

de los Puntos Focales del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)". (Punto 1 - Página 2)

Y seguidamente se "...solidariza con los países que están enfrentando el virus más directamente". (Punto 2 -Página 2)

En su punto 3- (Página 2), la declaración instruye "a las instancias técnicas de competencia en el MERCOSUR "salud" a "...establecer un mecanismo de coordinación y comunicación periódica para la vigilancia y seguimiento del coronavirus (Covid-19), coordinar las respuestas conjuntas y definir acciones como bloque regional".

Esto no significó un esfuerzo adicional, sino que formaba parte de una serie de eventos de notificación permanente entre los países del bloque. Asimismo, la declaración en su punto 6,

"ratifica el enfoque en una política de medicamentos de MERCOSUR, para avanzar en la producción y disponibilidad de inmunológicos en la región, alcanzar y mantener las coberturas de vacunación adecuadas en los Estados Partes, para evitar la reemergencia de las enfermedades inmunoprevenibles, así como impulsar el trabajo articulado y sostenido en las áreas de fronteras para lograr las coberturas adecuadas".

Como es posible observar, ya se visualizaba el acceso a la vacuna como un problema regional que requería de articulaciones diplomáticas y la cooperación en salud.

Aun cuando la Declaración insta al trabajo conjunto entre los países del bloque, poco o nada se ha avanzado a nivel subregional en relación al acceso a las vacunas para control de la Covid-19.

El día 18 de junio de 2020, se realizó la XLVI Reunión Ordinaria de Ministros de Salud, cuando se impulsó nuevamente una "**Declaración de Ministros de Salud de MERCOSUR sobre Covid-19**". La Declaración tiene siete declarando, donde se puede destacar que plantea "*intensificar la cooperación a fin de contener y controlar la pandemia*"; "*alienta la transferencia de tecnología y acuerdos de licenciamientos voluntarios para posibilitar la rápida y efectiva diseminación mundial de vacunas, tratamientos y nuevas tecnologías desarrolladas en respuesta al Covid-19, entendiéndolas como bienes públicos globales, considerando los criterios de equidad y solidaridad*"; promueve "*Desarrollar estrategias regionales que permitan remover las barreras de acceso a las vacunas y tratamientos, en especial aquellas ocasionadas por el efecto de los derechos de propiedad intelectual sobre los precios, entendiendo a las tecnologías sanitarias desarrolladas en respuesta de la pandemia como bienes públicos globales*".

Sin embargo, la Declaración quedó en un plano enunciativo sin traducirse en acciones concretas de cooperación. Nada se avanzó en relación a estos puntos mencionados y los Estados parte propiciaron estrategias individuales para el acceso a estos insumos estratégicos en salud.

Nuevamente, el 2 de diciembre de 2020, los Ministros se reunieron en forma virtual y lanzaron cuatro Declaraciones. La primera es sobre *“Asistencia Alimentaria a Poblaciones Vulnerables en el Marco del Covid.19”*; la segunda sobre la *“Importancia de Garantizar la Salud Ambiental y del Trabajador en el Contexto de la Pandemia por Covid-19”*; la tercera sobre *“Control De Tabaco Y Covid-19”*; y finalmente la cuarta sobre el *“Mecanismo Covax”*.

La “Declaración sobre el Mecanismo COVAX”, resulta una expresión de deseo, pero insta a los países del bloque a intensificar la cooperación horizontal para contener y controlar la pandemia de Covid-19 y mitigar sus efectos, apoya al mecanismo COVAX como una de las principales estrategias para garantizar el acceso a las vacunas Covid-19 e insta a coordinar la representación de los Estados del MERCOSUR y Asociados en los cuerpos de gobernanza del Mecanismo COVAX. La Declaración quedó en el plano meramente formal y los Estados parte en su mayoría emprendieron negociaciones bilaterales con los laboratorios para el acceso a la vacuna, constituyendo el COVAX una estrategia marginal.

El día 16 de junio de 2021, ya bajo la presidencia Pro Témpore de Argentina, se realizó la XLVIII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y se aprobaron 4 acuerdos y 5 declaraciones. Entre ellas, cuatro se vinculan directamente a la respuesta a la pandemia (Cuadro 5)

Cuadro 6 -XLVIII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR: Declaraciones y Acuerdos en Respuesta a la Pandemia de la COVID-19. junio de 2021.

Nombre	Descripción
Declaración de los Ministros de Salud del MERCOSUR y el Estado Plurinacional de Bolivia sobre Necesidad de mantener la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células durante la pandemia COVID- 19	Expresa la necesidad de realizar los máximos esfuerzos para mantener la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células a fin de sostener la oportunidad del trasplante.
Recomendaciones sobre la	Se presentan recomendaciones generales para la gestión de residuos en

<p>Gestión de Residuos en el Marco de la Pandemia de COVID-19</p>	<p>establecimientos de atención de la salud, en domicilios de casos probables o confirmados de COVID-19 y para los residuos reciclables, todas ellas en relación al contexto de emergencia sanitaria por COVID-19</p>
<p>Declaración de Ministros de Salud del Mercosur y el Estado Plurinacional de Bolivia Sobre Pandemia Covid-19</p>	<p>Solicitar a la OPS/OMS colaboración con los países de la Región de las Américas para lograr el acceso equitativo, transparente, efectivo y a precios asequibles a las vacunas contra la COVID-19, de acuerdo a la realidad de nuestro subcontinente, incluso mediante el Mecanismo COVAX.</p> <p>Insta a mantener un diálogo regional sobre el impacto desigual en el acceso a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias contra la COVID-19, con miras a la adopción de acciones conjuntas.</p> <p>Promueve la transferencia de tecnología y producción regional de insumos críticos para la lucha contra la pandemia.</p> <p>Apoya el proceso de reforma de la OMS con el objetivo de fortalecer la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias incluyendo el cumplimiento integral del RSI (2005).</p> <p>Propicia contribuir con posiciones sub-regionales, que den cuenta de nuestra realidad en el proceso de reforma de la OMS y RSI garantizando que las medidas que se adopten favorezcan y refuercen la participación de todas las naciones de la región de las Américas.</p> <p>Insta a continuar trabajando de forma conjunta, coordinada y colaborativa a fin de implementar medidas complementarias de salud pública que sean específicas, proporcionadas, transparentes y temporales, evitando al mismo tiempo interferencias innecesarias con la circulación de bienes y personas, y con el tráfico y comercio internacional, en concordancia con el RSI (2005), lo que resultará de vital importancia para la recuperación económica de los Estados Partes del MERCOSUR y Estados Asociados.</p>
<p>Declaración de los Ministros de Salud del MERCOSUR y el Estado Plurinacional de Bolivia sobre “Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a emergencias sanitarias.</p>	<p>Solicita a la OPS/OMS que establezca de común acuerdo entre los Estados de la región de las Américas un mecanismo de consulta que represente la voluntad de los Estados Miembros para el Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias.</p> <p>Apoya e insta a colaborar con el Estado Miembro de la región de las Américas integrante de la Mesa del Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias para que exprese las posiciones subregionales.</p> <p>Solicita a la OPS apoyar a los países de la región de las Américas en su reclamo para que otros países y/o regiones no impongan medidas sanitarias adicionales en respuesta al COVID-19 que interfieran innecesariamente con el tránsito internacional, como certificados de vacunación o</p>

	desconozcan las vacunas aprobadas por Agencias Reguladoras de los Estados Partes del MERCOSUR.
--	---

Fuente: Construcción Propia a partir de documentos de la XLVIII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR. Disponibles en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/8483>. Acceso septiembre de 2021.

Aun cuando se han producido diferentes declaraciones desde el MERCOSUR, las mismas han tenido un carácter enunciativo, antes que implicar acciones concretas en respuesta a la pandemia. De las actas y documentos oficiales de las Reuniones de Ministros se observa que lo que más ha abundado es el intercambio y seguimiento de la situación epidemiológica del bloque, quedando un espacio muy grande para mancomunar esfuerzo en respuesta a la pandemia. Por otro lado, al igual que lo mencionado en el Capítulo 1, en referencia a la gobernanza de la OPS, los acuerdos y declaraciones de los Ministros de Salud del Bloque tienen un carácter enunciativo, sin ser vinculante y sin generar compromisos concretos para los Estados parte.

Tal vez una de las mayores contribuciones del bloque a la respuesta a la pandemia fue el Proyecto de “*Investigación, Educación y Biotecnología Aplicada a la Salud*”^{xviii}, que se había aprobado en 2011 y tenía como propósito formar una Red de Institutos de investigaciones en biomedicina, para abordar en forma coordinada un problema de salud común a los Estados miembros: el estudio de aspectos biológicos, epidemiológicos y sociológicos de enfermedades degenerativas tenía un financiamiento total de USD 28.038.723,00 entre los aportes del Fondo de Asimetrías Estructurales FOCEM del MERCOSUR y los aportes de los Estados miembros. A la luz de la pandemia, en el mes de abril de 2020, el MERCOSUR decidió usar US \$ 16 millones exclusivamente para combatir a pandemia utilizándose para la compra de equipamiento para diagnóstico, kits, reactivos y otros insumos para test de Institutos Nacionales de Salud de los Estados parte. En tal sentido, el FOCEM podría brindar una importante herramienta para la compra de vacunas y otros insumos estratégicos de salud, pudiendo sinergizar estrategias como la negociación y compra conjunta.

^{xviii} El “Proyecto de Investigación, Educación y Biotecnología aplicada a la salud” aprobado por el FOCEM involucra a los Argentina -Instituto de Investigación en Biomedicina de Buenos Aires –CONICET / Brasil - Fundación Oswaldo Cruz / Paraguay - Laboratorio Central de Salud Pública / Uruguay -Instituto Pasteur de Montevideo y esta disponible en: <https://focem.mercosur.int/es/proyecto/investigacion-educacion-y-biotecnologias-aplicadas-a-la-salud/> Acceso marzo de 2020.

Finalmente, llama poderosamente la atención, que los Presidentes del bloque se reunieron el día 26 de marzo del 2021, con motivo de cumplirse los 30 años de la firma del Tratado de Asunción, que creó el MERCOSUR. La reunión abundó en tensiones entre los Estados parte por una modernización del bloque y si bien se menciona la pandemia como marco que atraviesa la región, ninguna medida concreta fue anunciada por los Presidentes del bloque.

8.2.4 La Respuesta del Foro para el Progreso de América del Sur-PROSUR a la Pandemia

El Foro para el Progreso de América del Sur es un organismo internacional creado en 2019, propuesto por los presidentes de Colombia y de Chile, Iván Duque y Sebastián Piñera, respectivamente, con el objeto de favorecer la integración en Sudamérica, en reemplazo de la Unión de Naciones Suramericanas. en una clave más conservadora (Ominami, C. 2021:1).

La Salud es una de las áreas sobre las que se concentra la labor de la PROSUR, según la Declaración de Santiago del 22 de marzo de 2019, que dio origen a esta iniciativa de integración. La Salud era una de las áreas temáticas de trabajo del PROSUR, pero la pandemia generó nuevas instancias de trabajo.

Como podemos observar a partir del Cuadro 6, el Foro para el Progreso de América del Sur a la Pandemia- PROSUR ha desarrollado numerosas reuniones desde el inicio de la pandemia.

Cuadro 7 - PROSUR: Reuniones Realizadas en Respuesta a la Pandemia

Reunión	Contenido
Primera Videoconferencia de Ministros de Salud 7 de marzo de 2020	Frente a los primeros casos de Covid.19, Chile convocó una reunión en la que participaron los Ministros, Viceministros y Altos Representantes de los Ministerios de Salud y Relaciones Exteriores de Argentina, Brasil, Colombia, Guyana, Perú y Paraguay. Participaron, además, como países invitados, Bolivia y Uruguay, y el representante en Chile de la OPS en Chile. Propició un diálogo e intercambio de las experiencias y prácticas implementadas por los

	<p>servicios de salud de los países para controlar la expansión del virus en la región.</p> <p>Acordó establecer un flujo de comunicación constante para dar seguimiento a la situación regional.</p>
<p>Primera Video Conferencia de Presidentes y Jefes de Estado del PROSUR</p> <p>17 de marzo de 2020</p>	<p>Se inicia un diálogo para definir una estrategias y prioridades para actuar coordinadamente frente a la Covid-19. Se suscribe la <i>“Declaración Presidencial de Prosur sobre acciones conjuntas para la pandemia de Coronavirus”</i>.</p>
<p>Segunda Video Conferencia de Ministros de Salud del PROSUR</p> <p>23 de marzo del 2020</p>	<p>Intercambio de información y experiencias sobre el manejo de la crisis sanitaria en la región y en donde las autoridades sanitarias de España e Italia presentaron las lecciones aprendidas en sus respectivos países, que habían experimentado más tempranamente los efectos pandémicos. Una de las conclusiones de la reunión fue la necesidad de generar protocolos epidemiológicos adecuados, así como de reforzar la estructura de la salud pública de los países en las fases tempranas de contagio. También se recomendó garantizar una adecuada protección a los equipos de salud encargados de atender la emergencia sanitaria, protocolos de información a la población sobre la enfermedad y el establecimiento de medidas eficientes de distanciamiento social. Aun cuando se plantean recomendaciones apropiadas para la respuesta de la pandemia, no se ha avanzado en forma conjunta en estos aspectos, sino que los países han respondido en forma individual.</p>
<p>Segunda Video Conferencia de Presidentes y Jefes de Estado del PROSUR</p> <p>6 de Abril de 2020.</p>	<p>Compartir informaciones sobre el seguimiento y análisis de las medidas adoptadas por cada país para frenar el avance de la pandemia y mitigar su impacto sobre la población. Como resultado del encuentro, surgió un llamado para mejorar la coordinación en lo que respecta a la repatriación de connacionales dentro del bloque, así como la búsqueda de fuentes conjuntas de financiamiento para la compra colectiva de insumos médicos. El Presidente del BID, Alberto Moreno, participó del encuentro presentando oportunidades de financiamiento del BID al PROSUR.</p>
<p>Tercera Videoconferencia de Presidentes y Jefes de Estado del PROSUR</p> <p>19 de mayo de 2020</p>	<p>Continuar la coordinación de medidas para hacer frente a la expansión del Covid-19 en la región. Los mandatarios relevaron la importancia de políticas de reactivación económica en el contexto de pandemia, así como el acceso al crédito internacional para el financiamiento de acciones y medidas en medio de la crisis sanitaria y poder coordinar una posición conjunta frente al desarrollo de vacunas y medicamentos contra Covid-19. Suscribió la <i>“Segunda Declaración Presidencial de PROSUR sobre acciones conjuntas para enfrentar la pandemia del Coronavirus”</i></p>
<p>Reunión de Agencias de Cooperación Internacional</p>	<p>La Agencia Chilena de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AGCID), convocó a un encuentro de Agencias y Organismos Encargados de la Cooperación Internacional de los países miembros de PROSUR, junto a Bolivia y Uruguay. El propósito de la reunión era fomentar la cooperación entre instituciones científicas y académicas de los países del</p>

2 DE JULIO de 2020	Foro, AGCID puso a disposición un programa de más de 400 becas y cursos en línea vinculados al manejo del Covid-19.
Cuarta Video Conferencia de Presidentes y Jefes de Estado 27 de agosto de 2020	Se realizó a solicitud del Presidente de la República de Colombia, Iván Duque, con la presencia de la Directora de la OPS, Carissa Etienne; del Director Regional para América Latina y el Caribe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Luis Felipe López Calva; y del Presidente del BID, Luis Alberto Moreno. Se abordó la realidad epidemiológica regional, los mecanismos de acceso a vacunas de la OMS y alternativas de mitigación económica y social frente a la pandemia. Se suscribió una Declaración Presidencial, que instruye la conformación de un Grupo de Trabajo en materia de Tránsito de Personas, con el objeto de intercambiar propuestas para avanzar hacia la gradual reapertura de fronteras entre los países del Bloque.
Cumbre Presidencial del PROSUR 12 de Diciembre de 2020	<p>Traspaso de la Presidencia Pro Témpore del Foro a Colombia.</p> <p>Participaron los jefes de Estado de Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, así como del Primer Ministro de Guyana, y del Presidente de Uruguay, en calidad de invitado especial.</p> <p>Permitió realizar un balance del funcionamiento del Foro durante el bienio 2019/2020, en donde destacaron la resiliencia del mecanismo en un año particularmente complejo, así como su capacidad para concertar respuestas comunes frente a los desafíos derivados del Covid-19, a través de sus mesas técnicas de trabajo.</p> <p>Suscribió la Declaración Presidencial, la cual junto con reconocer el trabajo realizado por la presidencia de Chile y formalizar el traspaso de la PPT a Colombia, renovó el compromiso de sus miembros de seguir participando en las diferentes instancias técnico-sectoriales del Foro, así como fortalecer la cooperación en materias vinculadas con el combate a la pandemia.</p> <p>Dentro de los compromisos adoptados: creación de un nuevo Grupo de Trabajo en materias de Medio Ambiente, el que tendrá como objetivo analizar las potenciales áreas de cooperación entre los Países Miembros.</p> <p>Enunció las prioridades del Foro durante el 2021: aumentar la proyección del mecanismo a nivel internacional, el fortalecimiento de la democracia en la región y la reactivación económica post pandemia, para lo cual fomentará la creación de un “Foro Empresarial PROSUR”.</p> <p>Suscribió una Declaración que en relación a la Pandemia, promueve la <i>“cooperación regional con el fin de alcanzar un acceso universal, equitativo y oportuno de la inmunización contra el COVID-19”</i> y acuerda <i>“Impulsar y coordinar la implementación de políticas que faciliten el tránsito progresivo y responsable de personas, a fin que la apertura de fronteras se realice de manera segura, ordenada y regular, así como el tránsito de bienes, especialmente aquellos necesarios para mitigar los efectos del COVID-19 y contribuir, de tal manera, con la reactivación de la economía en la región. De igual manera, destacamos la labor de las Mesas de Trabajo Ad-Hoc para hacer frente a la pandemia”</i>.</p>
Reunión	Se realizó para afrontar de manera conjunta los efectos de la pandemia ocasionada por el

<p>Virtual de Ministros de Salud de PROSUR 10 de Febrero de 2021</p>	<p>Covid-19, concluyó con la posibilidad de brindar cooperación en los temas de compras de vacunas; estándares de aprobación y secuenciación genómica de las nuevas variantes del virus, entre los países participantes.</p> <p>La reunión fue una oportunidad para intercambiar experiencias en la implementación de los Planes Nacionales de Vacunación de los países de PROSUR. De igual manera, permitió identificar grandes retos y oportunidades de la región en materia de inmunización, así como hacer un diagnóstico regional sobre las capacidades y necesidades para la producción de vacunas de Covid-19 que permita a la región avanzar hacia su seguridad sanitaria y garantizar el acceso oportuno a las vacunas.</p> <p>Participaron ministros y representantes de los ministerios de salud de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay y Perú</p>
<p>V Reunión Extraordinaria de Presidentes de PROSUR 25 de febrero de 2021</p>	<p>Suscribió una Declaración que impulsa la cooperación internacional y regional con el fin de alcanzar un acceso universal, equitativo y oportuno a la inmunización contra la Covid-19, con 17 declarandos. En relación a la respuesta pandémica se puede señalar una preocupación por la vacuna pandémica, reafirmando como bien público global; llamando la atención a políticas de países que prohíben la exportación de las mismas o de insumos; instando a aumentar el financiamiento de la investigación y desarrollo; promover el acceso y la transparencia en la adquisición de las vacunas en condiciones favorables; instando a la cooperación científica, la transferencia de tecnología para producción de vacunas en alianza con el sector privado; fortalecimiento de capacidades regionales para la producción de vacunas; intercambio de experiencias sobre los planes de vacunación y los avances en materia de inmunización; propiciando intensificar relaciones y acercamientos con los laboratorios productores de las vacunas; haciendo un llamado al fortalecimiento del mecanismo COVAX. Para avanzar sobre el tema de vacunas se impulsa una reunión técnica.</p> <p>Otras líneas de acción propuestas por la declaración son: Impulsar la creación de una red regional de observatorios en salud con especial atención en personas y familias en condición de movilidad humana, a fin de facilitar el intercambio de información, el análisis de datos y de experiencias en la materia, para apoyar la toma de decisiones e implementación de políticas públicas en salud en la región; la creación de redes para la secuenciación genética y un sistema de vigilancia de nuevas variantes preocupantes del virus de la Covid-19.</p>
<p>VI Reunión de Presidentes del PROSUR. <i>“Hacia una Recuperación Post COVID Inclusiva y</i></p>	<p>Tuvo como objetivo de explorar y exaltar la importancia de la cooperación regional para una recuperación económica, inclusiva y sostenible y fue introductorio a la 61° Reunión Anual de la Asamblea de Gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo – BID-, permitiendo a los jefes de estado y altos representantes, identificar en conjunto nuevas oportunidades de crecimiento sostenible para reactivar la economía, recuperar el empleo, generar innovación tecnológica y fomentar la inversión en la región.</p>

<i>Sostenible en América del Sur</i>	Hizo énfasis en la importancia de garantizar el apoyo de los organismos financieros internacionales para responder al desafío de la pandemia y prever posibles soluciones a consecuencias futuras.
16 de marzo de 2021	Los países de PROSUR destacaron la pertinente respuesta del BID a la crisis generada por la COVID-19 en la región, prestando apoyo con rapidez y eficacia, demostrando el papel esencial que desempeña en la región y su capacidad de adaptar su ritmo operacional para trabajar con las partes interesadas.

Fuente: Construcción propia a partir de página web <https://foroprosur.org/> Acceso septiembre de 2021.

En relación a la gobernanza para la pandemia, se crearon mesas de trabajo con participación interministerial: i) Criterios Epidemiológicos y Disponibilización de Datos; ii) Acceso a Créditos Internacionales; iii) Compras Conjuntas de Medicamentos e Insumos Médicos; iv) Tránsito de Bienes Esenciales; y v) Tránsito de Personas.

La mesa de **Criterios Epidemiológicos y Disponibilización de Datos** tiene como objetivo compartir experiencias sobre el flujo de vigilancia epidemiológica de los países, y acordar criterios epidemiológicos esenciales que faciliten la toma de decisiones sanitarias. Aun cuando el objetivo pueda plantearse como necesario, se desconocen las acumulaciones institucionales ya en curso de otros bloques como las que se vienen haciendo desde el ORAS/CONHU y los foros de salud del MERCOSUR, que vienen desarrollando una dinámica de intercambio de información y de vigilancia epidemiológica sobre indicadores armonizados. Avanzar en una estrategia como la que se plantea esta mesa tendría que suponer que converjan las iniciativas ya existentes en las iniciativas de integración ya mencionadas antes que una duplicación de esfuerzos restando eficacia a la propuesta.

La Mesa de Trabajo sobre Compras Conjuntas de Medicamentos e Insumos Médicos tiene como objetivo viabilizar la adquisición conjunta de insumos médicos y medicamentos a precios convenientes por los países de PROSUR. La negociación de precios y compras conjuntas de medicamentos es una estrategia que ya había sido utilizada en otros bloques como MERCOSUR, en el bloque Andino y en el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) constituye la instancia política del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). La misma se basa en la idea que las empresas farmacéuticas tienen precios diferentes de acuerdo a los volúmenes de las demandas del mercado de cada país y el agregar la demanda ampliando la escala puede tener beneficios de eficiencia para conseguir mejores precios. A su vez, la existencia de normativas de compras y contratación propias de cada país pone obstaculizantes en los momentos de concretizar las compras. En este sentido, en el PROSUR, para superar este obstáculo se decidió utilizar para la adquisición el Fondo

Estratégico de la OPS. Bolivia, Chile, Perú, Paraguay y Ecuador participaron de esta mesa, consensuando medicamentos e insumos para la Covid-19 (tales como midazolam, fentanilo y guantes de examinación). Aun cuando se considere bajo el valor estratégico de estos insumos y la negociación y compra conjunta no alcanzó un insumo básico como las vacunas, recurriendo los países a mecanismos de negociación con los laboratorios en forma bilateral, resulta significativo mancomunar los esfuerzos para avanzar en este sentido. También han quedado afuera Estados miembros claves como Argentina y Brasil, cuya escala de demanda beneficiaría a los otros miembros del bloque.

Grupo de Trabajo sobre Tránsito de Personas

El objetivo que busca este grupo es promover requisitos y documentos sanitarios comunes para el tránsito fronterizo de personas entre los países de PROSUR, compartir información sobre normativa migratoria y fronteriza de cada país en el marco de la pandemia y facilitar los procesos de reapertura de fronteras. El 10 de marzo de 2021, se realizó un taller virtual sobre el Formulario Sanitario y Migratorio Regional, en la que participaron Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, a través de sus Oficinas de Migraciones, Ministerios de Salud, Ministerios del Interior y Seguridad, y equipos de Cancillerías.

Algunas de las actividades realizadas fueron:

- ✓ Presentación e intercambio de medidas adoptadas por cada país miembro del PROSUR.
- ✓ Identificación de medidas comunes para la entrada al territorio de los países de inmigrantes extranjeros tendientes a su armonización (tiempos comunes de cuarentena obligatorias, utilización de pruebas de PCR, homologación de un documento sanitario.
- ✓ Elaboración de hoja de ruta para el trabajo de mediano y largo plazo considerando los siguientes objetivos: 1) Difundir los requisitos sanitarios y migratorios que se exigen para el ingreso a un país de PROSUR; 2) Establecer un mecanismo de consulta y monitoreo permanente sobre las medidas sanitarias y migratorias implementadas y por implementar en los países del PROSUR; y 3) Desarrollar un Formulario Modelo Sanitario y Migratorio para PROSUR.

Para facilitar el relevamiento, análisis de información y la elaboración de una propuesta de un Formulario Sanitario Modelo, se contrató con el apoyo del BID, un grupo de expertos en materia Epidemiológica, Salud Pública y Sistemas de Información en Salud. Aun cuando el tema de un formulario sanitario podría revestir carácter estratégico en el regreso a la

“normalidad”, existen ciertas limitaciones en cuanto a que el PROSUR, no cuenta con una institucionalidad apropiada para que una norma del bloque tenga carácter vinculante de cumplimiento en los países. En tal sentido, avanzar en aprobar una norma, como la que se encuentra en armonización será más de carácter simbólico, no revistiendo capacidad operativa concreta debido a que o podrá ser aprobada por los Ministros de Salud o por los propios jefes de Estado y de Gobierno, pero sin un cumplimiento obligatorio por los estados partes del bloque.

Proyecto Escalamiento de Capacidades de Inmunización en los Países de PROSUR

Este proyecto fue presentado por el Subgrupo de Inmunización del Grupo Salud PROSUR bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. El mismo, parte de considerar que la región viene enfrentando problemas en el suministro de vacunas contra Covid-19, que vacunar a la población es fundamental para asegurar su salud y acercar la reactivación económica y social de los países del bloque. La intención es estar preparados para futuras crisis de salud que requieran capacidad instalada para la producción de vacunas.

El objetivo del proyecto es: *“Contribuir a la generación de capacidades para la producción sostenible de vacunas para garantizar un acceso equitativo y oportuno para los países del PROSUR”*.

El proyecto tiene diferentes componentes: Acuerdos sobre arreglos institucionales para asegurar el acceso equitativo a las vacunas producidas en los países de PROSUR. En este sentido, se propone inicialmente el desarrollo de un Estudio de Diagnóstico que analizará las capacidades e instalaciones productivas existentes, así como las demandas futuras en los países de PROSUR, estableciendo una gobernanza regional, análisis de pre-factibilidad, estableciendo una hoja de ruta estratégica con los países. compromisos para implementar las medidas identificadas en el análisis de pre-factibilidad, que analizará las condiciones propicias para el desarrollo de plataformas tecnológicas para la producción de vacunas. Para que la primera fase se desarrolle en diciembre de 2021, se espera llevar a cabo el Estudio de Diagnóstico y construir acuerdos de gobernanza regional, vinculando los sectores público y privado. En la segunda fase, que se desarrollará de enero a diciembre de 2022, se llevará a cabo el análisis de pre-factibilidad y la construcción de una hoja de ruta. En el marco del proyecto, consta que será promovido por Colombia (Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia, APC-Colombia; Ministerio de Salud, Ministerio de Comercio,

Ministerio de Relaciones Exteriores y Sector Privado), por Perú (Ministerio de Salud, Ministerio de Comercio y Relaciones Exteriores y Sector Privado) y por Brasil (Ministerio de Salud, Ministerio de Comercio y Relaciones Exteriores y Sector Privado); y contará con el apoyo del BID como ejecutor y administrador y la asistencia técnica de la OPS.

El proyecto destaca la necesidad de crear sinergias con el sector privado para desarrollar una red de producción y ampliar las capacidades de inmunización existentes. Se mapeará la capacidad técnica y productiva de las empresas privadas de la región para producir vacunas, analizando y evaluando las cadenas productivas existentes, identificando proyectos de investigación y desarrollo de empresas privadas en ALC y su avance, así como identificando fuentes de transferencia de tecnología.

Destacase la necesidad de crear sinergias con el sector privado para desarrollar una red de producción y ampliar las capacidades de inmunización existentes. Se mapeará la capacidad técnica y productiva de las empresas privadas de la región para producir vacunas, analizando y evaluando las cadenas productivas existentes, identificando proyectos de investigación y desarrollo de empresas privadas en ALC y su avance, así como identificando fuentes de transferencia de tecnología. Se busca proponer un modelo de negocio que detalle la viabilidad financiera de las nuevas instalaciones. Para su financiamiento, US \$ 500.000 serán aportados por la Agencia Presidencial para la Cooperación APC-Colombia, y los países no tendrán que aportar recursos financieros para esta fase de pre-factibilidad y diseño de hoja de ruta.

A continuación, presentamos un cuadro síntesis donde comparamos la iniciativa del PROSUR, con la ya mencionada de la CELAC

Cuadro 8 - Iniciativas de producción de vacunas y medicamentos sub-regionales

	PROSUL	CELAC
Nombre	<i>Proyecto de Escalamiento de Capacidades de Inmunización en los países del PROSUR</i>	<i>Lineamiento y Propuesta para un Plan de Auto Suficiencia Sanitaria para América Latina y Caribe</i>
Justificativa	<p>La región ha tenido problemas para obtener las vacunas Covid-19.</p> <p>Vacunar a la población para asegurar su salud y acelerar la reactivación económica y social de nuestros países.</p> <p>Estar preparado para futuras crisis de salud requiere capacidad instalada en la región para producir vacunas</p>	<p>La pandemia ha puesto de relieve la vulnerabilidad y los desafíos de ALC.</p> <p>La región fue una de las más afectadas por Covid-19. La situación crítica lleva a reevaluar sus estrategias y políticas públicas y reasignar prioridades en relación a sus capacidades productivas, tecnológicas y de salud.</p>

		La CEPAL elaboró la propuesta a solicitud de la presidencia de la CELAC.
Objetivo	Contribuir a la generación de capacidades para la producción sostenible de vacunas y garantizar el acceso equitativo y oportuno para los países PROSUL.	Contribuir a la autosuficiencia regional en salud, mediante una inversión considerable en recursos de mediano y largo plazo, generando capacidades en sectores o áreas muy débiles o, en ocasiones, inexistentes, como es el caso de las vacunas de ARN mensajero.
Componentes	<p>Estudio de diagnóstico: análisis de las capacidades e instalaciones de producción existentes, así como la demanda futura de vacunas en los países de PROSUL.</p> <p>Gobernanza regional: Acuerdo sobre arreglos institucionales para asegurar el acceso equitativo a las vacunas producidas en los países miembros.</p> <p>Análisis de viabilidad: condiciones para el desarrollo de plataformas tecnológicas para la producción de vacunas.</p> <p>Hoja de ruta estratégica: compromiso de los países para implementar las medidas identificadas en el análisis preliminar de viabilidad.</p>	<p>i) Fortalecer los mecanismos internacionales de compra conjunta de vacunas y medicamentos esenciales.</p> <p>ii) Utilizar mecanismos de compra pública de medicamentos para el desarrollo de mercados regionales.</p> <p>iii) Crear consorcios para el desarrollo y producción de vacunas.</p> <p>iv) Implementar una plataforma regional para ensayos clínicos.</p> <p>v) Aprovechar las flexibilidades regulatorias para acceder a la propiedad intelectual.</p> <p>vi) Fortalecer los mecanismos regulatorios de convergencia y reconocimiento.</p> <p>vii) Fortalecer los sistemas primarios de salud para el acceso universal a las vacunas y su distribución equitativa.</p> <p>vii) Identificar los principales actores y evaluar las capacidades regionales de investigación, desarrollo y producción de la industria farmacéutica.</p>
Actores Involucrados	<p>Colombia: Agencia de Cooperación Presidencial-APC; Ministerio de Salud; Ministerio de Comercio; Relaciones Exteriores y Sector Privado.</p> <p>Perú: Ministerio de Salud; Ministerio de Comercio; Ministerio de</p>	<p>CEPAL, con la ayuda de un comité de expertos.</p> <p>Presidencia mexicana pro tempore de la CELAC.</p> <p>La gobernanza para su implementación</p>

	<p>Relaciones Exteriores y Sector Privado.</p> <p>Brasil: Ministerio de Salud; Ministerio de Fomento, Industria y Comercio Exterior; Ministerio de Relaciones Exteriores.</p> <p>BID (Ejecutor) OPS (Asesor Técnico)</p>	<p>no está clara.</p> <p>Serian beneficiarios los países miembros de la CELAC.</p> <p>Brasil se ha retirado de la iniciativa</p>
Financiamiento	<p>500.000 dólares estadounidenses aportados por la Agencia de Cooperación Presidencial - APC de Colombia.</p>	<p>El Plan indica que el principal mecanismo de movilización será la inversión de empresas públicas y privadas, con capital nacional o extranjero. Esto requiere de un impulso coordinado para promover la creación de negocios y la expansión y diversificación de las empresas existentes, ósea, políticas industriales y tecnológicas.</p>
Riesgos	<p>El PROSUL es una iniciativa construida en sustitución / oposición a la UNASUL.</p> <p>La Argentina ya ha dejado de participar y no está claro que pasará con Bolivia y el Perú a la luz de los cambios presidenciales.</p>	<p>Por tratarse de un Plan elaborado <i>ad hoc</i> por la CEPAL, se corre el riesgo de que permanezca en un documento sin avanzar en su implementación práctica.</p> <p>La falta de una gobernanza en salud de la CELAC limita las posibilidades de implementación del Plan, pudiendo permanecer en una expresión de deseo de naturaleza política.</p> <p>La falta de financiamiento puede ser el riesgo principal.</p>

Fuente: construcción propia a partir dos documentos do PROSUL y de la CELAC

Red Regional de Observatorios en Salud con Perspectiva en Migración

La propuesta presentada por Colombia plantea la creación de una Red Regional de Observatorios con perspectiva en migración como mecanismo de articulación, coordinación e intercambio de experiencias entre los países PROSUL, para el fortalecimiento de la respuesta y toma de decisiones en materia de política pública, para proteger a los migrantes y garantizar el derecho a la movilización en condiciones dignas, así como el seguimiento a las metas

propuestas en el Pacto Mundial sobre Migración.

Su objetivo general es: *Promover la generación de conocimiento, a través del acceso de la información, análisis, intercambio de conocimientos y experiencias que apoyen la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas regionales, en respuesta a las prioridades de la población migrante* (PROSUR-PPT Chile. Informe de Gestión, 2020)

Sus objetivos específicos son:

1. Identificar brechas de información y necesidades de investigación en materia de migración y salud.
2. Establecer análisis comparativo como instrumento de conocimiento para evaluar distintos contextos de la migración entre los países miembros de PROSUR.
3. Promover la apropiación del conocimiento en migración y salud a través del Intercambio de información y divulgación de experiencias que permita fortalecer la construcción, implementación de programas y estrategias para el abordaje de la población migrante.
4. Monitorear y evaluar políticas públicas regionales de protección de salud para los migrantes mediante el trabajo colaborativo en red.

La Red Regional de Observatorios contribuirá al intercambio, análisis y difusión de la información mediante un trabajo colaborativo que permita fortalecer las capacidades de respuesta mediante la construcción de políticas públicas regionales para la protección de la salud de la población migrante.

La Red propone para su operación y funcionamiento **un Comité técnico** con representantes de los países PROSUR, cuya finalidad será establecer los mecanismos para el análisis, transferencia del conocimiento y la colaboración institucional, como insumo para la identificación de necesidades y toma de decisiones en clave de política pública. El Comité Técnico definirá el plan anual de trabajo para el desarrollo de las actividades de la red regional de observatorio en salud con perspectiva en migración que conformen la red; generará propuestas, recomendaciones y sugerencias frente al análisis, transferencia del conocimiento y la colaboración entre los observatorios que hacen parte de la red; identificará necesidades de investigaciones sobre temas que impacten positivamente en la salud de la población migrante; y presentará recomendaciones de política que permitan orientar las acciones en pro de la garantía del derecho a la salud.

Las presidencias Pro Témporte de Chile y luego de Colombia han tratado de traccionar propuestas para que el PROSUL tenga una presencia en el contexto pandémico. El bloque cuenta con limitaciones en cuanto a no quedar claro los mecanismos decisorios y la

apropiación de los países de estas iniciativas. Al tratarse de una iniciativa, con carácter ideológico, que fue construida en reacción a la UNASUR, los cambios de signos políticos de algunos de sus Estados miembros como Argentina y Bolivia, están planteando la diáspora de esta iniciativa de integración, quitándole carácter estratégico a sus propuestas. Ominami (2021) señala que aun cuando PROSUR ha tenido un aporte técnico de instituciones de prestigio como el BID-INTAL. Analizando el Informe de gestión del PROSUR, señala no permite identificar en ninguna de las áreas prioritarias algún resultado concreto relevante. El referido autor afirma “las «acciones comunes» para enfrentar la pandemia son inexistentes “y que en “en el campo sanitario cada país ha debido valerse con sus propios medios. No hay registro de ninguna cooperación relevante entre países” (Ominami, C.2021: 161). Analizando las adquisiciones de vacunas de los países, afirma que “no hay indicios de acciones comunes para comprar insumos médicos”

8.3 CONSIDERACIONES FINALES

La Covid-19 ha expuesto tanto los crecientes desafíos que enfrentan las instituciones multilaterales como la centralidad de estas instituciones para encontrar soluciones comunes a problemas globales como es una pandemia. La pandemia del coronavirus nos plantea la necesidad de articular, aún más, lo regional como el nivel intermedio entre lo nacional y lo global, para dar respuestas eficaces a los problemas transfronterizos y globales que, como en el caso de la salud, requieren de estrategias concertadas en la medida en que las políticas y decisiones gubernamentales nacionales pueden ser ineficaces si no se articulan con otros actores y niveles.

El coronavirus representa una amenaza para la salud de la región y es un claro síntoma de la necesidad de la diplomacia y la cooperación para abordar un desafío de salud que va más allá de las fronteras de cada uno de los países. Si bien se han analizado las medidas que han sido formuladas por los procesos de integración regional en América del Sur, muchas de ellas han tenido un carácter muy enunciativo, antes que operacional para afrontar el desafío de la pandemia. Aun cuando tienen un carácter que las remite a territorios o regiones en común, las medidas propiciadas no conversan entre sí, se duplican (debilitándose mutuamente) y esto responde, en cierta medida, por las grandes diferencias ideológicas entre los Jefes de Estado y de Gobierno de los países de la región.

Sin embargo, el alto impacto de la pandemia nos induce a señalar que el espacio regional y subregional tendrían que constituir una importante instancia para la cooperación

y la diplomacia de la salud. Requiere la búsqueda de respuestas regionales, más allá de su mera enunciación, que sean consensuadas y operacionalizadas por medio del liderazgo de los países de la región y por ende con una consecuente profundización de la cooperación en salud, articulando iniciativas entre la CELAC, PROSUR, MERCOSUR, Comunidad Andina e incluso alineadas con la OPS, reforzando la gobernanza regional en salud.

El nivel regional resulta necesario tanto para afrontar la pandemia y otros problemas de salud, así como para abordar la mitigación de los efectos sociales y económicos de la pandemia, permitiendo un accionar colectivo para afrontar el coronavirus y futuros eventos con potencial pandémico.

Hay mecanismos de integración de naturaleza económica, como es el caso del MERCOSUR, guiados por la integración comercial y la creación de un mercado común, ya desde sus inicios han avanzado en el desarrollo de una dimensión social, con ámbitos de gobernanza propios vinculados a la salud, que permiten desarrollar normas o recomendaciones de suma utilidad para el abordaje de la pandemia.

La creación de ámbitos específicos de gobernanza vinculados a la salud, con reglas de juego claras para su funcionamiento, regularidad en sus reuniones y claridad en los procesos de toma de decisión permiten el intercambio de experiencias e información en relación a la pandemia y otros temas o desafíos de salud que permiten oportunidades para la elaboración de respuestas y políticas conjuntas a nivel regional.

La realización de reuniones de estos ámbitos de gobernanza con una regularidad más o menos estable, plantea ámbitos para el intercambio de información, experiencias y para articular políticas o estrategias comunes, abriendo un espacio para la socialización y aprendizaje y el fortalecimiento de las capacidades del Estado para abordar desafíos comunes y que muchas veces se requieren de soluciones coordinadas como la pandemia.

9 LA ESTRATEGIA DE REDES ESTRUCTURANTES EN LA COOPERACIÓN Y LA RESPUESTA A LA PANDEMIA DE LA COVID-19^{xix}

Este capítulo presenta las principales redes estructurantes en salud que operan en América Latina y sus iniciativas para promover el intercambio de experiencias sobre estrategias articuladas para combatir la Covid-19 en los países de la región, con la participación de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), en el contexto del primer año de la pandemia (2020).

9.1 LOS CONCEPTOS DE RED Y COOPERACIÓN ESTRUCTURANTE EN SALUD

El concepto de Redes se viene utilizando desde hace algún tiempo en el área de la salud con diferentes significados. En general, el término puede usarse en situaciones donde es posible identificar interacciones o intercambios entre diferentes miembros, los nodos de la red, para enfrentar desafíos comunes. Las redes pueden ser de personas o instituciones. Sin embargo, en última instancia, es a través de las personas que las instituciones que componen una red están conectadas.

En el caso de Fiocruz, se trata de conectar personas o instituciones que no son "*en sí mismas*", sino como "*redes para*" o "*redes intermedias*" (Rovere, 1998), que buscan dar una

xix El presente capítulo ha sido publicado como Artículo como como primer autor: Tobar, S; Rosenberg, FJ; DA Silva, AP; Souza, RMP; Burger, P; Nascimento, B; Amarante, F; Ruela, HC, "A Estratégia de Redes Estruturantes na Cooperação Internacional da Fiocruz: América Latina e CPLP". Como puede observarse el artículo original abordaba las redes de cooperación de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa, que se ha retirado a los fines de los objetivos de la presente tesis. El Artículo esta publicado en Publicado em Buss, P. & Fonseca, L. (ORG.) "Diplomacia da Saúde e Covid-19: Reflexões a Meio Caminho". Rio de Janeiro: Observatório Covid 19 Fiocruz. Editora FIOCRUZ. 2020. series. ISBN: 978-65-5708-029-0. Pags. 281-302. Disponible en: <http://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-9786557080290-09.pdf> . Acesso em setembro de 2021.

mejor respuesta a determinados problemas de salud pública. sistema de salud, proporcionando acción colectiva.

El trabajo en red permite que diferentes actores pertenecientes a instituciones se unan voluntariamente, permitiendo su articulación y posibilitando el intercambio y conjugación de esfuerzos, experiencias y conocimientos para lograr objetivos o problemas comunes. Se caracteriza por la adaptabilidad de los miembros de las redes, por la flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y espontaneidad de las relaciones que se establecen entre ellos.

En este sentido, la noción de red está estrechamente relacionada con las relaciones o vínculos entre los actores que pertenecen a las instituciones. La conexión entre los miembros de la red tiene como finalidad poder desarrollar actividades comunes, buscar la consecución de determinadas metas o solucionar problemas, lo que hace que constituyan una identidad común. Así, el *interés común* entre personas o instituciones es fundamental para poder "involucrar" a los participantes de la red.

Las personas o instituciones se "*enredan*" o construyen redes a partir de esfuerzos conjuntos o cooperan a partir del valor de la heterogeneidad entre ellos para el beneficio conjunto. Una Red implica conectar personas e instituciones dentro de una heterogeneidad. Entonces, construir redes implica asumir heterogeneidad, lo que nos permite imaginar una heterogeneidad organizada (Rovere, 1998).

Buscando un proceso de cooperación más adecuado para los países en desarrollo, la Fiocruz viene impulsando, desde 2009, una modalidad de cooperación denominada "*cooperación estructurante en salud*". Esta modalidad incorpora una planificación estratégica enfocada a las realidades nacionales de cada país o institución, entendiéndolos como "*socios*", descartando la concepción tradicional de donantes y receptores de cooperación. Esta perspectiva deja de lado los programas de ayuda vertical (intervenciones enfocadas en enfermedades o problemas específicos), adoptando un enfoque horizontal, orientado al desarrollo integral de los sistemas de salud.

Esta nueva perspectiva enfatiza el largo plazo y el desarrollo de capacidades en los países a través del fortalecimiento de las "*instituciones estructuradoras*" de los sistemas de salud para que adquieran un liderazgo genuino en los procesos nacionales; permite avanzar hacia la salud universal; busca establecer un equilibrio entre acciones específicas orientadas a la solución de problemas inmediatos con la generación de conocimiento y el desarrollo de capacidades institucionales nacionales sostenibles; incorpora en la cooperación en salud la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y las acciones intersectoriales; y prioriza

los programas de salud pública (centrados en la población) sobre los programas y actividades dirigidos estrictamente a las personas.

En el marco de la extinta Unasur, la Fiocruz ha impulsado la creación de varias redes encaminadas a superar las debilidades de los componentes dominantes de la cooperación, las cuales están orientadas al desarrollo institucional de los sistemas de salud de los países socios. Estas acciones buscan conjugar *“intervenciones específicas para la construcción de capacidades locales y la generación de conocimiento, promoviendo el diálogo entre los actores, a fin de permitirles asumir un rol protagónico en el liderazgo de los procesos del sector salud y promover la formulación autónoma de una agenda para el desarrollo de sector”* (Almeida et al., 2010: 28). Se trata, por tanto, de apoyar el desarrollo del sistema de salud en sus diversas dimensiones, buscando implementar sistemas basados en derechos, con universalidad, integralidad, calidad y equidad.

Varios autores (Franco, 2006; Souza & Costa, 2019) señalan a las redes como potencialmente capaces de construir sujetos dispuestos y capaces de transformar la realidad. La vida cotidiana de las prácticas de salud se caracteriza por flujos permanentes operacionales, políticos, comunicativos y simbólicos, los cuales, incorporados en una red, atribuyen a los trabajadores la idea de pertenencia entre sí y entre trabajadores con equipos de salud, así como a una red más grande que opera conectando transmisiones con otras computadoras y usuarios.

El trabajo en red permite que diferentes grupos de actores sociales y políticos resuelvan problemas comunes, constituyendo una estrategia organizacional para compartir recursos, prácticas y conocimientos entre instituciones con el fin de maximizar la efectividad y eficiencia de sus acciones.

Con la suspensión de Unasur, auspiciada por los gobiernos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Chile, Perú y Paraguay, se perdió un importante espacio político y sanitario regional en América del Sur, en un momento de la pandemia Covid19, enfermedad que llama a cuestionar toda la estructura de gobernanza mundial, regional y nacional en materia de salud y donde la cooperación mutua es muy necesaria.

9.2 LA RED DE ESCUELAS Y CENTROS FORMADORES EN SALUD PÚBLICA DE AMÉRICA LATINA

Con la disolución de Unasur, la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca y el Centro de Relaciones Internacionales en Salud FIOCRUZ realizaron negociaciones con la

Coordinación del Programa Subregional para América del Sur de la OPS / OMS, proponiendo la redefinición del Red de Escuelas y Centros Formadores en Salud Pública -RESP/Unasur en una nueva Red.

El 31 de mayo de 2019 se realizó la primera reunión de propuestas para la organización de una nueva Red Latinoamericana en el área de formación en salud pública, que consideraría los logros alcanzados en años anteriores por la red anclada en Unasur, privilegiando y manteniendo articulaciones que nacieron entre instituciones y personas durante los años de funcionamiento de RESP-Unasur. En este primer momento, se contó con la participación de instituciones de Argentina, Brasil, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay. Posteriormente, en diciembre del mismo año, se fundó oficialmente la nueva Red de Escuelas y Centros de Capacitación en Salud Pública de América Latina (RESP-AL) en el marco del III Coloquio Latinoamericano de Capacitación en Salud Pública. Instituciones de 11 países firmaron el Acta de Fundación. Además de los participantes en el primer encuentro, se sumaron instituciones de Bolivia, Chile, Costa Rica y Cuba.

La creación de una Red Latinoamericana considera los desafíos de la educación de pregrado y posgrado en salud pública en los países de la región, proponiendo estrategias de intercambio de experiencias y conocimientos y compartiendo acciones encaminadas a fortalecer las estrategias de formación en cada país. Con la propuesta de que todos los países miembros formen sus Redes Nacionales, como ya es el caso de Argentina, Brasil, Chile y Perú, esta iniciativa se configura como una "*red de redes*", proponiendo organizar, en los casos apropiados, redes para convocar instituciones. a nivel Nacional.

Cada una de las instituciones que forman parte de la red se encuentra inmersa en un determinado contexto económico, político, cultural, epidemiológico, de salud y en la historia y estructura de los sistemas de salud de sus países y, a partir de ellos, desarrolla sus funciones de investigación, desarrollo, innovación, educación, así como en cooperación y acción comunitaria.

Uno de los aspectos fundamentales en la conformación de redes es la comunicación, entendida como crucial para el desarrollo de una "*cultura de grupo*", lo que también ayuda a crear un sentido común de realización (Gocan & Laplante, 2014). En este sentido, la RESP-AL ha invertido en diversas iniciativas para proporcionar una comunicación dinámica entre los diversos países, instituciones y profesionales involucrados, como grupos de e-mail e WhatsApp, además de la elaboración de un website (<http://www.respal.ensp.fiocruz.br/>). En el contexto de la Pandemia de Covid-19, la fluidez en el diálogo y las interacciones constantes han sido fundamentales, como intercambios en tiempo real de informaciones políticas,

sociales, epidemiológicas de cada país representados en la Red, además de debates y reflexiones en torno de la coyuntura, de los desafíos y de las lecciones aprendidas.

Ejemplo concreto de la articulación promovida en el ámbito de la RESP-AL fue la Declaración Conjunta sobre la Pandemia de Covid-19, en que sus miembros manifestaron la preocupación con el escenario de algunos países en relación al aumento de la epidemia, mientras que algunos gobiernos priorizan la reanudación de la producción, en detrimento de la salud. La declaración enfatiza la importancia del distanciamiento social combinado con políticas sociales gubernamentales como el ingreso mínimo; y Atención Primaria como estrategia de salud pública universal, integral y equitativa (RESP-AL, 2020).

Por medio de la articulación en red, las instituciones participantes de la RESP-AL han desarrollado una importante actividad on-line, como debates y seminarios sobre temas esenciales en el contexto de la pandemia de Covid-19, sea por medio de las Redes Nacionales de Formación en Salud Pública, como por ejemplo la brasilera -RedEscola, la chilena, la peruana y la argentina, sea por medio de la propia Red Latinoamericana. En una reunión virtual, los miembros de la RESP definieron temas prioritarios a partir de sus vivencias concretas, para el debate conjunto, en un conjunto de webinarios. En este contexto fue realizado un seminario virtual sobre “*Vacunas para la Covid-19 como Bienes Públicos Globales*” en una alianza estratégica con otras redes, como la Red de Educación de Técnicos en Salud-RETS y la Red de Institutos Nacionales de Salud- RINS.

9.3 LAS REDES DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Los Institutos Nacionales de Salud Pública (INSP) son organismos científico-técnicos especializados del Estado que desempeñan funciones críticas en salud pública como son la vigilancia, detección y seguimiento de enfermedades; investigación y control de brotes; análisis de información para apoyar la formulación de políticas; buscar; formación de recursos humanos; promoción de la salud y ciencias de laboratorio. Por su carácter científico, los INSPs son fuentes confiables de asesoría para los niveles políticos y de toma de decisiones, con una misión de largo plazo ligada al logro de decisiones autónomas y soberanas, basadas en las realidades de sus respectivos países y regiones.

Con base en estas funciones, críticas para la estructuración de sistemas de salud sólidos, la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI) fue creada en 2006, en Río de Janeiro, por 39 miembros fundadores, incluyendo, entre otros, la salud pública brasileña. institutos (Fiocruz); Finlandia (Instituto Nacional de Salud de

Finlandia-KTL); Portugal (Instituto de Higiene y Medicina Tropical-IHMT) y EE. UU. (Centro de Control de Enfermedades-CDC), con una subvención inicial de 20 millones de dólares de la Fundación Bill & Melinda Gates a través del Instituto de Salud Global de la Universidad de Emory. A fines de 2019, IANPHI tiene 114 instituciones miembros en 99 países, que cubren una población de más de 5 mil millones de personas.

La prioridad de IANPHI es fortalecer los sistemas nacionales de salud mediante el establecimiento y desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud Pública. Basándose en la colaboración entre sus institutos miembros, otras instituciones miembros y plataformas de cooperación técnica entre pares, la IANPHI apoya a los países de escasos recursos en el establecimiento de sus respectivos institutos.

Durante la epidemia, IANPHI ha realizado seminarios web específicamente para sus institutos miembros. Los eventos presentaron las experiencias de los Institutos Nacionales de Salud Pública de Italia, Corea, China y África Occidental en la lucha contra el COVID, así como temas estratégicos como la reducción de las medidas de encierro en Europa, instrumentos para predecir la evolución de la pandemia y la movilización de ciencias del comportamiento durante una emergencia.

En los últimos años, IANPHI ha promovido el establecimiento de Redes Regionales con el objetivo de fortalecer la cooperación regional, facilitar el apoyo mutuo y la asistencia técnica, y fortalecer sus respectivas capacidades. La Asociación tiene cuatro redes regionales: África; Asia; Europa; y América Latina y el Caribe, este último particularmente activo durante la pandemia.

La Fiocruz participa y coordina dos redes internacionales de institutos nacionales de salud pública: la Red de Institutos de la Comunidad de Países de Lengua portuguesa (RINSP / CPLP) y la Red Regional para América Latina y el Caribe (Rede IANPHI Latam / RINS-UNASUR). Ambos fueron creados hace aproximadamente una década con el objetivo de fortalecer las estructuras científicas y técnicas del Estado que reduzcan la dependencia externa y consoliden soluciones soberanas a los problemas de salud nacionales, regionales e internacionales, a través de un esfuerzo conjunto de pares.

9.3.1 RINS- UNASUL e Rede IANPHI-LatAm

Dependiendo del Consejo Suramericano de Salud, también existía la Red Sudamericana de Institutos Nacionales de Salud Pública - RINS-UNASUR, establecida en

2010 bajo la coordinación del INS peruano y con la Fiocruz actuando como su secretaria ejecutiva.

El principal objetivo de RINS-Unasur fue cooperar entre sí para la creación y consolidación de los Institutos Nacionales de Salud de todos sus países miembros, realizando reuniones presenciales periódicas y realizando misiones de cooperación técnica, principalmente en el campo de planificación estratégica.

Como consecuencia de la ruptura de la mayoría de gobiernos de la Región con Unasur en 2018, su red de institutos dejó de funcionar como tal. Sin embargo, continuó constituyéndose desde fines de ese mismo año, cuando la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI) creó la Red Regional de América Latina y el Caribe bajo la coordinación de Fiocruz, la red IANPHI LatAm que, con la aparición de la pandemia, adquirió una mayor presencia analizando y debatiendo aspectos importantes del papel de los Institutos en su lucha.

Esta red está conformada por los Institutos de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú y Venezuela, además de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA).

9.4 LAS REDES DE INSTITUTOS FRENTE A LA PANDEMIA DE LA COVID-19

La pandemia impulsó los encuentros virtuales entre sus miembros, que han servido para discutir diversos temas priorizados por ellos.

En cuanto al uso de la genómica, se evidenció que el acceso a esta tecnología se limita solo a países de mayor desarrollo económico, los cuales han logrado realizar mapas genómicos completos de diversas cepas que circulan en sus países y en algunos de los demás países de sus respectivos países. redes. A través de este mecanismo, fue posible identificar diferentes orígenes de la introducción y distribución interna del virus y evaluar potenciales mutaciones genéticas con evidentes potenciales consecuencias en el desarrollo de vacunas y en la predicción de variaciones en el curso del desarrollo de la gravedad de la enfermedad.

La discusión sobre el uso de pruebas serológicas destacó una vez más la gran inequidad que existe entre los diferentes países que integran ambas redes. Si bien existe un consenso entre todos los científicos de que estas pruebas solo deben usarse para encuestas de población, y no se recomienda su uso para el diagnóstico individual, algunos países que tienen serias dificultades presupuestarias para acceder a las pruebas moleculares recomendadas para

este propósito, han desarrollado estrategias algorítmicas. utilizar pruebas serológicas como indicadores preliminares y pruebas moleculares solo para confirmación.

En cuanto al papel de los Institutos en atención primaria para combatir la pandemia, lamentablemente, la respuesta de la gran mayoría de ellos es bastante reducida.

Otros temas propuestos para los próximos encuentros son, entre otros: el acceso a vacunas y otros medicamentos como bienes públicos comunes, el papel de los institutos en la prevención y control de desastres naturales y desigualdades

Con la intención de incrementar la interacción entre las regiones y sus redes, la Fiocruz ha impulsado la creación de una subred en el ámbito de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica - OTCA, consolidando su vínculo con la Red del Organismo Andino de Salud - ORAS- CONHU. La intención ha sido poner el foco en el bioma amazónico, como un área susceptible al surgimiento de otros posibles virus con potencial pandémico y crear capacidades para la vigilancia e investigación.

Asimismo, considerando que el espacio iberoamericano resulta apropiado para la cooperación y mancomunar esfuerzos, se ha creado la Red Iberoamericana de INS, que agrupa a los Institutos de Portugal y de América Latina, además de incorporar el Instituto Ricardo III de España, promoviendo interacciones e intercambio entre las instituciones de la red.

Uno de los temas que se ha propiciado desde las redes, ha sido el seguimiento genómico de variantes de virus, incluyendo la elaboración de una propuesta. gran importancia. de la cooperación financiera de la Fundación Rockefeller, que, lamentablemente, no tuvo éxito. También se abordaron temas como el acceso a vacunas y medicamentos contra Covid-19 y el papel del INS en el control de la pandemia.

9.5 LA RED INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD (RETS)

La Red Internacional para la Formación de Técnicos en Salud (RETS) representa un vínculo entre instituciones y organizaciones involucradas en la formación y calificación del personal técnico en el área de la salud. Su misión es fortalecer los sistemas nacionales de salud, partiendo del supuesto de que la calificación de los trabajadores es una dimensión fundamental para la implementación de políticas públicas de salud que atiendan las necesidades de las poblaciones.

La RETS, creada en 1996, con la Escuela de Salud Pública de Costa Rica como Secretaría Ejecutiva, funcionó hasta 2001, cuando fue desactivada. En septiembre de 2005,

con el traslado de la Secretaría Ejecutiva a la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV / Fiocruz), que se había convertido en 2004 en Centro Colaborador de la OPS / OMS para la Formación de Técnicos en Salud, la Red se reactivó y hoy cuenta 122 miembros de 20 países, incluidas instituciones educativas, organismos gubernamentales, organizaciones multilaterales y asociaciones profesionales.

A fines de 1995, coordinado por la OPS / OMS, se llevó a cabo un amplio estudio de la situación de la formación de personal técnico en salud, que reunió a 70 centros en 16 países del continente americano. La investigación identificó numerosos problemas, entre los que destacan serias deficiencias en los procesos de planificación de recursos humanos, falta de información sistematizada sobre la formación y el trabajo de estos profesionales y planes de estudio desactualizados. La construcción de una red internacional para la formación de técnicos en salud se definió como una prioridad, considerándose una vía importante para potenciar el conocimiento y la experiencia acumulada y fomentar el crecimiento de diferentes grupos, ya sean docentes, investigadores o prestadores de servicios de salud. Los objetivos de la Red son:

- ✓ posibilitar la cooperación técnica y la colaboración entre los miembros en el área de capacitación y desarrollo del personal técnico de salud;
- ✓ difundir la información resultante de las investigaciones sobre los trabajadores de este nivel con el fin de fortalecer su desarrollo y los servicios de salud en los que participan;
- ✓ potenciar la acumulación de conocimientos, estimulando la integración y el crecimiento de grupos de profesores, investigadores, planificadores, administradores y proveedores de servicios;
- ✓ promover el crecimiento y fortalecimiento de sus órganos organizativos y fomentar la captación de recursos financieros para asegurar su sostenibilidad;
- ✓ identificar las necesidades educativas y formativas, así como otros requisitos básicos de las distintas especialidades técnicas existentes.

9.5.1 La RETS-Unasul: uniendo esfuerzos para fortalecer la formación de técnicos en salud

En mayo de 2009, la aprobación del Plan Estratégico de Cooperación en Salud de la CPLP fue el punto de partida para la creación, en diciembre del mismo año, de la Red de Escuelas Técnicas en Salud de la CPLP (RETS-CPLP). Fue también una ocasión en la que se

creó la Red de Escuelas Técnicas de Unasur (RETS-Unasur), cuyo origen está relacionado con la creación del entonces Consejo Suramericano de Salud y la Agenda Suramericana de Salud, establecida en diciembre de 2008. En ese momento, ambas redes se formaron como subredes de RETS, que ya está ampliamente consolidada.

En la IV Reunión General de la RETS, celebrada en noviembre de 2018, en Río de Janeiro, y con la extinción de Unasur, los integrantes de la Red decidieron establecer, además del Plan de Trabajo de la Red y su Plan de Comunicación, un Plan de Acción Regionalizado para América Latina.

9.5.2 La RETS e a pandemia de Covid-19: comunicación permanente entre los miembros

En la reunión de noviembre de 2018, los planes de trabajo aprobados ya habían previsto el incremento del uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) para fortalecer el trabajo de la Red. En este sentido, fueron intensificadas tanto las acciones de comunicación con el público externo, por medio del website de la RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), de sus redes sociales – Facebook, Twitter, Instagram y YouTube – y de su boletín electrónico quincenal, como en cuanto a la comunicación interna, entre los miembros de la Red, por medio del informe trimestral de la Secretaria Ejecutiva e de grupos de Whatsapp.

Estas iniciativas resultaron fundamentales en el contexto de la pandemia, ya que acabaron aportando un incremento de las acciones que se estaban llevando a cabo, pero también la posibilidad y la necesidad de pensar en mantener la Red en un escenario futuro de escasos recursos económicos. y posibles dificultades para realizar actividades presenciales.

La primera acción definida fue la creación de un grupo específico de WhatsApp para discutir aspectos de la pandemia en América Latina. Desde entonces, el 22 de mayo de este año se realizó el 1er Encuentro Virtual de RETS para países latino americanos con la presencia de 45 personas (Rets, 2020b). La prioridad fue discutir el tema de la formación de técnicos de salud en el contexto de la pandemia. Los países presentaron los desafíos que enfrentan y comenzaron a discutir nuevas posibilidades de cooperación y la continuidad de acciones ya en marcha.

Según los integrantes, dos grandes problemas son las desigualdades sociales que impiden el acceso de un gran número de estudiantes a las tecnologías de educación a distancia y la imposibilidad de acceder a los servicios de salud para los estudiantes en la etapa de

pasantía. Tales problemas pueden generar un enorme vacío en la formación de los técnicos de salud, con efectos muy negativos en los servicios de salud de la población.

Entre las propuestas aprobadas en las reuniones, cabe destacar:

- ✓ La creación de una página Covid-19 en el sitio web de RETS, para la difusión de materiales producidos sobre Covid-19 y compartidos por miembros de la Red.
- ✓ La organización virtual del 1er Coloquio Virtual Latinoamericano de Educación Interprofesional y Formación de Técnicos en Salud, cuya versión presencial se realizaría en mayo de 2020, en Colombia;
- ✓ La publicación de una Edición Especial Covid-19 de la Revista RETS, en formato electrónico, que cubra numerosos aspectos de la pandemia y su impacto en la formación y el trabajo de los técnicos de salud;
- ✓ Traducción de emergencia de materiales didácticos e informativos de Covid-19 para servir a un mayor número de países. En este sentido, en julio se lanzó la versión en español del folleto “*Directrices para cuidadores domiciliarios de personas mayores en la epidemia de Coronavirus - Covid-19*” (Groisman, 2020) y la posibilidad de traducir la Herramienta de bolsillo a los agentes de salud y cuidadores activo en defensa de la vida en la epidemia de Covid-19 (Leal, 2020) y el “*Manual de Bioseguridad para la Reapertura de Escuelas en el Contexto de Covid-19*” (Pereira, 2020), todos publicados por EPSJV / Fiocruz;

Además de estas actividades, RETS ha buscado incrementar su interacción con otras redes y socios para organizar eventos virtuales sobre numerosos aspectos relacionados con la pandemia, como el webinar “*Vacunas y medicamentos para Covid-19 como bienes públicos globales*” (VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, 2020), celebrada el 30 de julio 2020.

9.5.3 Los desafíos de la formación de técnicos en salud durante la pandemia: una propuesta de cooperación en red

La pandemia Covid-19 generó desafíos inimaginables para el trabajo y la formación de los técnicos de salud, quienes, a pesar de representar una parte importante de la fuerza laboral del sector y han contribuido de manera decisiva a la respuesta de los sistemas nacionales de salud ante el aumento de la demanda de salud en los servicios de atención, permanecen “*invisibles*” la mayor parte del tiempo (CORBO y PRONKO, 2009).

Durante este período de grandes cambios en todos los ámbitos de la vida humana, las instituciones que forman técnicos en salud necesitaban reinventarse, a partir de los cambios necesarios en los procesos de enseñanza-aprendizaje - aspectos pedagógicos y curriculares, prácticas de enseñanza, escenarios de prácticas de profesionalización, uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en una emergencia, entre otros, pero también de cuestiones éticas y normativas que afectan a los campos de la Educación y la Salud.

La falta de evidencia científica para la toma de decisiones al inicio de la pandemia llevó a todos a la “*pandemia común*” y requirió la movilización de un esfuerzo conjunto para combatir la enfermedad y sus consecuencias. Esta convergencia de objetivos, considerada un catalizador para el trabajo en red, incrementó la necesidad de intercambiar experiencias y protocolos entre instituciones y países.

En este contexto, la Red Internacional para la Formación de Técnicos en Salud (RETS) y su subred: la Red Iberoamericana para la Formación de Técnicos en Salud (RIETS), creada en febrero de 2021 - lograron mantener e incluso expandir su desempeño a través de la implementación acelerada de su Plan de Comunicación (RETS, 2018), que brindó una mayor comunicación entre sus miembros con uso intensivo de herramientas más dinámicas. Tales medidas, a pesar de la desigualdad en el acceso a las tecnologías digitales, fortalecieron la interacción entre instituciones y establecieron relaciones más afectivas entre las personas, favoreciendo el trabajo colaborativo.

En 2020 se lanzó, en alianza con la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV / Fiocruz), que es el Centro Colaborador de la OMS para la Formación de Técnicos en Salud, el Ciclo de Talleres “*Los desafíos de la formación de técnicos en salud durante la pandemia*”. El Ciclo de Talleres se caracteriza por ser un virtuoso espacio público de reflexión, que permite, a partir de experiencias concretas vividas por los integrantes de la Red en el enfrentamiento de los desafíos que plantea la pandemia, sistematizar y formular recomendaciones y propuestas sobre diversos temas en el campo. formación de técnicos en salud, orientando las acciones futuras de los afiliados o de la propia RETS.

Programados para realizarse cada 45/60 días, los talleres se realizan con el apoyo del Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fiocruz y se transmiten por el canal de YouTube VideoSaúde Distribuidora de la Fiocruz, en portugués y español, con entrega de un certificado de participación a todos los que lo soliciten. Un resumen de cada taller, videos y presentaciones también están disponibles en el sitio web (www.rets.epsjv.fiocruz.br) y son ampliamente publicitados en las redes sociales de RETS.

Uno de los temas claves analizados ha sido el de las “*Prácticas profesionales*”, que no se pueden realizar por medios virtuales. *¿Cómo afrontaron las instituciones de formación esta dificultad? ¿Qué soluciones se han propuesto para que los técnicos de salud, que juegan roles fundamentales en los sistemas de salud, puedan ingresar al mundo del trabajo bien preparados, especialmente en un momento de tantas demandas? ¿Cómo evitar la reducción de titulados en cursos técnicos y mantener la calidad en la formación?* Estos fueron algunos de los temas debatidos por los participantes.

Otro tema abordado ha sido el del “*Trabajo y la formación docente*”, considerado de extrema importancia en un momento en el que la interacción con los estudiantes debe ser mediada por medios digitales y la práctica docente debe ser radical y urgente reformulada. sin que los profesores estén debidamente preparados para ello. *¿Cómo afrontaron los profesores la reprogramación del calendario escolar y la virtualidad del aula? ¿Qué cambios en el significado de la enseñanza se observaron y qué 'fundamentos' de la formación técnica se desestabilizaron? ¿En qué medida se movilizó a los docentes para reformular los planes de estudio frente a la contextualización radical? ¿Qué nuevos contenidos, estrategias de enseñanza-aprendizaje y procesos de evaluación fueron convocados como efecto de tal contingencia? ¿Qué nuevos requisitos se han hecho necesarios para la formación del profesorado para afrontar las dificultades de aprendizaje y los problemas de salud mental de los estudiantes durante este período?*

Las actividades desarrolladas fueron importantes para la reflexión colectiva, el intercambio de materiales y experiencias entre países con relación a los desafíos de la pandemia, pero es necesario monitorear las acciones implementadas posteriormente para comprender mejor sus repercusiones.

9.6 CONSIDERACIONES FINALES

La falta de información y el gran desafío que generó Covid-19 terminó por ampliar el rol de las redes en modalidades virtuales y una institucionalización progresiva que ayuda a crear nuevas oportunidades para abordar problemas comunes y articular respuestas para la adopción de medidas colectivas, además de contribuyendo al fortalecimiento de las capacidades institucionales para enfrentar los problemas de salud de los países.

La pandemia ha actuado como catalizador del trabajo en red, trayendo nuevos desafíos y oportunidades para este trabajo, permitiendo la adopción de modalidades de trabajo virtual con potencial de cooperación en salud, que aún se puede explorar a mayor escala. También ha

permitido la adopción de modalidades de trabajo virtual con potencial de cooperación en salud, que aún se puede explorar en mayor medida.

La creación de redes puede ser una opción importante para la cooperación técnica, el intercambio de conocimientos y experiencias, la formación, el desarrollo de capacidades y la transferencia de tecnología en condiciones de mayor igualdad de poder y recursos, así como el aprendizaje mutuo y la coordinación de políticas y estrategias de desarrollo entre países socios.

El aprendizaje entre pares, como en el contexto de las redes y la estructuración de la cooperación, representa un enfoque poderoso y flexible para fortalecer las capacidades nacionales y empoderar a todos los participantes en beneficio de la salud pública en su conjunto, y específicamente en el momento actual, para hacer frente a la pandemia del Covid-19.

En este sentido, una lección aprendida es la necesidad de empoderar a los diferentes integrantes de las redes, fomentando su participación e interacción, problematizando sus inquietudes en la búsqueda de soluciones colectivas.

Un desafío es ampliar la sinergia entre las redes existentes, considerando, por ejemplo, que la formación de técnicos en salud, tanto de secundaria como superior, se discute e incluso se lleva a cabo en muchos países que integran las otras redes. En lo que respecta a las subredes, vinculadas a bloques de países y organismos internacionales, el desafío es que esta institucionalización, por ley, efectivamente se lleve a cabo, con beneficio real para todos los involucrados.

En el contexto de las redes, si, por un lado, la rápida expansión del uso de plataformas digitales permitió el fortalecimiento de la dimensión comunicacional/ organizacional, por otro lado, la prioridad indiscutible en la asignación de recursos otorgados a la asistencia en el enfrentamiento al Covid-19 representó una desaceleración en el trabajo efectivo de cooperación entre escuelas e instituciones. En este sentido, la adaptación a los nuevos tiempos requerirá sin duda un reajuste de estos procesos, posibilitando la incorporación de diseños híbridos, la proposición de agendas estratégicas y el establecimiento de agendas y acciones conjuntas que puedan resultar en el fortalecimiento del sistema de formación en diferentes países. y, en consecuencia, de los sistemas nacionales de salud.

A pesar de que la importancia de la Salud Pública ha sido evidente en el contexto de la pandemia, el desafío sigue siendo preguntarnos a quién vamos a formar para afrontar sus consecuencias y afrontar las que están por venir. Apostar por el potencial de las redes para producir conocimiento de carácter democrático es reforzar su valor como bien público

esencial para la adopción de perspectivas decoloniales en las relaciones internacionales y para la construcción de sociedades más justas.

10 GOBERNANZA NACIONAL Y COORDINACIÓN FEDERATIVA EN LA RESPUESTA A LA COVID-19 EN ARGENTINA: CONTENCIÓN INICIAL Y “FATIGA SOCIAL”^{xx}

La Argentina es un país de 45.376.763 habitantes (INDEC, 2020), caracterizado como República Federal presidencialista, en el que las provincias mantienen todo el poder no delegado expresamente al gobierno nacional. Está organizado políticamente en 24 jurisdicciones (23 estados provinciales y la ciudad autónoma de Buenos Aires) y más de 2.200 municipios muy heterogéneos.

El sistema de salud argentino es reconocido como uno de los más segmentados y fragmentados de América Latina, aunque con grados de cobertura e indicadores de salud razonables para los estándares regionales. El país representa un interesante caso de estudio en América Latina por ser económicamente relevante, poblado, federativo y territorialmente diverso, y por haber demostrado, en un primer momento, una capacidad relativamente exitosa

xx El presente texto forma parte presente capítulo del libro: Tobar, S. Governança nacional e coordenação federativa na resposta à COVID-19 na Argentina: contenção inicial e “fadiga social”. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM (orgs). *Políticas e sistemas nacionais de saúde diante da pandemia de COVID-19*. [libro en proceso de evaluación editorial]

para contener la pandemia evitando la saturación de los servicios de salud. Sin embargo, luego de unos meses, Argentina experimentó un cambio significativo en el escenario epidemiológico y a fines de 2020 estuvo entre los países con mayor número de casos confirmados y defunciones en la región, después de Estados Unidos, Brasil y Colombia.

Este capítulo analiza la configuración institucional y la respuesta del sistema de salud argentino frente a la pandemia Covid-19, en el ámbito de la vigilancia epidemiológica y su articulación con la atención de la salud. El análisis se basó predominantemente en fuentes secundarias, con énfasis en consultas de los sitios web del Ministerio de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires de la República Argentina y análisis de documentos y datos oficiales.

10.1 CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD DE LA ARGENTINA

El sistema de Salud argentino es el resultado de una construcción histórica basada en procesos político-institucionales que involucran al gobierno federal, los gobiernos provinciales y los sindicatos. A partir de la década de 1940, la oferta de servicios públicos de salud aumentó debido a la lucha contra las enfermedades transmisibles y a un papel de liderazgo del Estado en la regulación sectorial. En 1949, luego de la reforma de la Constitución de la Nación Argentina, el Secretario de Salud Pública asumió el nuevo papel de Ministerio de Salud (Msal), con responsabilidades de liderar tanto la prestación de servicios como de la formulación e implementación de políticas.

Desde la creación de la cartera, en 1949, hasta la actualidad, el Ministerio pasó por varias configuraciones. Incorporando en momentos las competencias vinculadas al bienestar social, medio ambiente o sufriendo alteraciones en su estatus de Ministerio para Secretaría, en gobiernos civiles y militares.

La Constitución Nacional de 1994, de conformidad con las normativas internacionales de derechos humanos incorporó, explícitamente, el derecho a la salud declarando el derecho de toda la población a usufructuar del más alto nivel posible de salud física y mental (Constitución Nacional 1994, Art.75, Párrafo 22).

El Ministerio de Salud de Argentina es el órgano de conducción del sistema de salud y su objetivo institucional es contribuir a alcanzar el más alto nivel posible de salud para la población del país. En este sentido, es responsable por establecer objetivos y políticas para el sector y su ejecución por medio de planes, programas y proyectos, supervisar la operación de

servicios, establecimientos e instituciones relacionadas a la salud y conducir la planificación general del sector, en coordinación con las 24 autoridades de salud de las provincias. El Ministerio de Salud posee competencias para dictar normas y procedimientos que garanticen la asistencia médica en consenso con las provincias.

El sistema de salud argentino está caracterizado por la segmentación y fragmentación excesiva, expresada en primer lugar en tres grandes subsectores: público, el de la seguridad social u obras sociales y el privado, y, en segundo lugar, en la relación Nación-Provincias. La segmentación o fragmentación del sistema de salud argentino exigen grandes esfuerzos para la gobernanza del sector y para un ejercicio de la autoridad sanitaria que alinee actores diversos en torno de objetivos comunes de salud, lo que aumenta los desafíos de respuesta frente a una situación pandémica.

Esta situación acentúa la heterogeneidad del sistema en lo que refiere a las fuentes de financiamiento, coberturas, co-seguros y co-pagos aplicados; regímenes y órganos de control y supervisión.

La Tabla 5, presenta la población cubierta en el Sistema de Salud Argentino, por tipo de cobertura.

Tabla 1 - Configuración del sistema de salud argentino y tipos de cobertura de la población.

Cobertura Obligatoria en Salud						Cobertura Voluntaria
Subsistema Público			Subsistema del Seguro Social			Subsistema del Sector Privado
Cobertura Universal 44 Millones de Personas (100% población)	Nacional	15,3 millones (CPE)* (34,8%)	Cobertura Seguridad Social (Obligatoria) 27,6 millones (62,7%)	Obras Sociales Nacionales	15,4 millones (35,0%)	Cobertura de Medicina Pre-paga 6 millones (13,6 %)
	Provincial			Obras Sociales Provinciales	7,1 millones (16,1%)	
	Municipal			INSSJP-PAMI	5,1 millones. (11,6%)	
Población con cobertura en salud (Metodología SHA 2011) 42,9 millones (97,5%)**						

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina. (2019). “Cuánto Gasta Argentina en Salud”. Secretaria de Gobierno de Salud. Noviembre de 2019.

* CPE: Población con Cobertura Pública Exclusiva.

** Suma de Población con Cobertura de la Seguridad Social y Población con Cobertura Pública Exclusiva

La fragmentación se desdobra en cada uno de los Sub-sistemas. El Sub-sistema del sector público está compuesto por el nivel nacional, provincial y municipal, sujeto a regulaciones emitidas por diferentes jurisdicciones y dependientes del financiamiento proveniente de diferentes jurisdicciones y dependientes de los impuestos y presupuestos de estas tres esferas. Se trata de un Subsistema de cobertura universal, que atiende principalmente a la población de baja renta. De acuerdo con cálculos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina, 15,3 millones de argentinos tienen solo acceso exclusivamente al Subsistema público que comprenden 5.413 Centros de Atención Primaria de la Salud y 1.271 Hospitales con cobertura en todo o país.

En un país federal como la Argentina, el Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne las autoridades sanitarias de las 24 jurisdicciones (provincias y la ciudad de Buenos Aires), ha sido fundamental para la coordinación de políticas en el sub-sector público. Las reuniones del COFESA son convocadas por el ministro de la Salud Nacional, que formula una pauta sobre consultas realizadas a los Ministerios de las Provincias. Las conclusiones del COFESA constituyen recomendaciones o informes que dan insumos apoyando las respuestas sanitarias de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Frente a la responsabilidad principal de las provincias sobre la salud, el COFESA se ha configurado como instancia de intercambio de experiencias y aprendizaje entre las jurisdicciones. Además, el COFESA es relevante en la articulación inter-sectorial con los Ministerios de Educación, Trabajo y otros consejos sectoriales organizados desde una perspectiva federal, como el Consejo Federal de Educación o el de Desarrollo Social.

El subsistema de la Seguridad Social es organizado en torno de entidades que agrupan a los trabajadores de acuerdo con los ramos de actividad, llamadas *Obras Sociales*. Algunas Obras Sociales tienen proveedores de servicios de salud propios y otras establecen contratos con prestadores terciarizados. Este subsector es financiado por medio de la contribución del 3% del salario de los empleadores y del 5% por los empleados.

Desde la década del 70, el subsistema de la seguridad social fue consolidándose institucionalmente por medio de las Obras Sociales. La Ley N° 18.610 de 1970 tornó obligatoria la afiliación de cada trabajador formal a la Obras Social correspondiente a su ramo de actividad, extendiendo considerablemente la cobertura. La cobertura de la seguridad social por medio de las Obras Sociales fue progresivamente ampliada. En 1971, con la Ley N°19.032, incorporó a la población adulto mayor de los jubilados y pensionados por medio de

creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP, que se lo conoce como PAMI (Plan de Asistencia Médica Integral). Aun cuando el sistema de salud garantice cierta cobertura para toda la población (y, consecuentemente, no es posible afirmar que la cobertura de riesgos a la salud no sea universal), presenta graves problemas de equidad. Aun cuando la protección financiera sea cubierta para todos, ella es hecha de forma diferenciada. Existe un grupo de la población que, debido a su nivel de renta o posición privilegiada en el mercado de trabajo, tiene cobertura múltiple de calidad diferenciada por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada. Por otro lado, un elevado porcentaje de la población no tienen acceso a ningún tipo de seguir y consigue su cobertura gratuita por medio de la prestación pública, estando sujeto a la disponibilidad variable de recursos de hospitales provinciales o municipales, además de eventuales copagos indebidos. El resultado es un sistema altamente ineficiente y desigual en la asignación de recursos con 292 Obras Sociales, que pueden ser de diferentes naturalezas:

- ✓ Obras sociales nacionales (285 en total)- entre ellas el PAMI, que abarca aproximadamente cinco millones de habitantes;
- ✓ Obras sociales provinciales: (una por cada provincia y la ciudad autónoma de Buenos Aires), que cubren 7,1 millones de personas;
- ✓ Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de seguridad (Ejército, Marina, Policía, etc.), cubriendo aproximadamente ochocientas mil personas;
- ✓ Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judiciales, con trescientos y veinte mil beneficiarios.

Las obras sociales sindicales, el PAMI y las obras sociales provinciales, juntas, ofrecen cobertura para cerca de 27,6 millones de personas, de acuerdo con las estadísticas disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud, su órgano regulador.

En 1993, a la luz de las reformas sectoriales de naturaleza neoliberal de la década, fue impulsada la desregulación, buscando aumentar la competencia entre las Obras Sociales de forma de reducir el número de entidades y proponer la libre elección de la población de la entidad de la cual recibirá los servicios. En este sentido, fue establecido una canasta básica de beneficios, denominada Programa Médico Obligatorio- PMO, que todas las Obras Sociales tiene que garantizar.

El PMO supone una estrategia de organización de los servicios de salud que ha sido muy útil (OPS, 2017), a pesar del impacto de la crisis económica que el país vive y de la necesidad de actualizarlo. El Programa incluye consultas médicas, actividades diagnósticas,

rehabilitación, hemodiálisis, cuidados paliativos, prótesis y órtesis, internaciones, cuidados en salud mental, transferencias, medicamentos (con cobertura significativa) y otras prestaciones de alto costo, entre otras. Estos servicios también han sido incorporados por prestadores privados de salud, teniendo que garantizar niveles básicos de acceso a los servicios y beneficios. Es un elemento que introduce equidad, universalidad y solidaridad para los beneficios del sistema de salud.

Algunas Obras Sociales pequeñas establecieron contratos con planes de salud, que en Argentina se llaman Empresas de Medicina Pre-paga-(EMP) para mantener buenos servicios y eficiencia. La Superintendencia de Servicios de Salud es el órgano que regula las Obras Sociales Nacionales y Sindicales, así como las empresas de medicina pre-paga.

Paralelamente al surgimiento y desarrollo del sector público y de la Seguridad Social, el sector privado también se consolidó en la prestación de servicios. Su origen se remonta a las primeras mutuales del inicio del siglo XX, mientras que su consolidación en el sistema fue producto de inversiones a partir de la década de 1970 en tecnologías de punta, cada vez más costosas.

El sector privado incluye los planes de salud o compañías de seguros voluntarias-EMP, que también deben cubrir la canasta básica de servicios, el PMO. Constituye una opción de cobertura para la población de media o alta renta, que incluye tanto la prestación por medio de establecimientos como de profesionales de salud independientes.

Las empresas de medicina prepaga son semejantes a las *Health Maintenance Organization's- (HMO's)* de los EUA y, aún cuando tienen cobertura en todo el país, están concentradas en la ciudad de Buenos Aires y alrededores. Constituyen un amplio y heterogéneo conjunto de entidades, en términos de precios, alcance de los servicios, tipo (con fines de lucros, mutuales, cooperativas, etc.), entre otras características. Existen 200 EMP, siendo que seis de ellas concentran más del 50% de los afiliados. Tales empresas son financiadas por el desembolso directo de las familias y se pueden beneficiar de convenios con las Obras Sociales, desde que la desregulación de los años 1990 promovió la competencia entre estas organizaciones. Cerca de 6 millones de personas son cubiertas por estas empresas, que son de libre elección, pudiendo funcionar en la modalidad de oferta de servicios y reembolso, e/o con planes privados ofrecidos por hospitales comunitarios o sin fines de lucro.

La regulación nacional (Argentina, Ley N°26.682/2011) establece que estas empresas:

- ✓ Son obligadas a cubrir planos de cuidados médicos, el Programa Médico Obligatorio (PMO) y el Plan de Beneficios de Discapacidad.
- ✓ No pueden incluir períodos de carencias para los beneficios del PMO.

- ✓ Los beneficios no pueden ser inferiores al PMO de las Obras Sociales Sindicales.
- ✓ Los contratos deben ser autorizados por el Ministerio de Salud y los afiliados pueden rescindir el contrato en cualquier momento.
- ✓ Para personas con más de 65 años con por lo menos diez años de cobertura, la cuota de contribución no puede ser aumentada en función de riesgo.
- ✓ Nadie puede ser rechazado por la edad o por la pre existencia de enfermedades.
- ✓ Existe una disposición por la cual el Gobierno autoriza o no los posibles aumentos de las cuotas.

10.2 ORGANIZACIÓN Y RELACIONES ENTRE LOS SISTEMAS NACIONALES DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN DE LA SALUD

En Argentina el régimen legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria fue establecido y reglamentado desde los años 1960 (Argentina, Ley N° 15.465/60) indicando como los profesionales de la salud son obligados a notificar: a) el médico que asistió el paciente o portador o que tenga realizado el examen de un cadáver; b) el veterinario, en los casos de animales; c) el técnico de laboratorio y el patólogo que haya realizado exámenes que verifiquen o permitan sospechar de enfermedad.

El contexto federal hace que el Ministerio de Salud haya establecido en 1994 las “*Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*”, que define los conceptos, propósitos, objetivos y funciones de la Vigilancia. En el año siguiente, se creó una “Comisión Asesora sobre Vigilancia Epidemiológica” que emite orientaciones sobre aspectos operativos y procedimientos en el área. Desde entonces, las autoridades sanitarias realizan actualizaciones periódicas del manual que orienta la vigilancia epidemiológica en el país, siendo, siendo a última versión de 2007.

En 2001, la Argentina inició un proceso de fortalecimiento institucional nacional y provincial de los subsistemas de vigilancia. En este sentido, incorporó nuevas estrategias como la Vigilancia Centinela, la operación horizontal de la red y el desarrollo de herramientas de análisis online y off-line, que exigieron la modernización de las tecnologías. Así se desarrolló el *Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria - SNVS*, que actualmente funciona sobre la plataforma del Sistema Integrado de Información en Salud - SISA (www.sisa.msal.gov.ar). El Sistema tiene diferentes módulos: enfermedades de notificación obligatoria, vigilancia de laboratorio, vigilancia centinela y vinculados a programas nacionales específicos, como Tuberculosis y VIH-SIDA. Comprende 95 eventos de

notificación obligatoria que se pueden clasificar en transmisibles, no transmisibles y otros eventos de salud pública.

El SNVS está estructurado en núcleos que corresponden a los establecimientos donde se carga, consolida, sistematiza, analiza y difunde la información de vigilancia. Aunque no todos los centros realizan la tarea de analizar y difundir información, cada vez son más las unidades que desarrollan la tarea, favoreciendo la retroalimentación y mejora de los datos. La operación de la red permite la interconexión oportuna de los diferentes proveedores del sistema y el intercambio de información. Los núcleos de la Red pueden ser sedes administrativas, departamentales, provinciales o nacionales. Cada centro se alimenta de información que proviene de los equipos de salud directamente o a través de otros establecimientos asistenciales. El acceso a las diferentes funciones del sistema está determinado por el nivel de usuario, considerando variables geográficas y funcionales.

La confidencialidad del SNVS permite a los niveles provinciales consolidar la información local y autorizar su uso por los niveles superiores, respetando el ordenamiento federativo, actualizando la información de forma automática y en tiempo real. El desarrollo del SNVS ha sido un trabajo acordado a nivel nacional con todos los niveles de gobierno para unificar las bases de datos de eventos de notificación obligatoria y codificar todos los establecimientos proveedores.

Para la vigilancia de lesiones notificadas, se utilizan diferentes estrategias, incluso para el mismo evento:

- ❖ *Vigilancia clínica*: basada en la definición de casos sospechosos, la cual es aprobada por laboratorio o vínculo epidemiológico.
- ❖ *Vigilancia de laboratorio*: permite el diagnóstico específico de agentes etiológicos, reservorios y / o vectores, ayudando a determinar las características del patógeno.
- ❖ *Vigilancia centinela*: a través de tres tipos de estrategias 1) Unidades; 2) Doctores y 3) Grupo Centinela.
- ❖ *Estudios especiales*: estudios epidemiológicos que están diseñados para monitorear tendencias en eventos. Eventos de prevalencia transversal. Por ejemplo: Encuesta de factores de riesgo.

Existen formularios específicos para cada tipo de notificación: (a) Hoja de trabajo C2: variables de interés para la recolección de datos de vigilancia clínica, recolectados de formularios de consulta diaria, guardia o servicio de emergencia y formularios de ingreso y alta; (b) Hoja de trabajo L2: variables de interés para la recolección de datos de vigilancia de laboratorio a partir de hojas de registro de laboratorio. (c) Fichas de Investigación de Casos

Específicos: elaboradas para cada evento a investigar, o para un conjunto de eventos cuya presentación en el período prodrómico es similar (vigilancia sindrómica); contiene variables universales y específicas; (d) Fichas Específicas de Vigilancia Centinela: elaboradas según el evento bajo vigilancia centinela, y se dividen en tres sub-fichas (clínica, laboratorio y epidemiología). Contiene variables universales y específicas. Formato específico de notificación de brotes: en dos formatos, uno para brotes de infecciones tóxicas transmitidas por alimentos y otro para brotes de otras etiologías.

Los principales flujos de información se resumen en la Figura 2.

Figura 1: Flujos de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria



Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria". Disponible en: <http://www.snvs.msal.gov.ar/descargas/Manual%20de%20Normas%20y%20Procedimientos%202007.pdf>. Acceso 18 octubre 2020.

En el caso de Infecciones Respiratorias Agudas, como Covid-19, se desarrollan diferentes estrategias. Enfermedades similares a la influenza (ETC), también conocidas como gripe o síndrome gripal, neumonía (ambulatoria y hospitalaria) y bronquiolitis en menores de dos años forman parte de los eventos de notificación obligatoria por parte de los servicios de salud del sector público, privado y de la seguridad social.

El Reglamento Sanitario Internacional (2007) establece que el sistema monitorea eventos de salud pública de importancia internacional vinculados a infecciones respiratorias como el SARS o la Influenza Humana. La epidemia con potencial pandémico de H1N1 ha generado una estrategia de vigilancia de laboratorio de todos los casos sospechosos de influenza.

La *vigilancia clínica* la realizan los médicos y el equipo sanitario que recogen sistemáticamente datos de los pacientes de los diferentes servicios sanitarios, que también incluyen datos de los registros de urgencias e información de los pacientes hospitalizados. Los eventos se registran de dos formas. La agrupación por edades es importante en el caso de eventos que requieran acciones de control y tengan una alta incidencia, como diarrea, *Enfermedad tipo Influenza-ETI*, causas externas. Por otro lado, los eventos se registran de manera individual, especialmente aquellos que ocurren en menor número y requieren acciones de control individualizadas, requiriendo datos como edad, sexo, lugar de residencia, entre otros. La ficha es cargada al SNVS por los centros, permitiendo a los niveles municipal, provincial o nacional conocer la magnitud de los eventos registrados por los servicios de salud.

La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud - ANLIS está a cargo de liderar la Red de Laboratorios de Referencia de Virus Respiratorios Agudos. Cada provincia cuenta con un laboratorio y, en el marco de la Pandemia, se amplió la oferta de laboratorios en los sectores público, previsional y privado.

El Boletín de Vigilancia Integrada-BIV (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2020) es la herramienta a través de la cual se reportan los datos de notificación semanalmente, con el objetivo de monitorear la situación de los eventos bajo vigilancia y contribuir a la toma de decisiones a nivel local, provincial y nacional. El BIV se publica semanalmente, sintetizando información del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria en las

24 jurisdicciones y laboratorios nacionales de referencia, con la coordinación y gestión integral de referencias jurisdiccionales para la vigilancia clínica y de laboratorio. Presenta un análisis del comportamiento de los eventos de notificación obligatoria vinculados a la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, como enfermedades gripales, neumonías y bronquiolitis en menores de 2 años.

A partir de la declaración de Emergencia Sanitaria por Covid-19, se estableció una estrategia de comunicación con dos reportes diarios de la situación epidemiológica y seguimiento de variables críticas en tiempo real.

10.3 EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19 EN ARGENTINA

El primer caso de Covid-19 en Argentina se registró el 3 de marzo de 2020, siendo un hombre de 43 años que regresó de Europa a Buenos Aires. Pronto se produjo una situación de transmisión comunitaria con una expansión progresiva en el número de casos, y el 14 de enero de 2021, el país tenía 1.757.429 casos confirmados, 44.983 muertes y más de 1,5 millones de personas recuperadas (PAHO,2021).

La identificación del primer caso activó un protocolo entre los Ministerios de Salud de la Nación y de la Ciudad, con seguimiento diario. El aumento de casos positivos en los días siguientes y la declaración de la pandemia Covid-19 por parte de la OMS llevaron a la declaración de emergencia sanitaria en el país el pasado 12 de marzo de 2020 (Poder Ejecutivo Nacional, Decreto N°260/2020).

Las características federales de Argentina y el sistema de salud plantean un desafío mayor para la articulación de una respuesta a la pandemia Covid-19. La Figura 3 presenta un cronograma con los principales hitos en la lucha contra la pandemia.

Figura 2: Línea de Tiempo de la Covid-19 en Argentina.

31 Dic. 2019	25 Feb. 2020	4 Marzo 2020	6 Marzo 2020	12 Marzo 2020:	17 de Marzo 2020
Primer Caso Wuhan, China	Primer Caso en São Paulo, Brasil	Primer Caso en Buenos Aires, Arg.	Primer Óbito Buenos Aires, Arg.	Decreto Emergencia Sanitaria Cierre de Fronteras y Activ. Cult.	Decreto N° 287/2020 Distancia Social, Preventiva y Compulsoria y Aislamiento Social, Preventivo e Obligatorio: PRORROGAS

TODOS
LOS
MESES

Fuente: Construcción propia

Como en otros países de la región, el Covid-19 llegó a Argentina marcado por la existencia de otras epidemias, como el dengue y el sarampión.

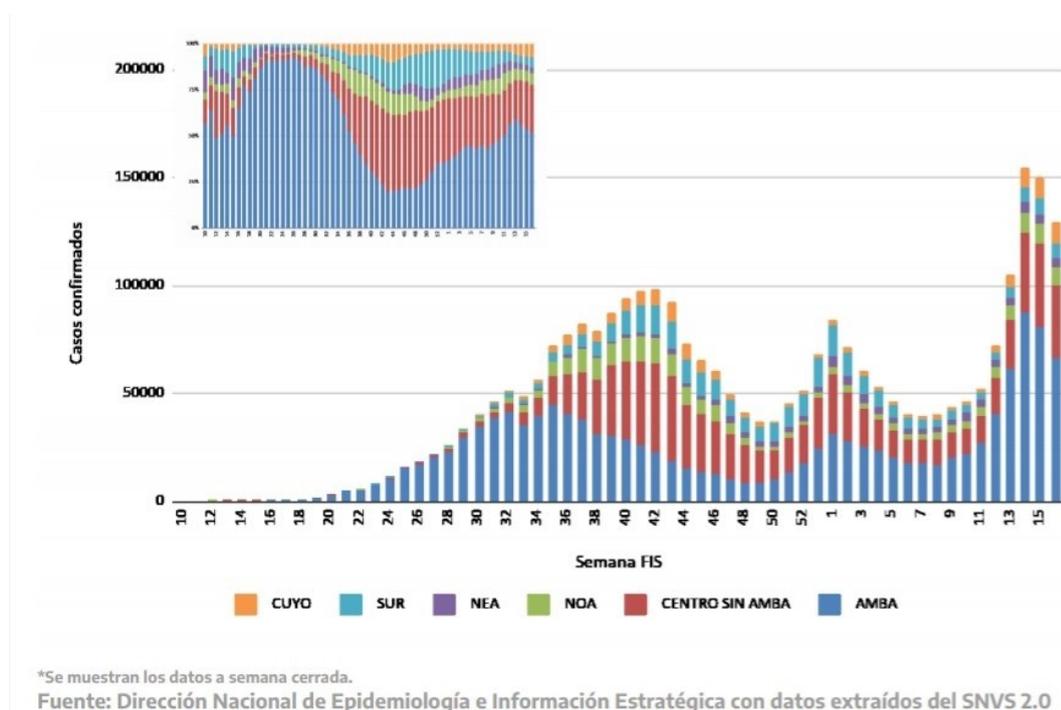
Los primeros casos de Covid-19 fueron introducidos en el país por personas de alta o media capacidad económica, quienes viajaron al exterior, habiendo sido asistidos por el sector privado o por la Seguridad Social. Paulatinamente, con la introducción de una dinámica comunitaria de contagio, se comenzaron a identificar casos de Covid-19 en hospitales públicos y centros de salud pública, primero en la ciudad de Buenos Aires, en la región metropolitana de Buenos Aires y en otros centros urbanos.

El Ministerio presenta un informe diario sobre la evolución de los casos de Covid-19, en la denominada “parte diario”(<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/enero2021>), que presenta el número de defunciones por sexo y zona de residencia en la que se producen.

Desde el inicio de la pandemia hasta la Semana Epidemiológica 6/2021, en Argentina se realizaron 6.739.079 pruebas diagnósticas para Covid-19, lo que equivale a 147.810 muestras por millón de habitantes. El reducido número de pruebas realizadas ha sido una crítica frecuente que han hecho las autoridades sanitarias desde la prensa y la oposición.

La Figura 5 a continuación muestra la evolución de la curva epidemiológica, que en la Semana Epidemiológica 42 de 2020 tuvo el mayor número de casos; a partir de ese momento, hubo un descenso de casos hasta la SE 49, donde se estabilizó. En SE 51, el número volvió a crecer.

Figura 3: Casos Confirmados y Casos Acumulados de acuerdo con la Fecha de Inicio de los síntomas, por Semana Epidemiológica y Región. Argentina.



Nota: Desde a semana epidemiológica 7 se observó un incremento de los casos, acelerándose a partir de la semana epidemiológica 11 y llegando al pico en la semana epidemiológica 14.

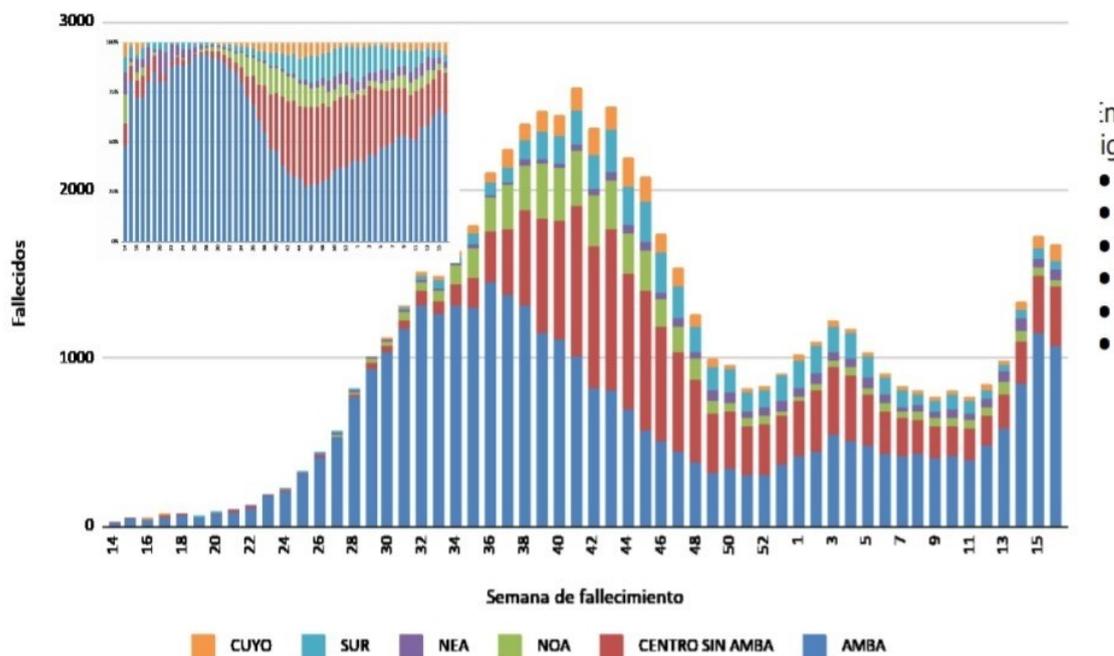
En las últimas dos semanas se observa estabilización de los casos. Puede ser influenciado por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación, por lo los casos podrían incrementarse en las semanas próximas.

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica con datos do SNVS 2.2. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>.

Con el aumento de casos y el paso a una etapa de transmisión comunitaria, el virus afectó paulatinamente a la población más vulnerable, la mayor parte de la cual se atendió en el subsector público. En enero de 2021, según la Sala de Situación COVID-19 (1/08 SE 1) (<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/enero-2021>), el 0,1% de los casos fueron importados internacionalmente; 0,6% importado de provincias; El 19,5% son contactos cercanos de casos confirmados; 71% eran de la comunidad; y el resto permaneció bajo investigación.

Como se muestra en la Figura 5, la situación en el país es heterogénea, pero el Área Metropolitana de Buenos Aires-AMBA y la Región Centro tuvieron más casos en el período analizado. Hasta el 14 de enero de 2021, se registraron 44.273 muertes, cuya evolución se muestra en la Figura 6.

Figura 4: Muertes por semana de fallecimiento de acuerdo con región del país. Hasta SE 6/2021.



*Se muestran los datos a semana cerrada.

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica con datos extraídos del SNVS 2.0

Nota: El 64% de las muertes se registra en el Área Metropolitana de Buenos Aires- principalmente). Después la región Centro sin AMBA con 21% el resto no llegan a los dos dígitos. El grupo de edad más afectado continúa siendo el de 60 años (80% de las muertes) y más, hombres más que mujeres.

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica con datos del SNVS 2.2. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>.

Para la semana epidemiológica 6 de 2021, se habían registrado 49,695 muertes. El 53% pertenece al Área Metropolitana de Buenos Aires; 24% a la región Centro sin el Área Metropolitana de Buenos Aires; El 8% la región Noroeste; 2% la región noreste; 7% la región sur y 4% la región de Cuyo.

10.4 GOBERNANZA DE LA ARGENTINA EN RESPUESTA A LA PANDEMIA

La gobernanza de la salud puede definirse como las acciones y medios adoptados por una sociedad para organizar la promoción y protección de la salud de una población (Dodson, Lee y Drager, 2002; Buss y Tobar, 2017). Adaptando el concepto utilizado por Buss et al (2017), podemos definirlo como el uso de instituciones, mecanismos, relaciones y procesos

formales e informales complejos por parte de Estados, mercados, ciudadanos y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, a través de los cuales, A nivel nacional, se articulan intereses colectivos, se establecen leyes y obligaciones, y se median las diferencias.

La gobernanza para enfrentar el Covid-19 es el conjunto de normas, instituciones y políticas a través de las cuales la República Argentina ha articulado la respuesta a la pandemia, regulando la participación de los distintos actores nacionales y gestionando los recursos disponibles para mitigar los riesgos y asegurar la atención de la salud de las personas. toda la población.

En este sentido, una primera distinción es entre la gobernanza sectorial para enfrentar al Covid-19 y la gobernanza supra institucional. La gobernanza sectorial nacional para hacer frente a la pandemia de Covid-19 se refiere a las instituciones y procesos de gobernanza a nivel nacional que no necesariamente tienen un mandato de salud exclusivo o explícito, pero que sin embargo influyen en la salud a través del trabajo realizado bajo sus mandatos básicos. El hecho de que el presidente Fernández haya priorizado la pandemia Covid-19 ha movilizado a diferentes áreas de gobierno hacia la idea de “*Health in All Policies*”. “*Salud en todas las políticas*” (STP) es un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones para la salud de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad en salud (OPS, 2014). La respuesta pandémica ha generado la incorporación de una gobernanza, que incorpora este enfoque, pudiendo decirse que es “*Covid-19 en todas las políticas*”.

Por otro lado, la gobernanza sectorial del Covid-19 comprende principalmente aquellas instituciones y procesos que se basan en un mandato sectorial explícito: el Ministerio de Salud Nacional y sus contrapartes provinciales, las secretarías municipales de salud y las agencias u organismos especializados en salud.

En cuanto a la gobernanza supra sectorial para enfrentar el Covid-19, el presidente Fernández convocó muy temprano a una reunión de gabinete de crisis, con el propósito de adoptar un conjunto de medidas para contener el contagio, aplanar la curva epidemiológica y la preparación de la infraestructura de salud, en para evitar su saturación. Con la participación del Presidente y de todo el gabinete nacional, se aprobó un volumen muy significativo de medidas (Decretos, Resoluciones que involucran a varios Ministerios - Economía, Trabajo, Dirección de Migraciones, Educación, entre otros). La primera gran medida fue, el 11 de marzo de 2020, una conferencia de prensa del presidente Fernández (República Argentina,

Cadena Nacional del Presidente, 2020) explicando los detalles del Decreto de Necesidad y Urgencia (Decreto Nacional N°260/2020).

La Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Elementos de Salud Pública de Importancia Internacional fue el mecanismo creado para coordinar las diferentes jurisdicciones y agencias del sector público nacional para el adecuado cumplimiento de las recomendaciones del Ministerio de Salud en el contexto de la emergencia sanitaria.

La Unidad del Coronavirus COVID-19 del Jefe de Gabinete de Ministros fue encargada de ampliar o reducir las medidas de aislamiento o distancia según la situación epidemiológica y la efectividad de su aplicación. Esta Unidad estuvo constituida por los Ministerios de Salud; de Desarrollo Productivo; de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto; del Interior; y la Economía.

Los objetivos de esta Unidad son formular recomendaciones y propuestas sobre: la necesidad o conveniencia de ampliar o reducir las excepciones de aislamiento obligatorio según la situación epidemiológica; solicitudes de los gobernadores de provincia y / o del Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, apuntando a las excepciones del cumplimiento del aislamiento y prohibición de circular; lograr una mayor efectividad en el cumplimiento de los objetivos de salud para mitigar la pandemia de Covid-19.

El Jefe de Gabinete de Ministros, el Jefe de Gabinete, tiene el liderazgo de la Unidad que puede convocar reuniones cuando lo considere oportuno. La posición de la Unidad como Jefe de Gabinete de Ministros es un indicador del lugar destacado que ha tomado la coordinación de la gestión de pandemias en el escenario nacional.

Por otro lado, el Presidente creó un Comité de Expertos Médicos y Científicos (DIÁRIO CLARIN, 2020) para asesorarlo sobre los pasos a seguir en relación a la pandemia Covid-19 en la Argentina. Este Comité está integrado por la Embajadora Especial de la OMS / OPS para América Latina y el Caribe, Mirta Roses; el director científico de la Fundación Huésped, Pedro Cahn; el titular de la Sociedad Argentina de Infectología, Omar Sued; el presidente de la Sociedad Argentina de Emergencias, Gonzalo Camargo; y los especialistas Ángela Spagnuolo de Gentile, Gustavo Lopardo, Florencia Cahn, Carlota Russ, Eduardo López y Luis Cámara. Por parte del gobierno participan el Presidente, el Jefe de Gabinete, el Ministro de Salud y el Secretario de Acceso a la Salud.

El Mandatario aprovechó el prestigio de este Comité de Expertos, que lo acompañó en diversas comunicaciones e informes a la prensa y la sociedad en general sobre el avance de la pandemia. En cuanto a la composición del Comité, en primer lugar, es oportuno destacar la

participación del Embajador Especial de la OMS / OPS, por la naturaleza de la pandemia como evento de salud global, que puede favorecer la sinergia para la articulación de información de salud multilateral. organizaciones a nivel nacional, generando un círculo virtuoso. La mayoría de los especialistas tienen un perfil cercano a la infectología, y solo dos de los miembros son epidemiólogos con una visión más poblacional, necesaria en una pandemia. Finalmente, es un grupo de expertos, que solo se articula con los equipos del Ministerio de Salud a través del Ministro y el Secretario, y una mayor articulación entre el Comité y los equipos técnicos del Ministerio de Salud podría potenciar aún más la respuesta a la pandemia.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, junto con el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - CONICET y la Agencia Nacional para el Fomento de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación, constituyeron un grupo de tareas del virus Corona COVID-19 "para el propósito responder a las demandas y necesidades inmediatas del Poder Ejecutivo Nacional y del Ministerio de Salud (Poder Ejecutivo Nacional, Decreto N°287/2020).

En cuanto a la gobernanza sectorial para enfrentar el Covid-19, que comprende las instituciones, los procesos y las reglas del juego del propio sector salud, el Ministerio de Salud argentino es el organismo líder y autoridad sectorial que lidera la respuesta a la pandemia. Pero sin duda otro arreglo de gobernanza clave en la federación argentina es el Consejo Federal de Salud-COFESA (Poder Ejecutivo Nacional, Decreto/Ley N° 22.373/80), órgano de coordinación sectorial en el que participan los responsables de los Ministerios o Secretarías de los Estados federados, presidido por el Ministro de Salud de la Nación. Es un espacio político de negociación de intereses entre los Ministros de Salud y representantes de los gobernadores electos de cada provincia.

Desde una perspectiva histórica, la actuación de COFESA en Argentina ha estado condicionada por el liderazgo de las autoridades nacionales de salud, así como por temas relacionados con las relaciones políticas entre el gobierno nacional y las provincias, ya que su rol es la coordinación operativa de las políticas públicas. en el que participan los dos niveles de gobierno. Al ser priorizado por el Ministerio de Salud como órgano de gobierno de la pandemia, el Consejo se ha convertido en un escenario importante para identificar necesidades y problemas comunes en las 23 jurisdicciones, difundir conocimientos relacionados con el diagnóstico y tratamiento y monitorear aspectos clave para hacer frente a Covid -19, en perspectiva federativa. COFESA se ha venido reuniendo semanalmente para definir estrategias comunes y monitorear la implementación de las acciones del Gobierno

Federal en las 23 provincias de Argentina, así como las medidas de apoyo económico a los equipos de salud, la compra de insumos por parte del Gobierno Federal y la provisión de equipos en leasing para el sector privado y la Seguridad Social. (<https://www.argentina.gob.ar/salud/cofesa/actas>).

Con el objetivo de una mayor integración en un país federativo, se creó el Comité Operativo Nacional de Emergencias (COE) dentro del Ministerio de Salud, que coordina acciones con los 24 COE provinciales. El COE Nacional es el encargado de monitorear las provincias y complementar las acciones.

10.5 ESTRATEGIAS SUPRA-SECTORIALES PARA COMBATIR LA PANDEMIA COVID-19

Las estrategias supra-sectoriales para combatir la pandemia en Argentina involucraron: cierres de fronteras, medidas de contención no farmacológicas con énfasis en el aislamiento y la distancia obligatorios, y medidas de protección económica y social.

El decreto federal N°260, de principios de marzo de 2020, estableció la emergencia sanitaria, para evitar la escasez de insumos de higiene (precios máximos de alcohol, mascarillas y otros insumos); la suspensión de vuelos desde Europa, China, Irán, Corea del Sur y Japón durante 30 días; y aislamiento obligatorio para personas de cualquiera de los países más afectados.

En materia de salud se crearon dos herramientas principales: *Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio-ASPO* y posteriormente, el *Distanciamiento Social y Preventivo - DISPO*). La primera fue una medida excepcional, tomada en un contexto crítico. Con el fin de proteger la salud pública contra la propagación del nuevo coronavirus, se estableció que todas las personas que residen, o temporalmente, en las jurisdicciones cubiertas, deben permanecer en sus hogares habituales, y solo pueden realizar movimientos mínimos y esenciales para almacenar el material de limpieza, medicinas y alimentos.

Dado que la situación epidemiológica no es homogénea en el territorio nacional, la administración del aislamiento debió considerar los diferentes impactos sobre la dinámica de transmisión del virus y sobre la diversidad geográfica, socioeconómica y demográfica de cada región. Ante la evidencia de que coexistieron dos realidades, se estableció un nuevo marco regulatorio para permitir que la pandemia sea tratada adecuadamente en áreas sin transmisión comunitaria del virus. El objetivo del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio - DISPO sería la recuperación del mayor grado de normalidad posible en términos de

funcionamiento económico y social, pero con todas las precauciones y salvaguardas necesarias, y manteniendo un seguimiento constante de los desarrollos epidemiológicos para asegurar el control de la situación.

Frente al gran impacto que ha generado la pandemia a nivel social, económico y humanitario, la temática del Covid-19 movilizó a la mayoría de ministerios de diferentes sectores, generando distintas medidas y desarrollos, que han sido abordados en las reuniones de los Consejo Federal de Educación, Consejo Federal de Desarrollo Social, Consejo Federal del Trabajo, entre otros. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL ha desarrollado un observatorio, donde es posible ver todas las medidas tomadas por cada uno de los países en desarrollo en relación a la pandemia. El observatorio muestra las medidas de protección social implementadas por Argentina (CEPAL, 2021) que involucran diferentes áreas de gobierno, desde Cultura, Educación, Género, Jubilaciones y diversas medidas económicas (congelamiento de alquileres, entre)

Una característica de la respuesta a la pandemia ha sido la intensificación de la investigación y la innovación en relación con Covid-19, alineando la política de Ciencia y Tecnología con la política de Salud.

10.6 ESTRATEGIA SECTORIAL PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA COVID-19

El sistema de Vigilancia Epidemiológica y Notificación Obligatoria de Enfermedades, reportado en la primera parte de este capítulo, es parte importante de la respuesta nacional argentina para enfrentar el Covid-19, además del conjunto de acciones encaminadas a ampliar la capacidad de atención.

Al igual que otros países de la Región, Argentina buscó inicialmente preparar y fortalecer el Sistema de Salud para enfrentar la pandemia Covid-19. Cabe señalar que la oferta de camas comunes, cuidados intensivos, respiradores, médicos y enfermeras en el país en general supera con creces a la de otros países de América del Sur.

En mayo de 2020 la OPS propuso una estrategia de monitoreo de la respuesta dos países sudamericanos frente a la Covid-19, que comprende un índice global de seguridad en salud 2019 (OPS/OMS/SAM, 2021) construido a partir de los siguientes componentes:

1. **Prevención:** Prevención de la aparición de la dispersión de un patógeno.
2. **Detección e Informes:** detección precoz e notificación de epidemias de potencial interese internacional.

3. **Respuesta Rápida:** Respuesta rápida y mitigación de la propagación de una epidemia.
4. **Sistemas de salud:** Sistemas de salud robustos e suficientes para tratar los enfermos y profesionales de salud.
5. **Conformidad con las Normas Internacionales:** Compromisos para mejorar la capacidad nacional, planes de financiamiento para superar lagunas y adherir a las normas globales.
6. **Ambientes de riesgo:** Ambiente de riesgo general y vulnerabilidad del país a amenazas biológicas.

La Tabla 11 presenta la situación de los países de América del Sur según el Índice.

Tabla 2 - Índice Global de Seguridad en Salud 2019 de los Países Sudamericanos.

PAIS	Prevención		Detección e informes		Respuesta rápida		Sistema de salud		Cumplimiento de las normas		Entorno de riesgo		TOTAL	
	Puntaje	Puesto	Puntaje	Puesto	Puntaje	Puesto	Puntaje	Puesto	Puntaje	Puesto	Puntaje	Puesto	Puntaje	Puesto
Brasil	59.2	16	82.4	12	67.1	9	45.0	33	41.9	135	56.2	94	59.7	22
Argentina	41.4	66	74.9	23	50.6	40	54.9	18	68.8	14	60.0	70	58.6	25
Chile	56.2	23	72.7	30	60.2	18	39.3	43	51.5	78	70.1	38	58.3	27
Ecuador	53.9	29	71.2	32	39.5	85	35.2	60	43.5	126	57.1	88	50.1	45
Perú	43.2	60	38.3	102	51.7	37	45.0	33	63.0	26	57.7	84	49.2	49
Colombia	37.2	75	41.7	91	43.5	70	34.3	64	60.1	35	51.0	116	44.2	65
Uruguay	44.0	54	33.5	119	41.3	81	24.1	89	39.3	146	74.8	25	41.3	81
Bolivia	44.0	54	33.1	122	29.2	131	14.9	131	48.5	97	50.9	118	35.8	102
Paraguay	39.5	70	34.6	115	26.8	142	28.2	75	35.3	161	55.9	97	35.7	103
Venezuela	23.5	140	8.7	182	19.7	180	12.9	141	42.2	132	38.2	164	23.0	176
PROMEDIO	44.2		49.1		43.0		33.4		49.4		57.2		45.6	

Fuente: Nuclear Threat Initiative (NTI) and the Johns Hopkins Center for Health Security (JHU), 2019 Global Health Security (GHS) Index

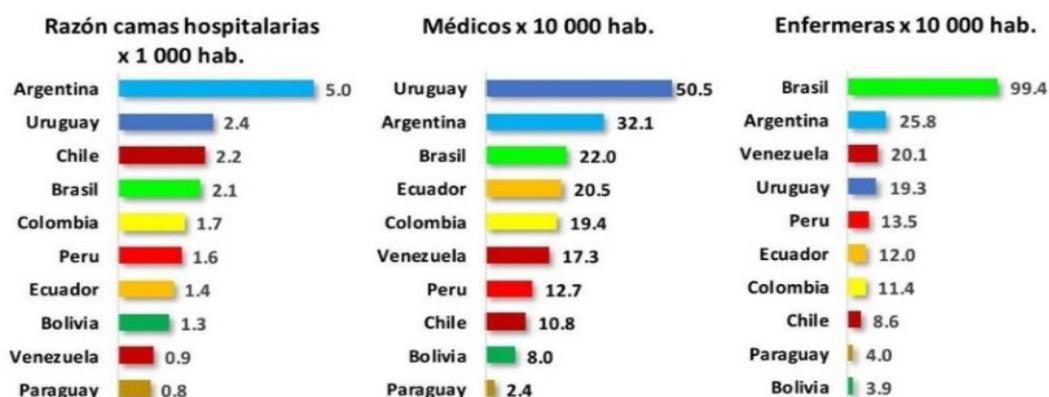
La evaluación de la capacidad de seguridad de los sistemas de salud se basa en un proyecto realizado por *The Nuclear Threat Initiative (NTI)* y *John Hopkins Center for Health Security (JHU)* considerando seis categorías, 34 indicadores y 140 cuestiones, usando apenas datos y fuentes de información libremente accesibles por diferentes organizaciones internacionales, incluyendo la OMS.

Se desprende de ese índice que Argentina ocupó el segundo lugar entre los países de América del Sur, habiendo aparecido como uno de los países mejor posicionados en relación al componente 4 - Sistema de Salud.

De hecho, Argentina es el país de América del Sur con mayor proporción de camas hospitalarias por mil habitantes, y también tiene una buena densidad de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes (Figura 7). Además, se encuentra entre los países con mayor

densidad de médicos de cuidados intensivos, camas de UCI y ventiladores mecánicos por cada 100.000 habitantes (Figura 8).

Figura 5: Proporción de camas hospitalarias y densidad de médicos en países Sudamericanos.



Fuente: OPS/OMS. Indicadores Básicos³

Figura 6: Densidad de Médicos Intensivistas, Camas de UTI y Ventiladores Mecánicos por 100 Mil Habitantes.



Fuente: Ministerios de Salud y Sociedades de Terapia Intensiva de los países.

Si bien la capacidad instalada del sistema de salud es una de las más robustas de América del Sur, dada la percepción general de que el sistema sería frágil, sub-financiado y carente de recursos, el gobierno argentino implementó grandes inversiones adicionales para enfrentar la pandemia (Tabla 7).

Al igual que en otros países de la Región, existieron obstáculos relacionados con el acceso oportuno a algunos insumos estratégicos de salud, como reactivos de diagnóstico, gel de alcohol y equipos de protección personal. La negociación y compra conjunta por medio de mecanismos regionales como el Fondo de Asimetrías Estructurales del MERCOSUR brindaba una oportunidad que el país no la impulso, solo en menor medida por un proyecto señalado en el capítulo 2.

Tabla 12 - Inversiones adicionales en relación a la pandemia en la Argentina

Incentivos para profesionales de salud	USD 104,8 millones	Inversión adicional total en el sector de la salud USD 560 millones
Transferencias de dinero para provincias	US \$ 267,5 millones	
Bienes y obras de Infraestructura en las provincias	USD 150,0 millones	
Recursos para Hospitales Nacionales	USD 15,4 millones.	
Fortalecimiento del Sector Privado	USD 21,8 millones	

Fuente: Presentación de Sonia Tarragona, Subsecretaria de Medicamentos e Información Estratégica del Ministerio de Salud de la República Argentina. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=krtHPtk0ewY>. Acceso 9 de noviembre de 2020.

Hubo un aumento del 47% en camas de UCI para adultos en el sistema de salud. En marzo de 2020 había un total de 8.521 camas de UCI, de las cuales el 72% pertenecía al sector público y el 28% al sector privado. Actualmente, el número de camas de UCI ha aumentado a 12.492, de las cuales el 60% son del sector público y el 40% del sector privado. La proporción de camas por 100.000 habitantes aumentó de 18,8 camas de UCI para adultos por 100.000 habitantes a 27,5 camas por 100.000 habitantes. También hubo un aumento del 66% en la capacidad total instalada de respiradores. En marzo había 6.211 respiradores, 65% en el sector público y 35% en el sector privado. En septiembre, había 10,347 respiradores, 45% del sector público y 55% del sector privado. Las compras han sido realizadas de forma centralizada por el Gobierno de la Nación (federal) y distribuidas según criterios de equidad en todo el país.

Como resultado de esta financiación adicional para el sector de la salud, se construyeron 13 hospitales modulares de emergencia; se contrataron recursos humanos para enfrentar la pandemia; se crearon equipos interdisciplinarios en las provincias más afectadas por la pandemia para fortalecer el sistema de salud; y se adquirieron equipos de protección

personal, suministros de laboratorio y medicamentos para las provincias, con criterios de equidad. En relación a los recursos humanos, el gobierno nacional ha asumido la asignación de recursos complementarios para incentivar a los equipos de salud.

En cuanto a la gobernanza, se ha fortalecido la función de información, proporcionando como regla general la información diaria de la autoridad sanitaria y el seguimiento de las variables críticas. Se mejoró la Vigilancia Epidemiológica en todo el país y en tiempo real con la creación de la Sala de Situación, que se encuentra disponible a través de la web (Ministerio de Salud-Informes de Sala de Situación (2021).

Sánchez de León (2020) señala que las dos áreas que tuvieron mayores deficiencias fueron: la regulación de los flujos fronterizos y los sistemas de información. En relación al primero, señala que la escasa efectividad y seguimiento del estado de salud de los pasajeros que ingresan al país permitió la rápida propagación de la enfermedad en el territorio nacional, permitiendo el paso de la fase de casos importados a la transmisión comunitaria. A los pasajeros que ingresaban al país solo se les pedía que cumplimentaran una declaración, sin mayor control de su estado de salud. Es de destacar, que Argentina ha venido trabajando hace tiempo en una declaración de salud del viajero, en el marco de la Comisión de Vigilancia Epidemiológica del Subgrupo de Trabajo N^o11- Salud del MERCOSUR. Estos instrumentos para monitoreo del estado de la salud del viajero no se han utilizado, ni el despliegue de una estrategia con los países vecinos.

Desde el momento en que se detectó el primer caso hasta ahora, ANLIS inició un proceso de descentralización del diagnóstico que se logró en un tiempo récord, aunque el propio laboratorio nunca ha perdido su papel clave: si para cuando las muestras necesitan ser procesadas en el día (como fue el trabajo del Plan DetectAR en barrios populares o, actualmente, para las sesiones del Congreso) o para realizar la vigilancia de las cepas que circulan en el territorio nacional.

A los 35 laboratorios que originalmente conformaban la red, se sumaron instituciones públicas, laboratorios universitarios u otras instituciones como el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria - INTA, el Servicio Nacional de Sanidad Animal - SENASA - que contaba con la capacidad técnica y de recursos humanos para realizar el diagnóstico - y también instituciones privadas. Actualmente, existen 160 laboratorios que informan al Sistema Integrado de Información en Salud de Argentina –SISA (TELAM, 2021).

Al igual que otros países de la región, Argentina inicialmente cerró sus fronteras y aeropuertos a la libre circulación de pasajeros, pero lo mantuvo abierto para el transporte de carga en puntos específicos. Los conductores que ingresaban a territorio argentino no tenían

que presentar un certificado PCR negativo ni se les hacía ningún seguimiento. Posteriormente, se abrió el transporte de pasajeros tanto a través de fronteras como en aeropuertos, pero sin una estrategia para monitorear el estado de salud de las personas que ingresan al país. En el caso de la circulación transfronteriza, es posible observar retrocesos, ya que no se aprovecharon experiencias anteriores de cooperación para la vigilancia y control de enfermedades transmisibles en los territorios fronterizos. Es posible que esto esté relacionado con la acción más aislada del país, sin la aplicación de normas armonizadas en el contexto del Mercosur. Tobar, S. (2019) ha sistematizado las experiencias de salud de fronteras en América del Sur y concluye que los procesos de integración como el MERCOSUR han permitido pasar de la noción de línea de *fronteras como separación* a una noción de *frontera como cooperación* desarrollando instancias de gobernanza para gestionar los problemas vinculados a la salud y al bienestar en estos territorios. En este sentido, concluye que:

“Existen importantes experiencias: acciones y planes de salud en las fronteras tanto a nivel Subregional como Bilaterales, con importantes lecciones aprendidas en salud que propician desde la vigilancia y control de enfermedades, fortalecimiento de puntos de entradas de frontera para la aplicación del RSI, creación de salas de situación y análisis de situación de salud, hasta la reciprocidad en la atención de la población. Analizar estas experiencias puede alimentar y retroalimentar futuras experiencias de cooperación. En tal sentido, podría ser apropiado armar un observatorio”. (TOBAR, S. 2019: 51)

En relación a los sistemas de información, se observó que eran lentos e ineficaces para apoyar la implementación de una estrategia de aislamiento selectivo. Los sistemas de información han promovido una mirada desde las perspectivas de la infectología y la epidemiología, pero con poca consideración de los determinantes de la salud.

En su rol de máxima autoridad sectorial, el Ministerio de Salud desarrolló, elaboró y publicó más de 200 guías, protocolos y recomendaciones para la población, sectores productivos, áreas y actividades específicas y equipos de salud. Ante el problema de la existencia de diferentes segmentos del sistema de salud y con el objetivo de una mayor integralidad de la información, se estableció un sistema de seguimiento diario de la disponibilidad de camas y pacientes hospitalizados en los sectores público, privado y obras sociales. Cada provincia argentina elaboró su *Plan Operativo de Emergencia Covid-19* y el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló una plataforma para el seguimiento y seguimiento de las acciones implementadas en cada una de las jurisdicciones.

En cuanto al modelo de atención en salud, la pandemia ha sido una oportunidad para introducir innovaciones, como la telemedicina, la atención domiciliaria, y una mayor organización de los servicios en red y articulación público-privada (operacionalización de Centros Coordinadores desde la Web). Como la enfermedad ha sido conocida por los equipos de salud, se ha mejorado la gestión de los pacientes, así como la incorporación de una cultura de protocolo en los servicios. Por otro lado, originalmente debido a la falta de insumos, Argentina no implementó una estrategia de pruebas masivas.

En cuanto a la organización del sistema, no hubo priorización de la estrategia de atención primaria de salud: la APS como puerta de entrada a la atención. Teniendo en cuenta que más del 85% de los casos no necesitan ser hospitalizados, se podría haber priorizado en mayor medida la atención ambulatoria, sin necesidad de que los pacientes acudieran a los hospitales.

Además, la pandemia ha mostrado un modelo de gestión para los hospitales, donde los Directores no tienen autonomía para la toma de decisiones, ni siquiera para la contratación de recursos humanos, para la compra de insumos, para la coordinación con los Centros de Recepción o Aislamiento del Pacientes.

El Programa *DetectAr* (Ministerio de Salud, Programa Detectar: 2020) ha sido una iniciativa de búsqueda territorial activa para personas con síntomas, además de monitorear y probar contactos cercanos de casos positivos de coronavirus. Los dispositivos funcionan entre las 9:00 am y la 1:00 pm, los siete días de la semana. Los equipos de salud visitan las casas de los vecinos en busca de un contacto cercano con alguien positivo al coronavirus (Ministerio de Salud. Programa DetecAr,2020). El equipo de salud hace un seguimiento de los contactos mantenidos por los casos positivos y hace un seguimiento de la evolución de la salud de su grupo familiar. Las personas que han tenido contacto con alguien positivo por coronavirus, incluso sin síntomas, pueden usar DetectAr para realizar una prueba rápida. Si presentan síntomas, se monitorea su estado de salud. Las personas reciben los resultados de las pruebas en un plazo de 48 horas, en casa o en un centro de recepción. Si el resultado es positivo, será necesario aislar al paciente según lo determine el equipo de salud, en su domicilio, en un hotel o en un hospital. Si la persona se encuentra en un centro de acogida y aislamiento, puede regresar a casa después de 7 días y después de 48 horas sin fiebre.

Finalmente, con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad y el impacto socioeconómico causado por el Covid-19, el gobierno argentino ha proporcionado la vacunación como un medio para combatir la pandemia. En este sentido, ha anunciado un amplio programa de inmunización que en una primera etapa incluirá a profesionales de la

salud; equipo estratégico; personas mayores de 60 años y personas entre 18 y 59 años con factores de riesgo. Se estima que más de 11 millones de personas serán vacunadas en la primera fase.

Para el desarrollo de la Etapa de Inmunización se han desarrollado las siguientes actividades:

- ✓ Negociaciones para la adquisición de posibles vacunas (Rusia-Sputnik, Pfizer y Oxford-AstraZeneca).
- ✓ Planificación de la estrategia de inmunización, con enfoque territorial a nivel local.
- ✓ Planificación y ejecución de recursos financieros.
- ✓ Formación, adecuación y adecuación de recursos humanos y físicos específicos.
- ✓ Garantía de prestación de servicios en protocolos.

Para asegurar una logística adecuada para la campaña de vacunación, existen iniciativas para involucrar al Ejército y fuerzas de seguridad, presentes en todo el territorio nacional.

A fines de 2020, el gobierno argentino solo había podido acceder a 300.000 dosis de la vacuna rusa del Laboratorio Gamaleya, habiendo vacunado al 20 de enero a 241.850 personas (Ministerio de Salud, Vacunas de Covid-19, 2021) en todo el país.

10.7 GOBERNANZA Y SEGUNDA ONDA DE LA COVID-19

Desde la semana epidemiológica 7 de 2021 se ha observado un aumento de casos, que se acelera desde la semana epidemiológica 11. La circulación de nuevas variantes de Covid-19 y el aumento significativo de casos positivos y defunciones nos han permitido hablar de una "segunda ola".

En abril, los contagios se habían triplicado con relación al mes anterior y varios actores del sector comenzaron a advertir de un posible colapso del sistema de salud si continuaba el crecimiento exponencial del virus. Aunque el brote de casos con un crecimiento exponencial, en Semana Santa no se ha limitado al movimiento de turistas impulsado por un sector turístico que estaba en crisis. Solo se suspendieron los vuelos a Brasil, Chile y México por los riesgos del número de casos en esos países y la circulación de nuevas variantes del virus.

El Jefe de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-CABA, principal jurisdicción gobernada por la oposición y afectada por el Covid-19, alzó la bandera del regreso a la presencia de clases como una de las principales propuestas. A la tensión "Economía vs Salud"

se sumó una nueva tensión que fue "Educación vs Salud", dividiendo a la sociedad argentina y generando serios problemas entre el oficialismo y la oposición, acentuando los problemas de coordinación entre jurisdicciones ante la pandemia.

Al inicio del año escolar, los Ministros de Educación, reunidos en el Consejo Federal de Educación de las 24 provincias y jurisdicciones, acordaron priorizar clases con protocolos sanitarios, emitiendo el comunicado "*Sin Salud no hay Presente y Sin Educación allí no hay futuro: Unidos por un regreso seguro a la escuela*" (Ministerio de Educación, 2021). El Gobierno Nacional, ante el incremento de los casos de Covid-19, el 15 de abril de 2021 suscribe el Decreto N° 241/21, que incluye en su artículo 2: "Establecer, en el Clúster del Área Metropolitana de Buenos Aires-AMBA, según se define en el art. 3 del Decreto No. 125/21, la suspensión de las clases presenciales y las actividades educativas presenciales no escolares en todos los niveles y en todas sus formas, del 19 al 30 de abril de 2021, inclusive". El decreto sorprendió incluso a las autoridades gubernamentales, en especial al Ministro de Educación de la Nación, Nicolás Trotta, quien garantizó que no se suspendieran las clases presenciales, señalando que la escuela era fundamental para que atravesáramos este difícil momento. El propio Consejo Federal de Educación había apoyado la medida.

El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha rechazado la medida establecida por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 241/21 y bajo la justificación de que no tiene evidencia significativa para establecer que las clases en las escuelas primarias aumentan el riesgo de contagio, decidió continuar las actividades en la ciudad. escuelas en rebelión del gobierno nacional.

La polémica por la presencia de clases y las tensiones entre gobierno y oposición han contribuido a la debilidad y desconfianza en la autoridad del gobierno nacional, resultando en una total falta de coordinación y acuerdo sobre las medidas sanitarias.

Intentando recuperar la capacidad de gobernanza y coordinación, el gobierno nacional está tratando de aprobar un proyecto de ley (Diario Perfil, 2021) que, a partir de un conjunto de indicadores, define un arreglo objetivo para definir la caída de la actividad y el aislamiento, que la oposición rechaza como un intento de buscar capacidades de poder extraordinarias frente a la pandemia.

10.8 CONSIDERACIONES FINALES

En Argentina, el gobierno nacional desde un principio priorizó en la medida de lo posible la lucha contra la pandemia Covid-19 y actuó para articular los diferentes sectores y

niveles de gobierno. En este sentido, se ha observado, en un primer momento, arreglos de gobernanza nacional que ubican la pandemia en todas las políticas públicas, así como la organización de una gobernanza nacional en salud para enfrentar al Covid-19, con el objetivo de coordinar las acciones sectoriales de diferentes jurisdicciones. Con el tiempo, el cansancio social se ha manifestado en relación a las medidas de respuesta y las tensiones entre Economía versus Salud y Educación versus Salud en el contexto de rivalidades entre burocracia y oposición ha debilitado enormemente la respuesta a la pandemia Covid-19, perdiendo muchas oportunidades.

Si bien la prioridad otorgada por el Gobierno Nacional se ha reflejado en el desarrollo de normas articuladas entre diferentes niveles de gobierno, actores sectoriales y extra-sectoriales, con una expresiva asignación de recursos, investigación e innovación, el avance de casos y muertes por COVID -19 los resultados en relación a una alta morbilidad y alta mortalidad en relación al Covid-19 y la saturación del sistema de salud, es posible afirmar que la estrategia argentina no ha sido la más efectiva en el control de la pandemia.

Un aspecto positivo en Argentina fue el establecimiento de la cuarentena temprana con la idea de preparar integralmente el sistema de salud, ya que no se sabía cómo afectaría la pandemia al país y se creía que el sistema no soportaría el aumento significativo de la número de casos. La priorización política se evidenció en el fortalecimiento del sistema de salud con un aumento en el número de camas, respiradores y UCI, lo que permitió evitar muertes por saturación del sistema de salud en el primer año de la pandemia.

A pesar de la implementación de innovaciones en el modelo de atención en salud, con mayor articulación entre el sector público, seguridad social y privado, acciones de telemedicina y la búsqueda de organización en redes, no se priorizó la atención primaria de salud. El nivel de atención ambulatoria podría haberse valorado más, acompañado de una estrategia de pruebas masivas y un aislamiento más selectivo. El fortalecimiento del sistema se ha volcado hacia el sector hospitalario, principalmente para atención de urgencia y emergencia, más de lo que no puedo alcanzar para evitar la saturación en la segunda ola de Covid-19.

Algunas estrategias de gobernanza adoptadas parecen apropiadas para otros países de América Latina. Sin duda, la creación de una Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional, al más alto nivel de toma de decisiones políticas y con la articulación de todos los sectores y actores, constituye una poderosa herramienta de rectoría en el momento de la pandemia. La creación de Comités Operativos de Emergencias Regionales con la elaboración de planes en sus

respectivas jurisdicciones también son herramientas muy adecuadas, especialmente en los países federativos.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el Programa DetectAr también representa una iniciativa de seguimiento de los contactos de personas con Covid-19 que se puede adaptar a otros contextos. Sin embargo, se destaca la necesidad de una mayor participación de la comunidad en las estrategias de vigilancia.

El hecho de que Argentina sea un país federativo aumenta el desafío en cuanto a las capacidades de coordinación de todas las jurisdicciones provinciales y la ciudad de Buenos Aires en respuesta a la pandemia. Se pueden identificar algunas experiencias de jurisdicciones que han tenido un mayor liderazgo en la respuesta a la pandemia, o incluso que han profundizado herramientas que priorizan mayores pruebas, encuestas de prevalencia del VIH e identificación de determinantes sociales a nivel local (Adriani & Pinedo (2020).

Con esfuerzo, las autoridades argentinas lograron reaccionar temprano a la pandemia y mantener, durante los primeros meses, la coordinación vertical, orquestando el cumplimiento de las medidas preventivas, a través de consensos con las provincias, municipios, con el apoyo del Gabinete de Crisis y de especialistas, infectólogos y epidemiólogos. Sin embargo, la prolongación de la pandemia y las medidas de aislamiento, asociadas a su impacto negativo en la economía y la educación y en las condiciones de vida de los argentinos, y las tensiones entre burocracia y oposición crearon una situación de fatiga social en la que se deterioró la disciplina y las autoridades acordó circunscribir las medidas de acuerdo a la dinámica local de la epidemia, manteniendo la unificación de los procedimientos de consenso. La estrategia de comunicación con la sociedad civil fue inicialmente muy efectiva, pero el cansancio social debilitó su efecto sobre la población, que incumplió con las medidas de control no farmacológicas de Covid-19, como el uso de mascarillas, la higiene de manos y el distanciamiento social. También hubo hechos masivos, como manifestaciones de la población contra las medidas de salud del gobierno, por la despenalización del aborto y el velorio por la muerte de Maradona, sin cumplir con las medidas para prevenir la enfermedad. Esto ha provocado un nuevo crecimiento de casos y la expectativa de que la inmunización actúe como una “*solución milagrosa*”, liberando al país de los males de la pandemia.

Si bien Argentina tiene una oferta de camas, camas de UCI, médicos y enfermeras, superior a muchos países de América del Sur, la estrategia ha sido incrementar aún más la oferta hospitalaria que se ha saturado en el contexto de la segunda ola del Covid-19, más bien que buscar formas más adecuadas de responder mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS). Otro aspecto importante es que las pruebas fueron insuficientes, lo

que dificultó la vigilancia epidemiológica. DetectAr ha favorecido la búsqueda activa de contactos con el objetivo de la detención temprana de casos, pero es una estrategia vertical implementada a través de equipos especializados. Adoptar un enfoque integral y una adecuada gestión de la APS, con participación comunitaria, podría haber mitigado el impacto de la pandemia en el país, con una identificación y atención más temprana de los casos, evitando el agravamiento de las condiciones clínicas y la necesidad de hospitalización y terapia intensiva.

Cabe señalar también que, si bien el país ha inyectado nuevos recursos para fortalecer el sistema de salud, un desafío es su incorporación regular al presupuesto nacional. La ampliación de camas, equipos y profesionales requiere un financiamiento sustentable para su operación futura.

El esfuerzo de articulación entre el sistema de salud y el sistema de Ciencia y Tecnología representa un aspecto relevante de la experiencia argentina, que puede servir de lección para que otros países busquen fortalecerse para enfrentar otras emergencias de salud. Pero esta articulación se ha buscado solo en el país, con poca búsqueda de cooperación y alianzas con instituciones científicas en salud de otros países de la región, con el objetivo de avanzar en una mayor soberanía sanitaria en cuanto a insumos relevantes para la salud.

La pandemia también ha favorecido una mayor articulación entre el sistema público y la seguridad Social y el sector privado, al promover algunas redes de respuesta al COVID-19 que pueden generar externalidades para otras enfermedades. Además, se abrió la oportunidad de colocar en la agenda política la discusión de la necesidad de reformar el sistema de salud, buscando una mayor integralidad y equidad entre los diferentes actores políticos y sectoriales.

Un año después del inicio de la pandemia, se puede decir que la adherencia de la población a las medidas de control en general fue buena, pero que el cansancio social fue un obstáculo para prevenir una segunda ola de la pandemia COVID-19. Durante mucho tiempo, no existía una estrategia de comunicación específica dirigida a los jóvenes, dirigida a prevenir el contagio y la propagación del virus.

Por dificultades ajenas a la gobernabilidad de las autoridades argentinas, las vacunas no llegaron en tiempo y forma y el proceso de vacunación en los primeros meses de 2021 fue lento, incluso para la cobertura de los profesionales de la salud y los ancianos mayores de 80 años. Además, el país desarrolló negociaciones bilaterales con Laboratorios y empresas farmacéuticas y ha podido negociar más cantidades de vacunas con el Fondo Covax.

Aún es muy pronto para evaluar la efectividad de la respuesta argentina al COVID-19, ya que también sería necesario considerar los efectos de la estrategia de vacunación de la población, influenciada por factores que van más allá de las fronteras nacionales. La

pandemia es un evento de salud global, lo que implicaría aunar esfuerzos y fortalecer la cooperación internacional para combatirla. Sin embargo, la respuesta de Argentina a las amenazas del COVID-19 no ha priorizado las estrategias de cooperación regional, sino la expansión de su capacidad nacional, con un enfoque en el sistema de salud.

11 CONCLUSIÓN

La globalización ha implicado la internacionalización de un modelo de producción y consumo vigente en las sociedades contemporáneas, que podemos caracterizar de inequitativo, excluyente y ecológicamente perjudicial. Es un fenómeno complejo, con implicancias económicas, sociales, políticas y culturales, cuyas características son: la disolución de las distinciones entre muchas cuestiones nacionales y globales; la aceleración de los movimientos poblacionales; la ruptura de las fronteras; la emergencia de mercados globales, una cultura virtual y de empresas transnacionales que toman más protagonismo. Como señala el informe de la Comisión The Lancet “...con la globalización, actividades transnacionales que involucran actores con diferentes intereses y niveles de poder – como Estados, corporaciones transnacionales y sociedad civil.- aumentaron” (Comisión The Lancet, 2014:6).

A lo largo de los últimos 100 años y concomitante con la globalización del modelo de producción y consumo se ha puesto en evidencia la importante relación entre los determinantes sociales y económicos del proceso de salud enfermedad. También en este período la salud se ha convertido un espacio de producción y acumulación de capital: el complejo productivo industrial de la salud. En el escenario global actual, una multiplicidad de actores con intereses y niveles de poder muy diferentes interactúan y están relacionados con la salud. Aun cuando las decisiones políticas y acciones de estos actores tengan como objetivo final la salud, pueden producir efectos colaterales negativos que pueden generar un perjuicio en ella. Incluso es posible advertir sobre fuertes asimetrías de poder entre actores con intereses en conflicto o muchas veces contrapuestos influyen decisivamente los determinantes políticos de la salud (Comisión The Lancet, 2014)

Sin duda, la pandemia de covid-19 constituye uno de los riesgos que surgen producto del actual proceso de globalización, en el contexto de mayor interdependencia e interconectividad entre los Estados y que esfuman los límites entre lo global y lo nacional. La covid-19 ha puesto una fiel evidencia, más que nunca, como a la luz del actual proceso de globalización las enfermedades trascienden las fronteras, convirtiéndose en una pandemia que afecta y pone en riesgo a todos a nivel global. De esta forma, los países además de sus problemas nacionales vinculados a sus determinantes de la salud, deben afrontar la transferencia internacional de riesgos para la salud. El control de la transferencia internacional de riesgos y de los daños que se asocia a ella rebasa la capacidad de los gobiernos nacionales para proteger a sus poblaciones por lo que se hace imperativa la cooperación entre países.

Producto de este modelo de producción y consumo global, los episodios de salud pública internacional con potencial pandémico se han acentuado en los últimos años. En 2003

la epidemia del SARS cobró miles de víctimas en China y ocasionó pérdidas millonarias con despliegue de esfuerzos de salud pública involucrando países ricos y pobres y declarando el estado de alerta en la mayoría de los aeropuertos internacionales y puestos de fronteras. En 2009 una amenaza de influenza de H1N1 con potencial pandémico se originó en México. Pocos días después en todas partes del mundo nos encontramos alarmados frente al rápido contagio de esta enfermedad e implementando medidas para evitar su contagio. En 2014 el brote del virus del ébola originado en África occidental fue una de las epidemias viral hemorrágica más grandes en la historia, amenazando esparcirse internacionalmente y con potencial pandémico.

Como es posible observar a partir de los ejemplos citados ut supra, en la actualidad, es a todas luces innegable que algunos de los nuevos desafíos sanitarios requieren de respuestas internacionales por medio de la cooperación, la diplomacia de la salud y la gobernanza global para la salud. La pandemia de coronavirus nos ha enseñado que, pese a los avances médicos y tecnológicos, los humanos seguimos siendo extremadamente vulnerables ante patógenos desconocidos y para garantizar la cura o la inmunización es necesario esquemas de gobernanza solidarios, con acción intersectorial y con responsabilidades compartidas.

Para responder la pregunta de colocada inicialmente de: *¿Cómo respondieron las organizaciones regionales en las Américas y en particular en América del Sur frente a la pandemia?* Es posible sacar las siguientes conclusiones:

Es el actual escenario global, la hipótesis que sostiene la presente tesis es que el nivel regional o subregional permite un contexto de oportunidades y potencial para afrontar muchos de los actuales problemas de salud global y que se originan del referido proceso de globalización, como es la pandemia de Covid-19. La diplomacia regional en salud se presenta como una oportunidad para el accionar colectivo y la resolución de muchos de los desafíos de salud.

Como ya fuera señalado en párrafos anteriores, la región permite las oportunidades de cooperación de territorios próximos, que comparten desafíos no solo por el proceso de globalización, sino por su proximidad geográfica y que se traduce en un sistema de gobernanza regional o subregional.

La diplomacia de la salud y la cooperación para el control internacional de los riesgos en salud son antiguos y de larga data en las Américas, dando origen al organismo de salud internacional más antiguo de la historia: la OPS.

A diferencia del momento de creación de la OPS en 1902, donde la amenazas y riesgos a la salud, a la luz de la intensificación del comercio internacional permitieron el

fortalecimiento de la gobernanza regional en salud, la actual pandemia la encontró al borde de la quiebra. Como hemos analizado en el capítulo 1, la OPS ha tenido que redefinir sus “*reglas de juego*” y las negociaciones de la diplomacia de la salud, a la luz de su prestigio histórico, le han permitido superar la crisis. No obstante, el contexto pandémico debería generar la reflexión sobre la capacidad de influencia o normativa en un contexto pandémico. No parece apropiada, que frente a una pandemia que ha hecho epicentro en la región, con un fuerte impacto no solo en la salud, sino también en lo económico y social, las decisiones de la gobernanza regional no tengan algún carácter más vinculante para los países.

Como hemos reflexionado a partir de la crisis originada por el “*Programa Mais Médicos*”, que originaron los cambios de las reglas en la gobernanza de la OPS, la existencia de transparencia y mecanismos apropiados de responsabilización (accountability) es una condición necesaria tanto para garantizar los recursos, el prestigio, como la influencia de la organización.

La OPS es una organización de gobernanza regional en salud, que a lo largo de sus 119 años de existencia le ha permitido acumular prestigio. Ese prestigio le ha permitido superar, en alguna manera, la crisis significativa en sus recursos en el momento del inicio de la pandemia. Sin embargo, en cuanto a su influencia observamos que las limitaciones propias de la gobernanza global en cuanto a la naturaleza no vinculante de sus decisiones limita su accionar en un contexto pandémico.

Asimismo, frente al mayor desafío de la diplomacia y cooperación en la región, como es el acceso a la vacuna, inicialmente se ha alineado a la iniciativa COVAX, en la cual tiene escasa gobernabilidad y la falta de transparencia, retraso de entregas de las vacunas, así como la poca respuesta que ha tenido este mecanismo para el acceso equitativo en la región^{xxi}. La falta de eficacia del mecanismo COVAX, así como el déficit en su transparencia y la poca priorización que ha tenido la región como epicentro de la pandemia ha repercutido en la OPS, generado perjuicio en la imagen y prestigio de la organización ante muchos de sus Estados miembros.

Frente al fracaso de mecanismos globales como el COVAX para el acceso a la vacuna, los países de la región han desplegado estrategias bilaterales de negociación y adquisición de

^{xxi} Solo como ejemplo: Haití, el país más pobre de las Américas, en el momento de escribir estas conclusiones ha recibido del COVAX 500.000 dosis, que cubre menos del 4,33% de su población. Ver: PAHO (2021) “Tracker Covax Initiative-COVID-19 Vaccine Deliveries in the Americas” Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMjA5ZDAXMmEtYTIjNC00M2I0LWE5MjUtYWQzZGQxNDc4OThhIiwidC16ImU2MTBInzljLTJlYzAtNGUwZi04YTE0LTFINGIxMDElMTlMnyIsImMiOjR9.> Acceso 8 de octubre de 2021.

vacunas. No obstante, muchos países todavía tienen problemas de acceso a las vacunas, así como problemas de acceso en regiones o áreas al interior de los mismo.

Como se ha señalado en el capítulo 1, el prestigio de la OPS acumulado a lo largo de 119 años, le sirvió para redefinir sus reglas de juego al interior de la organización y a retomar una actuación frente a la pandemia. Ahora bien, el mayor desafío que tiene actualmente la región es el acceso a todos los países de la vacuna pandémica y tener capacidades para enfrentar nuevos episodios con potencial para nuevos episodios internacionales. En tal sentido, la Resolución recientemente aprobada por los Cuerpos Directivos de aumentos de capacidades de producción podrían abrir una importante ventana de oportunidades para liderar los esfuerzos de los países del sector salud, de la ciencia y la tecnología y de la producción en pro de superar los niveles de dependencia de la región.

Asimismo, las iniciativas de integración regional, como la CELAC y el PROSUR empiezan a desplegar iniciativas para aumento de capacidades productivas y para propiciar el acceso a la región. Y otras iniciativas como el MERCOSUR y la CAN ya han manifestado la importancia en el acceso a la vacuna e insumos estratégicos de salud para la respuesta a la pandemia y otros episodios con potencial pandémico.

El carácter sistémico de la pandemia, en el que *“nadie estará a salvo hasta que todos estemos a salvo^{xxii}”* implica la necesidad de articular respuestas y mancomunar esfuerzos para que todos los países de la región accedan a la vacuna y se inmunicen. Sino lo hacemos, corremos el riesgo de una nueva mutación del virus, pudiendo perder la eficacia en la inmunización.

En este contexto, la OPS debería ser el “gran jugador” (*big player*), que a la luz de la necesidad de avanzar en la salud como requisito para retomar el camino para el desarrollo en la región, articule los esfuerzos de todas estas iniciativas, orientándolas estratégicamente y con un fuerte componente relacional, más que de su capacidad técnica una capacidad de diplomacia de salud en la región.

Aún cuando la OPS ha dado un importante paso, al aprobar una normativa vinculada al relacionamiento con agentes no estatales, la misma es limitada para la articulación con las

^{xxii} La frase *“nadie estará a salvo hasta que todos estemos a salvo”* fue citada en diferentes discursos en la gobernanza global de la salud y ha sido referido por diversos autores haciendo referencia al carácter sistémico de la pandemia y la necesidad de cooperar para eliminarla a nivel global, bajo el riesgo de la mutación del virus si grupos de población no acceden a las vacunas. De esta manera más de 20 líderes mundiales ente ellos Macron, Johnson, Merkel hicieron una declaración el 30 de marzo de 2021, llamada *“La Covid-19 muestra por qué es necesaria una acción conjunta para una arquitectura sanitaria internacional más sólida”*. Ver <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/op-ed---covid-19-shows-why-united-action-is-needed-for-more-robust-international-health-architecture> . La frase ha sido repetida por autores como Stiglitz, Spence & Ghost (2021); por la Cruz Roja; la Comisión Europea y por diversos medios de prensa, entre otros.

redes. Incorporar reglas de juego, mas o menos estables que como mecanismos de relacionamiento formales permitan la articulación con las redes, que se analizan en el capítulo 3, permitiría una mayor participación y representación de actores (especialistas en salud, escuelas de salud pública, escuelas técnicas en salud) estableciendo un círculo virtuoso para la gestión del conocimiento y la cooperación de la organización.

Tradicionalmente, la OPS ha impulsado el trabajo en red en diferentes temáticas, así como la UNASUR y otras iniciativas de integración. El contexto pandémico ha abierto una ventana de oportunidades para la actuación de las redes de cooperación en la región. La intensificación de la comunicación entre sus miembros frente a un desafío común como es la pandemia y los problemas decorrentes de ella, el camino de la virtualidad abierto por las medidas de aislamiento, la necesidad de reflexión sobre problemas cotidianos que enfrentan los actores sobre una situación relativamente nueva han abierto una ventana de oportunidades para la solidaridad y la cooperación como principios básicos sobre los cuales se construyen las redes colaborativas en salud.

La acción de las redes, su interacción siempre se hace a partir del respeto a las características de cada uno de sus miembros, instituciones y contextos nacionales, donde no todos son iguales o poseen las mismas capacidades, sino que es justamente esta singularidad de cada uno de ellos, esta heterogeneidad entre los miembros de las redes que en un contexto de intercambio, de comunicación permite contribuir a la solución de problemas comunes constituyendo un círculo virtuoso para el aprendizaje conjunto, para la producción de recomendaciones sobre diferentes temas que se constituyen como bienes públicos regionales, para volver a los individuos o instituciones como protagonistas. Es a partir de la reflexión colectiva que convierten informaciones en conocimientos apropiados para la formulación de estrategias y toma de decisiones para dar respuesta a la pandemia.

Con relación a las iniciativas de integración regional, diferencias ideológicas entre los países las han debilitado a las mismas produciendo lo que hemos llamado su letargía. Los países han dado respuesta individualmente, replegándose a su interior y se ha observado como nunca al interior de los mismos, como la salud ha tomado un papel protagónico en la opinión pública y en las políticas de gobierno. La pandemia ha puesto de manifiesto como nunca que, así como las perspectivas de salud individual resultan insuficientes para responder a la pandemia y hace falta la presencia de un “*Estado que nos cuide*”, las respuestas nacionales por si solas no van a ser capaz de superar la epidemia. En tal sentido, la preocupación de cada uno de los países por la salud tendría que ser la oportunidad para estrechar la solidaridad, la cooperación y emprender mayores negociaciones por la salud y sus determinantes. Y que, en

este sentido, condiciones más apropiadas para afrontar muchos de los actuales problemas de salud internacional se consiguen a escala regional y subregional. La diplomacia regional de la salud se presenta como una oportunidad para el accionar colectivo y la resolución de muchos de los desafíos de salud como la pandemia entre los países miembros de las iniciativas de integración regional, así como entre estas.

Un papel activo en la gobernanza regional y subregional en salud es fundamental para el enfrentamiento a la epidemia del nuevo coronavirus, así como para los nuevos posibles desafíos de salud de interés internacional, pues simplemente cerrar fronteras no es la solución. La pandemia ha demostrado ser un problema que puede impactar profundamente la economía global y este impacto demuestra el carácter estratégico de la salud tanto para las iniciativas de viejo regionalismo que impulsaba el libre comercio, así como las nuevas generaciones de integracionismo más de naturaleza ideológica y social.

La diplomacia regional de la salud debería permitir promover la acción colectiva de los países para la construcción de inteligencia sanitaria para la vigilancia y la definición de medidas que sirvan para la supresión o mitigación de la Covid-19, así como para la emergencia de nuevos virus con potencial pandémico. Por otro lado, no tiene sentido excluir un territorio por ideología, como por ejemplo Venezuela o cualquier otro país. La pandemia afecta a todos, sin distinción; o todos o nadie.

Si bien, desde el punto de vista ideológico, la región vive un escenario muy heterogéneo y apoya diversas iniciativas de integración, más que nunca, con el liderazgo y papel de la OPS, es el momento de articular los esfuerzos de todas las agencias, las iniciativas de integración y las redes de cooperación estructurantes para abordar conjuntamente los desafíos de salud a través de la cooperación y la diplomacia en salud en la región.

En el caso de Sudamérica, una subregión integrada por 12 países entre los que se observan cerca de 48 límites fronterizos a lo largo de más de 17 mil kilómetros, sin duda un tema clave en la agenda de la gobernanza debería ser el tema de fronteras y salud. Existen importantes experiencias de cooperación en los territorios de fronteras para el trabajo conjunto y la cooperación. En un mundo globalizado, la tecnología para evitar la propagación de la pandemia, no puede ser el cierre de las fronteras, sino que deberían desplegarse esfuerzos para la vigilancia conjunta, el seguimiento de casos sospechosos, la notificación conjunta, entre otras. Pero lamentablemente, el tema ha estado ausente o solo tuvo un carácter enunciativo en las iniciativas de integración analizadas.

Frente a la inmensa asimetría y desigualdades entre naciones a nivel mundial, en un escenario geopolítico donde dos de las principales potencias mundiales como son China y

Estados Unidos se disputan la hegemonía sobre la región, la cooperación en salud para dar respuesta a la pandemia debería plantearse como un “*punte para la paz*”, trascendiendo divisiones políticas entre los gobiernos de la región y la diplomacia de la salud debe promover un diálogo regional fomentando la solidaridad y la colaboración para contribuir al regreso a la “normalidad”.

El fuerte impacto de la pandemia en nuestra región hace que la idea de “*la salud como puente hacia la paz*” (OPS, 1989)^{xxiii} sea más actual que nunca. Y, en este sentido, la actual crisis sanitaria, económica y social debe ser una oportunidad para intensificar el diálogo regional y fortalecer los lazos de cooperación técnica en salud. Los Estados Miembros deben asumir un mayor liderazgo, junto con la OPS y otros actores mencionados anteriormente, para aprovechar la oportunidad de producir insumos estratégicos en salud como actividad económica generadora de desarrollo.

Más que nunca, la única salida a un problema de salud que no respeta fronteras es la cooperación internacional bien coordinada. Esta es la forma de que la región enfrente de manera eficiente el desafío de garantizar el acceso a la vacuna a todos sus países, avanzando hacia la salud universal y superando el desafío de la pandemia Covid-19.

A la pregunta de *¿Cómo han sido los vínculos entre los esfuerzos de las iniciativas de integración y la respuesta de los países?* Podemos decir, que la misma ha sido mas enunciativa y declarativa, que de proyectos concretos de acción en respuesta a la pandemia. Como ya se ha hecho mención, los países se replegaron a su interior y no plantearon estrategias conjuntas y el cierre de fronteras, tal vez es el principal indicador al respecto.

No obstante, la actuación de las redes parece iluminar un camino donde las personas que están en las Escuelas de Salud Pública, los técnicos en salud, los Institutos Nacionales de Salud han generado intercambios y han reconocido problemas comunes y producido soluciones colectivas para los problemas que generaba la pandemia en la región.

La gobernanza regional de la salud debe ser la arena, donde, por excelencia, se desarrollen estas negociaciones diplomáticas y donde los gobiernos nacionales podrán

^{xxiii} La estrategia de “*Salud un puente para la Paz*”, fué impulsada por la OPS en Centro América en un escenario de conflictos y sufrimientos sociales y económicos, que resultó en un deterioro en las condiciones de vida y un sistema de salud frágil, en tal sentido se promovió la idea que paz, salud y desarrollo eran indivisibles y que las divergências ideológicas debías ser superadas por médio de una convocatória internacional para fortalecer los lazos entre los países y garantizar “*salud para todos*”. Ver OPS (1989) “Salud: Un puente para la Paz” Disponible em:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/36799> Acceso 20 de setembro 2021.

encontrar un accionar común que permita por medio de la colaboración, la cooperación y la diplomacia de la salud articular sus intereses para retomar la “*normalidad*”, donde la agenda 2030, es el camino para un modelo de desarrollo. Si bien a menudo se ha difundido la consigna “*pensar global y actuar local*”, algunos desafíos sanitarios como la actual pandemia requerirían *pensar local* a nivel de cada uno de los países, y *actuar regionalmente* mediante la acción colectiva de los países para actuar en un *mundo global*.

El presente estudio tuvo algunos límites. En la presente tesis, se ha pretendido arribar a un conjunto de hipótesis que se presentan a manera de conclusión. No obstante, el hecho de no haber podido realizar entrevistas a los propios representantes de la diplomacia de la salud de los países, que participan en las gobernanza regional y subregional en salud ha sido un limitante. Asimismo, los diferentes artículos que forman parte de los capítulos consideraron diferentes períodos y se publicaron en diferentes momentos, en un escenario marcado por cambios acelerados e incertidumbres frente a la dinámica de la pandemia. El desarrollo de la investigación en este contexto cambiante presenta sus propios desafíos.

Otra limitación es que durante el transcurso de la pandemia, si bien no se trata de un organismo de gobernanza regional en salud, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe ha tenido un importante desempeño generando evidencia y haciendo abogacía (advocacy) con relación al impacto de la pandemia económico y social y propiciando retomar la integración como un camino para el crecimiento de la región. No hemos abordado a la CEPAL ni tampoco la Organización de Estados Americanos OEA, que también ha tenido un posicionamiento de actores e impulsado medidas en relación a la pandemia. Por lo expuesto, tal vez sería apropiado que en futuros estudios analicen la resupuesta de la CEPAL y de la OEA a la pandemia.

La realidad tan dinámica de la pandemia ha generado cambios significativos y todavía es demasiado pronto para saber cómo se reconfigurarán las organizaciones internacionales después del período más crítico del Covid-19. En este sentido, tal vez la presente tesis podría contribuir al desarrollo de estudios futuros que profundicen el papel de cada organización y hagan un balance más detallado de las repercusiones de sus acciones durante todo el período de la pandemia.

Además, la investigación reiteró lo señalado por varios autores: la necesidad de fortalecer los mecanismos de cooperación y solidaridad global en salud, que trasciendan las fronteras nacionales, en un mundo cada vez más asimétrico y desigual.

REFERENCIAS

ADRIANI, L & PINEDO, J (2020) “*Diagnóstico de Situación de los Comités Populares y Comités Municipales de La Plata ante la emergencia sanitaria de Covid-19- Agosto 2020*”. Comisión de Relevamiento y Monitoreo de la Emergencia Sanitaria en el Gran La Plata de la FAHCE para representantes de los Comités de Emergencia Municipal coordinados por el Consejo Social de la Universidad Nacional de la Plata. Informe N°4. Outubro 2020. Disponible: <http://www.fahce.unlp.edu.ar/extension/descargables/informe-n-4-fahce-octubre-2020-covid-19-p-comites> . Acceso 20Jan2021.

ALMEIDA, C. (2010) “*A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados*”. RECIIS, Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar. 2010. p. 148-164.

ALMEIDA, C. (2017). “*Saúde Política Externa e Cooperação Sul-Sul*”. Publicado en BUSS, P.M. & TOBAR, S. (ORG) (2017) “*Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Págs 41-86. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2017.

ALMEIDA, C. M. *et al.* (2010) “*A concepção brasileira de ‘cooperação Sul-Sul estruturante’ em saúde*”. ReCiis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, 4(1): 25-35, 2010. Disponible en: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/696>>. Acceso: 2/10/20.

AMORIN, C (2020) “*Los Pergaminos del Nuevo Mundo*”. Publicada en Revista de Nueva Sociedad-NUSO. Sección Opinión. Julio de 2020. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/postales-de-un-mundo-que-cambia/> Acceso septiembre de 2021.

ARGENTINA (1994) “*Constitución de la Nación Argentina*”. Disponible: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/constitucion-argentina_lectura-facil_0.pdf . Acceso 18Out.2020.

ARGENTINA. (1970) “*Ley N°18610. PODER EJECUTIVO NACIONAL*” (P.E.N.) “*OBRAS SOCIALES: NORMAS DE FUNCIONAMIENTO*. Fecha de sanción 23-02-1970. Publicada en o Boletín Nacional do 05-Mar-1970. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-18610-115615>. Acceso 18Out.2020

ARGENTINA (2011) “*Ley N°26.682 Marco Regulatorio de Medicina Pré-paga*”. Sancionada: Mayo 4 de 2011 Promulgada: Mayo 16 de 2011” Disponible: https://www.ssalud.gob.ar/novedades/archivosGSB/documentos/ley_26682.pdf Acceso 18Out.2020

ARGENTINA (1960). “*Ley N° 15.465. Salud Publica: Se declara obligatoria, en todo o territorio de la Nación, a notificación de los casos de enfermedades infecciosas*”.. Sancionada en septiembre de 1960. Promulgada en Octubre 24 de 1960. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm> Acceso: 18Out.2020.

ARGENTINA (1964) “*Decreto N° 3649/64 Reglamentarios de Ley de Notificación de casos de Enfermedades Infecciosas*” . Disponible: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm> Acceso: 18Out.2020.

ARGENTINA (1979) “*Decreto N° 2771/1979 Reglamentarios de Ley de Notificación de casos de Enfermedades Infecciosas*”. Disponible:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm>

Acceso: 18Out.2020.

ARGENTINA (2020). “*Cadena Nacional do Presidente Alberto Fernández por Emergencia do Corona virus*”. 11 de marco. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=E-gTBdJj1u8>. Acceso 25 Outb.20.

ARGENTINA (2020) “*Programa Detectar*”. Disponible: <https://www.youtube.com/watch?v=MVpWF9dPZqo> . Acceso 25Out.20.

BANTA, James E. (2001) “*From International Health to Global Health*” – Commentary. Journal of Community Health, vol. 26, N.2, 2001.

BIRN, A. E. (2009) “*The stages of international (global) health: histories of success or successes of history?*” Glob Public Health, 4(1), 2009.

BIRN, A, (2014) “*Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda*”. Hypothesis 2014, 12(1): e8, doi:10.5779/hypothesis. v12i1.229.

BROWN, T.; CUETO, M & FEE, E. (2006) “*The Global Health Organization and the transition from “international” to “global” public health*”. American Journal of Public Health, V.96. N.1, 2006.

BUNYAVANICH, S. e WALKUP, R.B. (2001) “*US Public Health Leaders Shift Toward a New Paradigm of Global Health*”. Editorials. American Journal of Public Health. V.91, N.10, Oct. 2001. p.1556-1558.

BUSS, P.M. & FERREIRA, J.R. (2010) “*Ensaio Critico de Cooperação Internacional em Saúde*”. Revista Eletrônica de Comunicacao, Informação e Inovação em Saúde- Reciis. 4 (1):93-105, 2010.

BUSS, P and TOBAR, S (ORG) (2017).“*Diplomacia de la Salud y Salud Global: Perspectivas Latino Americanas*”. Publicado por la Editora Fiocruz. Río de janeiro, Agosto de 2017. 654 p.:il;tab;graf. ISBN: 978-85-7541-497-2.

BUSS & TOBAR (2017) “*Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America and the Caribbean*”. Online Publication Date: April 2018.DOI:10.1093/acrefore/9780190632366.013.24. Disponível em: <http://publichealth.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24>

BUSS, P & TOBAR, S (ORG) (2021) “*Salud Global y Diplomacia de la Salud: una visión desde América Latina y Caribe*”. Rio de Janeiro: Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global-ALASAG, 2021.ISBN: 978-65-87063-08-9.Disponible en: <http://alasag.org/ediciones-alasag/>

BUSS, P.M. ; FERNÁNDEZ ALCAZAR, S. y TOBAR, S. (2021) “*Multilateralismo Global y Pandemia*”. Publicado en Buss, P & Tobar, S (ORG) (2021) “*Salud Global y Diplomacia de la Salud: una visión desde América Latina y Caribe*”. Paginas 211-220. Rio de Janeiro : Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global-ALASAG, 2021.ISBN: 978-65-87063-08-9. Disponible en: <http://alasag.org/ediciones-alasag/>

BUSS, P.; TOBAR, S. y MINAYO, M. (2021) “*Cumbre de la CELAC reafirma alianza regional para enfrentar a pandemia e producir vacunas*”. Traducción propia. Publicado en el Block del Centro de Estudios Estratégicos de la FIOCRUZ. Disponible en: <https://cee.fiocruz.br/?q=Cupula-da-Celac-reafirma-alianza-regional-para-enfrentar-a-pandemia-e-produzir-vacinas-por-Paulo-Buss-Sebastian-Tobar-e-Miryam-Minayo>

BUSS, P. and TOBAR, S. (2018) “*Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America*”. Published in the Global Public Health. Oxford Research Encyclopedias. Subject: Global Health, Public Health Policy and Governance, Special Populations. Disponible en: <http://publichealth.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24?p=emailAuWjw3fPYOFoU&d=/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24>

BUSS, P.; TOBAR, S.; FEO, O.; MATIDA, Á.; HOIRISCH; C. (2017). “*A Saúde nos Processos de Integração de América Latina e do Caribe*”. Publicado en BUSS, Paulo and TOBAR, Sebastián (orgs). *Diplomacia de la Salud y Salud Global: Perspectivas Latino Americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2017. Páginas. 421-484.

CASA ROSADA (2020) “*Anuncio del Presidente de la Nación, Alberto Fernández; del Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Horacio Rodríguez Larreta y del Gobernador de la provincia de Buenos Aires, Axel Kicillof*”. Buenos Aires 3 de agosto de 2020. Disponible: <https://www.caserosada.gob.ar/informacion/discursos/46999-anuncio-del-presidente-de-la-nacion-alberto-fernandez-del-jefe-de-gobierno-de-la-ciudad-de-buenos-aires-horacio-rodriguez-larreta-y-del-gobernador-de-la-provincia-de-buenos-aires-axel-kicillof> Acceso Mayo,2021-05-07

CEPAL.(2020) “*Observatorio Covid-19 en América Latina y el Caribe: Impacto económico y social*” [Internet]. Santiago: CEPAL, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cepal.org/pt-br/taxonomy/term/834215>.

CEPAL. (2020) “*Observatorio Covid-19 en América Latina y el Caribe: Impacto económico y social*” [Internet]. Santiago: CEPAL, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cepal.org/pt-br/taxonomy/term/8342>. Acceso 4 de abril de 2021

CEPAL (2021) “*Panorama Social de América Latina*”. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2021. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2100150_es.pdf . Acceso 13 de abril de 2021.

CEPAL (2014). “*Integración Regional: Hacia una Estrategia de Cadenas de Valor Inclusivas*”. 125 p.; Santiago de Chile, Mayo de 2014. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/36733>. Acceso sept.2021.

CEPAL (1994). “*El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe. La integración económica al servicio de la transformación productiva con equidad*”. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Documento CLC/G.1801/Rev. 1-P.

CEPAL/OCDE/BID/CIAT (2021) “Informe Estadísticas Tributarias en América Latina y el Caribe 2021, aumentaron modestamente previo a ser impactadas por la crisis de la Covid-19”. CEPAL, Santiago de Chile. Abril de 2021. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/ingresos-tributarios-america-latina-caribe-aumentaron-modestamente-previo-ser-impactados> . Acceso: septiembre 2021.

CLARIN (2020). “Pandemia – Coronavirus en Argentina: Quienes Integran el Comité de Expertos que Asesora a Alberto Fernández”. Publicado en el Diario Clarín del 29 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-integran-comite-expertos-asesora-alberto-fernandez_0_D5ZVoVBW1.html . Acceso 10Jan.2021.

CO.FE.SA (2020-2021) “Actas del Consejo Federal de Salud-COFESA” Disponibles en Página web del Ministerio de Salud:. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cofesa/actas>. Acceso 27Nov.2020

COMINI, N. (2019) “Debates contemporáneos sobre el regionalismo. Una Mirada desde la estrategia de Inserción argentina”. Publicado en Estudios Sociales del Estado. Volumen 5, Número 9, pp.124 a 151. Primer Semestre de 2019, ISSN, 2422.7803

CORBO, A.M.D. & PRONKO, M.A. (2009) “A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul”. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ: Informe sobre Saúde Global e Diplomacia da Saúde” Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/cadernos-cris-informe-sobre-saude-global-e-diplomacia-da-saude>. Acceso septiembre de 2021.

CUETO, M. (2015) “Saúde Global: uma breve história”. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2015.

DABÈNE, O. (2012) “Explaining Latin America’s Fourth Wave of Regionalism. Regional Integration of the Third Kind”. Congress of the Latin American Studies Association (LASA), San Francisco, 23-26 May.

DOGSON, R.; LEE, K. & DRAGER, N. (2002) “Global health governance: a conceptual overview”. Geneva: Centre on Global Change & Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Dept of Health & Development, World Health Organization, Feb. 2002. (Discussion Paper n. 1). Disponível em: www.researchgate.net/profile/Kelley_Lee/publication/242472817_Global_Health_Governance_A_CONCEPTUAL_REVIEW/links/0046352b0e94294750000000.pdf. Acceso em: jul. 2016.

FERNANDEZ PARDO, Carlos (2001) “Régimen Internacional del Trabajo: La OIT en la Política Mundial”. Publicado por AD-HOC. Vilella Editor Buenos Aires, Marzo 2001.

FIDLER, D. P. (2001) “The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy”. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 2001.

FOCEM (2012) “Proyecto de Investigación, Educación y Biotecnología Aplicada a la Salud”. Disponible en: <https://focem.mercosur.int/es/proyecto/investigacion-educacion-y-biotecnologias-aplicadas-a-la-salud/>

FORTES, Paulo A. C. e RIBEIRO, Helena. (2014) “Saúde Global em Tempos de Globalização”. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.23, n.2, 2014.

FRANCO-GIRALDO, A. e ÁLVAREZ-DARDET, C. (2009) “*Salud Pública Global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana*” A. Rev Panam Salud Publica. v.25. n.6, 2009.

FRANCO, T.B.; (2006) “*As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde*”. In Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRENK, J. and MOON, S. (2013) “Governance Challenges in Global Health”. Published by The New England Journal of Medicine. Pages 936-942. Retrieved from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1109339> Accessed: august 22, 2017

GARAY, J, HARRIS, L e WALSH, J. (2013) “Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term”. *Rev. Face à Face*. 12, 2013

GIRARDI SN; VAN STRAALEN ACS; CELLA JN; MAAS LWD; CARVALHO CL; FARIA EO. (2016) Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2016; 21:2675-84

GOCAN, S. & LAPLANTE, M.A. (2014) “*Interprofessional Collaboration in Ontario’s Family Health Teams: A Review of the Literature*”. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, Vol. 3.3 January, 2014.

GROISMAN, D. *et al.* (Coord.).(2020) “*Orientações para Cuidadores Domiciliares de Pessoa Idosa na Epidemia do Coronavírus – Covid-19.*” Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, Ict/Fiocruz, 2020. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/CartilhaCuidadorIdoso_Covid-19.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

HOPKINS University Of Medicine. “Coronavirus Resources Center”. Disponible: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acceso septiembre de 2021.

HONG, J., CHANG, R., Chang and VARLEY K. (2021) “*The Covid Resilience Ranking: The Best and Worst Places to Be as Variants Outpace Vaccinations*”. Publicado en 26 de abril de 2021. Disponible: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/> Acceso mayo 2021.

HUFTY, M; BASCOLO, E y BAZZANI, R. “*Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*”. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, suppl., pp.S35-S45. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001300013>.

INDEC (2020) “*Proyecciones y estimaciones*”. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-24>. Acceso 21 Dez.2020

KEMPER ES, MENDONÇA AVM, SOUSA MF (2016). Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(9):2781-2792;

KICKBUSCH & BERGER, (2010) “*Diplomacia da Saúde Global*” *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. RECIIS. 4(1): 19-24. Mar:2010

KIKBUSCH, I, NIKOGOSIAN, H.; KAZATCHKINE, M. & KOKÉNY, M. (2021) “*A guide to Global Health Diplomacy-Better Health- Improved Global Solidarity- More Equity*”. Graduate Institute. Global Health Center. Geneve, Suisse, 18 de Febrero de 2021. 254 pags.

KICKBUSCH & BERGER, (2010) “*Diplomacia da Saúde Global*” Revista Eletrônica de Comunicao, Informacao e Inovacao em Saúde. RECIIS. 4(1): 19-24. Mar:2010

KLIGERMAN J.P. (2002) “*100 años de panamericanismo 1902 – 2002*”. Publicado en Perspectiva de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud: Volumen 6, Número 2 – 2002. Disponible en: https://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero12_article3_5.htm Acceso 4 de abril de 2021

LEAL, A. L. G. *et al* (2020). “*Ferramenta de Bolso para Agentes de Saúde e Cuidadores da Ativa em Defesa da Vida na Epidemia Covid-19*”. Rio de Janeiro: Disponible en: EPSJV/Fiocruz, 2020. Disponible en: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/ferramenta%20de%20bolso%203.pdf>. Acceso en: 18 set. 2020.

LEE, K. & SMITH, R. (2011) “*What is global health diplomacy*”. A conceptual review. Global Health Governance, V(I):9-10, 2011. Disponible en: <http://summit.sfu.ca/item/10865>. Acceso septiembre de 2020.

MALAMUD, A. y GARDINI, G (2012) “*Has Regionalism Peaked? The Latin American Quagmire and its Lessons*”. The International Spectator: Italian Journal of International Affairs, 47:1, 116-133.

MEDINA MG; ALMEIDA PF; LIMA JG; MOURA D; GIOVANELLA L (2018). “*Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil*”. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 42(1): 346-360

ONU (2015). “*Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*”. Organização das Nações Unidas, Nova York, 2015.

MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2020).”*Acta 01/20 de la III Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud*”. Asunción, República del Paraguay, el día 19 de febrero de 2020. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/7463>

MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2020).”*Declaración de Ministros de Salud del Mercosur ante la situación epidemiológica del dengue, sarampión y coronavirus (covid-19) en el Mercosur*”. Asunción, 19 de febrero de 2020. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/7463> . Acceso marzo de 2020.

MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2020). “*Acta N° 01/20 de la XLVI Reunión Ordinaria de Ministros de Salud*”. Reunión virtual realizada el 18 de junio de 2020. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/7875> . Acceso julio de 2020.

MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2020) “*Acta N°2/20 de la XLVII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud*”. Reunión virtual realizada el 3 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/8622>. Acceso enero de 2021.

MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2020) “*Declaraciones de la XLVII RMS*” . Reunión virtual realizada el 3 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/8246> Acceso enero de 2021.

MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2021) “*Acta N° 01/20 de la XLVIII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud-RMS*”. Reunión virtual realizada el 16 de junio de 2021. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/8483> Acceso julio de 2021.

MERCOSUR-Reunión de Ministros de Salud (2021) “*Acuerdos y Declaraciones de la XLVIII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud-RMS*”. Reunión virtual realizada el 16 de junio de 2021. Disponible en: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/8483> Acceso julio de 2021.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2021) “*Sin salud no hay presente y sin educación no hay futuro. Unidos por un regreso seguro a la escuela*”. Publicado el domingo 14 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/sin-salud-no-hay-presente-y-sin-educacion-no-hay-futuro> . Ingreso en mayo 2021.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (1994). Resolución del Ministerio de la Salud N° 394/1994.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2007) “*Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria*”. Disponible en: <http://www.snvs.msal.gov.ar/descargas/Manual%20de%20Normas%20y%20Procedimientos%202007.pdf> . Acceso 18Out.2020.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2020) Boletín Integrado de Vigilancia. Edición Semanal. BIV 514 | SE 38. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_514_se_38.pdf. Acceso 26Out.20

MINISTÉRIO DE SAÚDE DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2020) Todos los “Partes Diarios” Disponibles: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/enero2021>

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2021) Informes de Salas de Situación del Ministerio de la Salud de la República Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/enero-2021> . Acceso 14Jan.21

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2021) Informes de la Sala de Situación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/enero-2021> . Acceso 10Jan2021

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA (2007) “*Normas de Vigilancia y Control de las Enfermedades o Eventos de Notificación Obligatoria, las que se incorporan al Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica*”. Ministerio de Salud, Buenos Aires, 7 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/135000-139999/135830/norma.htm> . Acceso agosto de 2021.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2020) Programa Detectar. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar> . Acceso 25 de Octubre de 2020.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2021). “*Vacuna Covid-19*” . Disponible: https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna?gclid=CjwKCAiA9bmABhBbEiwASb35V89iCoyZUf1Y_RgDpkXNIW_Cbgw2tB6CW55QbZkYta5RZ7mvqx_neRoCoosQAvD_BwE . Acceso 20 enero de 2021.

OMINANI, C. (2021) “*Prosur: ¿integración o revancha ideológica?*” Publicado en Revista Nueva Sociedad No 291, enero-febrero de 2021, ISSN: 0251-3552, Disponible en: https://static.nuso.org/media/articles/downloads/8.TC_Ominami_291.pdf . Acceso agosto de 2021.

ONU. (2015) “*Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – 2015*”. Organização das Nações Unidas, Nova York, 2015.

ONU (2015) “*Transformando el nuevo Mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda>. Acceso en: septiembre de 2021.

OPS-CEPAL. Salud y economía: Una convergencia necesaria para enfrentar la Covid-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y Caribe [Internet]. Santiago: CEPAL, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/pr/files/hoja_informativa_-ops-cepal._final._spa.pdf . Acceso 30 de Julio de 2020.

OPS (2016). “*Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales*”. Resolución CD.55R.3. Aprobada por el 55.º Consejo Directivo. 68.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington. D.C. 26-30 septiembre 2016. Disponible: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R3-s.pdf> . 24Sept.20.

OPS (2019) “*Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021*” Punto 4.2 del orden del día del 57.º Consejo Directivo. 71.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington. D.C., EUA. 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50373-cd57-od358-s-programa-presupuesto-ops&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es .24sept20.

OPS (2020a) “*Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la Covid-19 en la Región de las Américas*”. Del 17 de enero al 31 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-covid-19-region-americas>. Acceso 25Oct.20

OPS (2020b) “*Reforma de la Gobernanza de la OPS*” 58 Consejo Directivo de la OPS. 72ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Sesión Virtual , 28 y 29 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd587-reforma-gobernanza-ops> Acceso 26 Octubre de 2020.

OPS (2020c). (2020) “*Pandemia de Covid-19 en la Región de las Américas*”. 58^o Sesión del Consejo Directivo. Resolución 166/ 5. Sesión virtual del 28 al 29 de septiembre del 2020. <https://www.paho.org/es/documentos/cd58-6-s-covid-19> . Acceso 5Oct 2020.

OPS (2021e) CD59/INF/1 “*Actualización sobre la Covid 19 en la región de las Américas*”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59inf1-actualizacion-sobre-covid-19-region-americas>. Acceso septiembre de 2021.

OPS (2021f) “Aumento de las Capacidades de Producción de Medicamentos y Tecnologías en Salud Esenciales” Documento CD59/8 de la 59^a Sesión del Consejo Directivo de la OPS. WDC, EUA, Septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd598-aumento-da-capacidade-producao-medicamentos-e-tecnologias-em-saude-essenciais> . Acceso septiembre de 2021.

OPS (2021d) “*Informe Final de la Sesión Especial del Consejo Directivo*”. Sesión Especial del Comité Regional de la OMS para las Américas. Sesión virtual, 10 de diciembre del 2020 Washington D.C. Febrero 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cdss1fr-informe-final> . Acceso 4 de abril de 2021.

OPS (2017) “*Informe de Salud de las Américas. Argentina*”. Disponible: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/argentina&lang=es. Acceso 18Oct.2020.

OPS (2014) 53 Consejo Directivo. “*Plan de Acción sobre Salud en Todas las Políticas*”. Documento CD 53 R.2. Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-s.pdf>. Acceso 10 enero de 2021.

OPS/OMS Sudamérica.(2020) “*Monitoreo de la Respuesta de Países Sudamericanos frente a la Pandemia de la Covid-19*”. Lima, Perú. Mayo de 2020.

ORAS/CONHU (2018) “*Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022*”. Lima, Perú, Agosto de 2018. Disponible en: http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/webfiles/fulltext/plan_estrategico_2018_2022.pdf. Acceso julio 2021.

ORAS/CONHU (2021) “*Notisalud Andinas*”. Boletín N^o55- Lima Perú, Agosto de 2021. Disponible en: <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/Boletin%2055%20agos%2021%20ORAS.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). “*Breve historia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*”. Inter-Forum, 23 abr. 2001. Disponible en: <www.revistainterforum.com/espanol/articulos/042502Naturalmente.html>. Último acceso: agosto de 2015.

PÁGES, T “*Reflexiones críticas sobre la Salud Global*”. S/d. Disponible em: [www.alasag.org/es/images/documentos/REFLEXIONES CRITICAS SOBRE LA SALUD GLOBAL.pdf](http://www.alasag.org/es/images/documentos/REFLEXIONES_CRITICAS SOBRE LA SALUD GLOBAL.pdf) (Acceso em 20/07/2018)

PAHO (2021e) “COVAX Vaccines Covid-19 Deliveries in the Americas” disponible: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoimMjA5ZDAXMmEtYTIjNC00M2I0LWE5MjUtYUWQ>

zZGQxNDc4OThhIiwidCI6ImU2MTBlnZlJLTJlYzAtNGUwZi04YTE0LTFINGIxMDE1MTlmNyIsImMiOjR9. Acceso 21 de mayo de 2021.

PEREIRA, I. D. F. *et al.* (2020) “*Manual sobre Biossegurança para Reabertura de Escolas no Contexto da Covid-19*”. Rio de Janeiro: Disponible en: EPSJV/Fiocruz, 2020. Disponible en: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/manual_reabertura.pdf>. Acceso en: 18 set. 2020.

PLUMPTRE T, and GRAHAM J. (1999) “*Governance and good governance: international and aboriginal perspectives*”. Ottawa: Institute of Governance.

PAHO (2021) “*Cumulative Confirmed and Probable Covid-19 Cases reported by countries and territories in the Region of the Americas*”. Disponible: <https://ais.paho.org/phil/viz/COVID19Table.asp> . Acceso 14 de enero de 2021

PERFIL (2021) “*Los puntos principales del criticado proyecto de ley de restricciones del Gobierno*”. Publicado o 11 de Mayo de 2021. Disponible: <https://www.perfil.com/noticias/politica/los-puntos-principales-del-criticado-proyecto-de-ley-de-restricciones-del-gobierno.phtml>. Ingreso en mayo de 2021.

PODER EJECUTIVO NACIONAL (2021) “*Medidas Generales de Prevención*”. Decreto 241/2021. Buenos Aires 15 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/243058/20210416>. Acceso mayo 2021.

PODER EJECUTIVO NACIONAL DA REPÚBLICA ARGENTINA (2020) Decreto N° 260/2020. Ver “*Emergencia Sanitaria Corona virus (COVID-19) – Disposiciones*. Decreto N°260 publicada en el Boletín Oficial del 12 marzo de 2020. Disponible: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335423>. Acceso 26 Octubre de 2020.

PODER EJECUTIVO NACIONAL. (2020) “*Decreto N° 287 Emergencia Sanitaria. Corona virus (Covid.19)*”. Publicada en el Boletín Oficial del 17 de marzo de 2020. Número 34.327. Página 1. Disponible: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335423> . Acceso 25 Octubre de 2020.

PODER EJECUTIVO NACIONAL (1980) Decreto Ley 22.373 “*Creación del Consejo Federal de Salud*”. – 13 de Enero de 1981. Composición del COFESA, Funciones y Objetivos. Disponible: <http://www.colegionutricionsf.org.ar/documentos/Ley%2022373%20CreaciondelCOFESA.pdf> Acceso 10 de enero de 2021.

PRATS CATALA, J. O. (2003) “*El concepto y el análisis de la gobernabilidad*” Revista Instituciones y Desarrollo N° 14-15 págs. 239-269.

PROSUR PRESIDENCIA PRO TEMPORE DE CHILE (2020) “*Informe de Gestión Marzo 2010-Diciembre de 2020*”. Disponible en: https://foroprosur.org/wp-content/uploads/2020/12/PROSUR_Informe_de_Gestion_2020.pdf

RBBLH (2021) – “*Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano / Fundação Oswaldo Cruz*”. Serie Documentos - Doação de Leite Humano - Lições aprendidas durante a pandemia de Covid-19. [e-book] Rio de Janeiro, 2021.

REDE DE ESCOLAS NACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (RENSP/CPLP). *Site*. Disponible en: <<http://rensp.ensp.fiocruz.br/>>. Acceso en: 18 set. 2020.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE (RETS). *Site*. Disponible en: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/>>. Acceso en: 18 set. 2020a.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE (RETS) (2021). “O trabalho e a formação dos técnicos de saúde em tempos de pandemia de Covid-19”. In: REUNIÃO VIRTUAL DA REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS EM SAÚDE DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (RETS-CPLP), 1, 17 jul. 2020b, online. Disponible en: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/1a-reuniao-virtual-da-rets-cplp>>. Acceso en: 18 set. 2020.

REMSAA (2021) XXXVIII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina 16 de abril de 2021 y REMSAA XXXIX Reunión de Ministros de salud del Área Andina 11 de junio de 2021. Disponibles en: <http://orasconhu.org/portal/portfolio/747>. Acceso julio 2021.

RETS. (2021) “Práticas profissionalizantes”, disponible en: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/epsjv-rets-e-suas-sub-redes-iniciam-ciclo-de-oficinas-sobre-os-desafios-da-formacao-de>.

RETS. (2021) ‘Trabalho e formação docente’, disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/trabalho-e-formacao-docente-foi-o-tema-da-segunda-oficina-do-ciclo-os-desafios-da-formacao>

RESP-AL, “Declaração da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública da América Latina- RESP-AL” Sobre a Pandemia de Covid-19, 2020: http://www.respal.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/declaracao_covid_resp-al.pdf

RIBEIRO, H. (2016) “*Saúde Global: olhares do presente*”. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2016.

RIGGIROZZI, P. y D. TUSSIE, (2012) “*The rise of post-hegemonic regionalism: The case of Latin America*”. Volumen 4.2012.United Nations University.

RIGGIROZZI, P. (2014) “*Regionalism through social policy: collective action and health diplomacy in South America*”. *Economy and Society* (In Press)

RÓVERE, M. (1998) “*Redes: Hacia la Construcción de Redes en Salud- Los Grupos Humanos, las Instituciones y la Comunidad*”. Secretaría de Salud Pública. Rosario. 1998.

RODRÍGUEZ, M. (2021) “Los países en América Latina en los que desarrollan proyectos de vacunas contra la covid-19” Publicado en BBC News Mundo, 30 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56545330> . Acceso 7 de abril de 2021.

SANAHUJA, J., (2012a) “*Regionalismo post-liberal y multilateralismo en Sudamérica: el caso de UNASUR. En Anuario de la Integración Regional de América Latina y el Gran Caribe 2012: El regionalismo “post-liberal” en América Latina y el Caribe: nuevos actores, nuevos temas, nuevos desafíos*”. Coordinadora Regional de Investigaciones Económicas y Sociales.

SÁNCHEZ DE LEÓN, A (2020). “*Los Interrogantes que plantea la Pandemia al Sistema Sanitario*”. Publicado en GRUPO PAIS, Carlos Vasallo (Org.) “La Vuelta a la Pandemia en 12 Semanas”. Pacto Argentino de Inclusión en Salud. Págs. 38-44. Disponible: https://pactoinclusionosalud.org/sincronizacion_controller/Buscarpost/2494. Acceso 10 de Enero de 2021

SÖDERBAUM, F. (2009) “*Comparative regional integration and regionalism*” en *The Sage handbook of comparative politics* (pp.477-496). California: Sage Publications.

SOUZA, P. R. M. & COSTA, P. P. (2019) “*Educação permanente em saúde na formação da rede brasileira de escolas de saúde pública*”. Saúde em Debate, 43(n. especial): 116-129, 2019. Disponible en: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe1/0103-1104-sdeb-43-spe01-0116.pdf>>. Acceso: 18 nov. 2019

TEDROS Adhanom Ghebreyesus (2020) “*Alocución en la Reunión Virtual de Ministros de Salud del G.20*”. Arabia. 19 de abril 2020. Disponible: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/g20-health-ministers-virtual-meeting-saudi-arabia>. Acceso septiembre de 2020

TELAM (2021) “*El laboratorio de la ANLIS Malbrán: un año de lucha contra la pandemia*” . 03/03/2021 CORONAVIRUS. Doce meses después del análisis de la primera muestra de un paciente con coronavirus, la Dra. Elsa Baumeister, Jefe del servicio de virus respiratorios de la ANLIS/MALBRÁN, señala a TELAM el valioso proceso de descentralización del diagnóstico alcanzado en tiempo record en este instituto inaugurado hace 104 años. Materia disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202103/546274-el-laboratorio-de-la-anlis-malbran-un-ano-al-servicio-de-la-salud-de-los-argentinos.html>. Acceso Marzo,2021.

THAKUR R & WEISS T. G. *The United Nations and Global Governance: an idea and its prospects*. Indiana: Indiana University Press, 2006

TOBAR, S.; MARCHIORI BUSS, P.; y FERNÁNDEZ ALCÁZAR, S. (2021) “*Multilateralismo en América Latina y la pandemia*”. Publicado en Buss, P & Tobar, S (ORG) (2021) “*Salud Global y Diplomacia de la Salud: una visión desde América Latina y Caribe*”. Páginas 221 —234. Rio de Janeiro : Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global- ALASAG, 2021.ISBN: 978-65-87063-08-9. Disponible en: <http://alasag.org/ediciones-alasag/>

TOBAR, Sebastián & BUSS, Paulo. “*El MERCOSUR Salud: ¿cuesta abajo frente a la pandemia?*”. Publicado en Revista Movimiento. Buenos Aires, de 30 Junio de 2021. Disponible en: <https://www.revistamovimiento.com/internacional/el-mercosur-salud-cuesta-abajo-frente-a-la-pandemia/>

TOBAR, S. (2019) “*Sistematización de Experiencias de Salud de Salud de Fronteras en América del Sur*”. Publicado por el Programa Subregional para América del Sur. OPS/SAM, Lima, Perú, septiembre de 2019.

TOBAR, S. (2017) “*Governança da Saúde Global e Regional*”. Publicado en MARCHIORI BUSS, Paulo and TOBAR, Sebastián (ORG).“*Diplomacia de la Salud y Salud Global: Perspectivas Latino Americanas*”. Publicado por la Editora Fiocruz. Río de janeiro, Agosto de 2017. Páginas. 385-420.:il;tab;graf. ISBN: 978-85-7541-497-2.

TOBAR, F. y FERNANDEZ PARDO, C. (2001) “*Organizaciones Solidarias: Gestión e Innovación en el Tercer Sector*”. Publicado por Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2001.

TORRENT, R. (2009) “*La integración regional, ante un nuevo cambio de paradigma: reflexiones desde una perspectiva histórica y comparada*”. Secretaría de Integración Económica Centroamericana.

VELÁSQUEZ, G. (2020) “*World Health Organization Reforms in the Time of Covid-19*”. Research Paper 121. South Centre November 2020. Disponible en: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/11/RP-121-rev2.pdf> . Acceso 17Nov 2020

VIDEOSAÚDE DISTRIBUIDORA DA FIOCRUZ (2020) “*Vacinas e medicamentos para COVID-19 como bens públicos globais*”, 30 jul. 2020. Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=exjkp4BeSPo>>. Acceso en: 18 set. 2020.

WHO, 2020 <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>. Acceso 5 de abril de 2020.

WHO, 2020. Covax Facility Background. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/covax/covax-facility-background.pdf?sfvrsn=810d3c22_2

YATES, N. y B. DEACON (2006) “*Globalism, regionalism and social policy: framing the debate*”. UNU-CRIS Ocasional papers.0-2006-06, disponible en: <https://cris.unu.edu/globalism-regionalism-and-social-policy-framing-debate> Acceso septiembre de 2021.

APÉNDICE A - CUADERNOS DEL CENTRO DE RELACIONES INTERNACIONALES EN SALUD UTILIZADOS COMO FUENTES DE RECAUDACIÓN DE DATOS

Como fuente de recopilación de datos, fueron consultados y utilizados para la elaboración de la presente tesis, los siguientes Cuadernos del CRIS/FIOCRUZ:

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰ 16, sobre a quincena de 24 de agosto a 6 de septiembre de 2021. Disponible en:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris-fiocruz_sobre_saude_global_e_diplomacia_da_saude_16-21-edit.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰15, sobre a quincena de 10-23 de agosto de 2021. Disponible en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_saude_global_e_diplomacia_da_saude_15-21_vf-edit.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰14, sobre a quincena de 27 de julho a 9 de agosto de 2021. Disponible en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_saude_global_e_diplomacia_da_saude_14-21.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰13, sobre a quincena de 13-26 de julho de 2021. Disponible en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_13-21_saude_global_e_diplomacia_da_saude.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰12, sobre a quincena de 1-14 de julho de 2021. Disponible en:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_12-21_saude_global_e_diplomacia_da_saude_edit.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relações Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰11, sobre a quincena de 16-30 de junho de 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_11-21_saude_global_e_diplomacia_da_saude.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relações Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰10, sobre a quincena de 1-15 de junho de 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_10-21_saude_global_e_diplomacia_da_saude.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relações Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰9, sobre a quincena de 18-31 de maio de 2021. Disponível em:

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relações Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰8, sobre a quincena de 5-17 de maio de 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_8-21_saude_global_e_diplomacia_saude.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relações Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰7, sobre a quincena de 21 de abril-4 de maio de 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_7-21_saude_global_e_diplomacia_saude.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relações Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰6, sobre a quincena de 9-19 de abril de 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_6-21_saude_global_diplomacia_saude.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relações Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰6, sobre a quincena de 9-19 de abril de 2021. Disponível em:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_6-21_saude_global_diplomacia_saude.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰5, sobre a quincena de 25 de marco-8 de abril de 2021. Disponible en:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_cris_saude_global_diplomacia_saude_05-21.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰4, sobre a quincena de 10-23 de marco de 2021. Disponible en:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cris_informe_04-21.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰3, sobre a quincena de 21 de fev- 6 de marco de 2021. Disponible en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_3-_2021.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰2, Fev,2021. Disponible en: <https://portal.fiocruz.br/documento/cadernos-cris-fiocruz-informe-2-2021>

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ N⁰2, sobre a quincena de 1-20 fevereiro de 2021. Disponible en: <https://portal.fiocruz.br/documento/cadernos-cris-fiocruz-informe-2-2021>

CRIS/FIOCRUZ (2021) “Cadernos CRIS/FIOCRUZ”. Informe bissemanal sobre a saúde global e diplomacia da saúde produzido pelo Centro de Relacoes Internacionais CRIS/FIOCRUZ, N⁰1, sobre a quincena de 1-20 fevereiro de 2021. Disponible en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/consolidado_cris_01-_2021.pdf

CRIS/FIOCRUZ (2020) “Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰22. Informe produzido pelo CRIS, 4 de dezembro de 2020. Disponible en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_22.pdf

- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰21. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 21 de outubro – 4 de novembro de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_21.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰20. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 23 de setembro – 7-20 de outubro de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/panorama_resposta_global_covid19_20.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰19. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 23 de setembro – 6 de outubro de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_19_.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰18. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 9-22 de setembro de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cris_informe_18_final_edit.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰17. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 26 de agosto- 8 de setembro de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cris_informe_17.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰16. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 30 de julho- 25 de agosto de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_16.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰15. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 23-29 de julho de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/consolidado_15_-_v2_0.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰14. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 16-22 de julho de 2020. Disponível en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/panorama_resposta_global_covid19_14.pdf

- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o13. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 8-15 de julho de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/panorama_resposta_global_covid19_0.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o12. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 1-8 de julho de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/panorama_resposta_global_covid19_12.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o11. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 25 de junho- 1 de julho de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/dados_de_acesso_panorama_da_resposta_global_a_covid-19_-_informe_11_do_cris.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o10. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 17-24 de junho de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/consolidado_10_-_draft_01_com_numeracao_-_capa_b.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o9. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 10-17 de junho de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/panorama_resposta_global3_covid19.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o8. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 4-9 de junho de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/panorama_resposta_global2_covid19.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o7. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 26 de maio a 2 de junho de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_7.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N^o6. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 19-25 de maio de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/panorama_resposta_global_covid19.pdf

- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰5. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 11-18 de maio de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_5_.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰4. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 5 a 12 de maio de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_4_.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰3. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 26 de abril-4 de maio de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_3.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰2. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 15 a 25 de abril de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informe_2_.pdf
- CRIS/FIOCRUZ (2020) Cadernos Cris: Panorama da Resposta da COVID-19 N⁰1. Informe produzido pelo CRIS, sobre a semana de 6 a 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/panorama-da-resposta-global-covid-19-informe-1>

APÉNDICE B - SEMINARIOS AVANZADOS DE SALUD GLOBAL Y DIPLOMACIA DE LA SALUD

Los Seminarios Avanzados de Salud Global y Diplomacia de la Salud organizados por el Centro de Relaciones Internacionales en Salud/Fiocruz (el autor de la tesis fue coorganizador de algunos de ellos), fueron fuentes importantes para el estudio por contaren con la participación de expertos sobre salud global. Los seminarios principales se enumeran a continuación y todos están disponibles en:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLz0vw2G9i8v-mMVaQPrzpQUQhqa-0obSN>

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Vacinas y Medicamentos para COVID-19 como bens públicos globais*” Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 30 de Julio de 2020.

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Migraciones y Salud*”. Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 16 de septiembre de 2020.

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Nacoes Unidas 75 años: Pasado, Presente y Futuro*”. Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 1 de septiembre de 2020

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Saúde Unica- ONE HEALTH no contexto global*”. Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 30 de septiembre de 2020

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Ciencia y Políticas na resposta da COVID-19: Convergencias e Confrontos*”. Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 14 de octubre de 2020

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Agenda 2030 e COVID 19: Desafios e Oportunidades*”, Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 11 de noviembre de 2020.

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Diplomacia da Saúde e Resposta da COVID-19*”. Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 6 de diciembre de 2020.

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Diplomacia da Saúde e Respostas à COVID-19 nas Américas*”. Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 9 de diciembre de 2020.

CRIS/FIOCRUZ (2020). “*Seminario Pandemia de COVID-19: Balance 2020 e Perspectivas 2021*”. Emitido por la Video Saúde- Distribuidora Fiocruz, 6 de diciembre de 2020.

**APÉNDICE C - PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y TÉCNICA DEL AUTOR
RELACIONADA CON EL ESTUDIO**

- TOBAR, S (2021) “Vacunación Covid: El Dilema Ético Regional de la Tercera Dosis. Publicado en el diario Clarin, Argentina. Buenos Aires 28 de septiembre de 2021. Disponible en: https://www.clarin.com/opinion/vacunacion-covid-dilema-etico-regional-tercera-dosis_0_wNDfG-s4C.html
- BUSS, P.; TOBAR, S.y MINAYO, M. (2021) “*Cupula da CELAC reafirma alianca regional para enfrentar a pandemia e produzir vacinas*”. Publicado en el Block del Centro de Estudios Estratégicos de la FIOCRUZ. Diponible en: <https://cee.fiocruz.br/?q=Cupula-da-Celac-reafirma-alianca-regional-para-enfrentar-a-pandemia-e-produzir-vacinas-por-Paulo-Buss-Sebastian-Tobar-e-Miryam-Minayo>
- BUSS, P & TOBAR, S (ORG) (2021) “*Salud Global y Diplomacia de la Salud: una visión desde América Latina y Caribe*”. Rio de Janeiro : Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global-ALASAG, 2021.ISBN: 978-65-87063-08-9. Disponible en: www.alasag.org
- MARCHIORI BUSS, P; FERNÁNDEZ ALCAZAR, S. y TOBAR, S. (2021) “*Multilateralismo Global y Pandemia*”. Publicado en Buss, P & Tobar, S (ORG) (2021) “*Salud Global y Diplomacia de la Salud: una visión desde América Latina y Caribe*”. Paginas 211-220. Rio de Janeiro : Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global-ALASAG, 2021.ISBN: 978-65-87063-08-9. Disponible en: www.alasag.org
- TOBAR, S.; MARCHIORI BUSS, P.; y FERNÁNDEZ ALCÁZAR, S. (2021) “*Multilateralismo en América Latina y la pandemia*”. Publicado en Buss, P & Tobar, S (ORG) (2021) “*Salud Global y Diplomacia de la Salud: una visión desde América Latina y Caribe*”. Páginas 221 —234. Rio de Janeiro : Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global- ALASAG, 2021.ISBN: 978-65-87063-08-9. Disponible en: www.alasag.org
- TOBAR, S & BUSS, P. “*El MERCOSUR Salud: ¿cuesta abajo frente a la pandemia?*”. Publicado en Revista Movimiento. Buenos Aires, de 30 Junio de 2021. Disponible en: <https://www.revistamovimiento.com/internacional/el-mercosur-salud-cuesta-abajo-frente-a-la-pandemia/>
- ALCAZAR, S & TOBAR S. (2021) “*Comentarios en torno a la Próxima Cumbre de Salud Global del G.20 y la 74 a Asamblea Mundial de la Salud*”. Publicado en Boletín

- 58 de la Asociación Argentina de Salud Pública- AASAP. Buenos Aires, Argentina. Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.aasap.com.ar/wp-content/uploads/2021/06/BOLETIN-58-AASAP.pdf>
- TOBAR, S (2021) “*Fronteras y Panemia: Por una nueva gobernanza*” Publicado en diario Clarin, Argentina, Buenos Aires 21 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.clarin.com/opinion/fronteras-pandemia-nueva-gobernanza_0_GuQxNYQ1v.html
- TOBAR, S & VÁZQUEZ, N. (2021) “*Pacientes o comunidades activas frente a la pandemia*”. Publicado en Boletín 53 de la Asociación Argentina de Salud Pública- AASAP. Buenos Aires, Argentina. Abril de 2021. Disponible en: <https://www.aasap.com.ar/wp-content/uploads/2021/05/BOLETIN-53-AASAP.pdf>
- BUSS, P & TOBAR, S. “*Multilateralismo y COVID-19 en América Latina*”. Publicado en Número especial "Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios". Revista Chilena de Salud Pública- RCSP. ISSN: 0719-5281. Pags. 123-135. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/issue/view/5534>
- TOBAR, S & LINGER, C. “*América Latina e Caribe: entre a Covid-19 e a Crise Económica e Social*”. Publicado em Buss, P. & Fonseca, L.(ORG.) “*Diplomacia da Saúde e Covid-19: Reflexoes a Meio Caminho*”. Rio de Janeiro : Observatorio Covid 19 Fiocruz. Editora FIOCRUZ. 2020. series. ISBN: 978-65-5708-029-0. Pags. 199-212. Disponible en: <http://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-9786557080290-09.pdf>
- TOBAR, S & BUSS, Po. “*El MERCOSUR Salud: ¿cuesta abajo frente a la pandemia?*”. Publicado en Revista Movimiento. Buenos Aires, de 30 Junio de 2021. Disponible en: <https://www.revistamovimiento.com/internacional/el-mercosur-salud-cuesta-abajo-frente-a-la-pandemia/>
- ALCAZAR, S & TOBAR S. (2021) “*Comentarios en torno a la Próxima Cumbre de Salud Global del G.20 y la 74 a Asamblea Mundial de la Salud*”. Publicado en Boletín 58 de la Asociación Argentina de Salud Pública- AASAP. Buenos Aires, Argentina. Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.aasap.com.ar/wp-content/uploads/2021/06/BOLETIN-58-AASAP.pdf>
- TOBAR, S & VÁZQUEZ, N. (2021) “*Pacientes o comunidades activas frente a la pandemia*”. Publicado en Boletín 53 de la Asociación Argentina de Salud Pública- AASAP. Buenos Aires, Argentina. Abril de 2021. Disponible en: <https://www.aasap.com.ar/wp-content/uploads/2021/05/BOLETIN-53-AASAP.pdf>

- BUSS, P & TOBAR, S. “*Multilateralismo y COVID-19 en América Latina*”. Publicado en Número especial "Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios". Revista Chilena de Salud Pública- RCSP. ISSN: 0719-5281. Pags. 123-135. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/issue/view/5534>
- TOBAR, S (2020) “*Vacuna contra el Covid: ¿Estamos frente a la Bala de Plata?*”. Publicado en Diario Clarín, Argentina. Buenos Aires, 3 de diciembre de 2020. Disponible en https://www.clarin.com/opinion/vacuna-covid-frente-bala-planta-_0_9ghxNIjMv.html
- TOBAR, S & LINGER, C. “*América Latina e Caribe: entre a Covid-19 e a Crise Económica e Social*”. Publicado em Buss, P. & Fonseca, L.(ORG.) “*Diplomacia da Saúde e Covid-19: Reflexoes a Meio Caminho*”. Rio de Janeiro : Observatorio Covid 19 Fiocruz. Editora FIOCRUZ. 2020. series. ISBN: 978-65-5708-029-0. Pags. 199-212. Disponible en: <http://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-9786557080290-09.pdf>
- TOBAR, S; ROSENBERG, FJ; DA SILVA, AP; SOUZA, RM; BURGER, P; Nascimento, B; Amarante, F; RUELA, HCG, “*A Estrategia de Redes Estructurantes na Cooperacao Internacional da Fiocruz América Latina e CPLP*”. Publicado en Buss, P. & Fonseca, L.(ORG.) “*Diplomacia da Saúde e Covid-19: Reflexoes a Meio Caminho*”. Rio de Janeiro : Observatorio Covid 19 Fiocruz. Editora FIOCRUZ. 2020. series. ISBN: 978-65-5708-029-0. Pags. 281-302. Disponible en: <http://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-9786557080290-09.pdf>
- BUSS, Paulo & TOBAR, Sebastián. “*La Covid-19 y las Oportunidades de Cooperación Internacional en Salud*”. Publicado en Cadernos de Saúde Publica vol.36 no.4 Rio de Janeiro 2020 Epub Apr 22, 2020. Espaço Temático: Covid-19 – Contribuições da Saúde Coletiva. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400503
- TOBAR, Sebastián (2020) “*Coronavirus y Dengue: los mayores retos a la salud*”. Publicado en Clarín, Argentina. Buenos Aires 19 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.clarin.com/opinion/coronavirus-dengue--mayores-retos-salud_0_R6s5guUiK.html
- TOBAR, Sebastián; BUSS, Paulo; Luiz Eduardo Fonseca & José Roberto Ferreira “*La Salud en el G20: Un Retorno a la Agenda de la Seguridad Global*”. Published in Revista Universidad Isalud Nro 66. Buenos Aires, 1 de marzo de 2019. Páginas: 28-33. Disponible en: <http://www.isalud.edu.ar/institucional/publicaciones/revista-isalud>