

PAULO MARCHIORI BUSS  
SEBASTIÁN TOBAR

ORGANIZADORES

# SALUD GLOBAL Y DIPLOMACIA DE LA SALUD

una visión desde  
América Latina  
Y CARIBE



ALIANZA LATINOAMERICANA  
DE SALUD GLOBAL

## INSTITUCIONES MIEMBROS

Escuela de Salud Pública "Salvador Allende", Universidad de Chile – Chile

<http://www.saludpublica.uchile.cl>

Universidad ISALUD – Argentina

<https://www.isalud.edu.ar/inicio>

Centro de Investigaciones en Cuidado de Enfermería y Salud, Universidad de Costa Rica

<https://vinv.ucr.ac.cr/es/unidades/centro-de-investigacion-en-cuidado-de-enfermeria-y-salud-cices>

Instituto Nacional de Salud Pública – México

<https://www.insp.mx>

Centro de Relaciones Internacionales en Salud, Fundación Oswaldo Cruz – Brasil

<https://portal.fiocruz.br/cris>

Universidad Peruana Cayetano Heredia – Perú

<https://www.cayetano.edu.pe/cayetano/es/>

Universidad del Estado de Río de Janeiro, UERJ – Brasil

<https://www.ims.uerj.br/>

Facultad de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo – Brasil

<https://www.fsp.usp.br/site/>

Facultad de Salud Pública "Héctor Abad Gomez", Universidad de Antioquia – Colombia

<http://saludpublica.udea.edu.co>

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, UNAM – Nicaragua

<http://www.cies.edu.ni>

Universidad del Norte – Colombia

<https://www.uninorte.edu.co>

## JUNTA DIRECTIVA

### PRESIDENTE

Paulo M. Buss

*Centro de Relaciones Internacionales en Salud, Fundación Oswaldo Cruz – Brasil*

### VICEPRESIDENTE

Germán Guerra

*Instituto Nacional de Salud Pública – México*

### VOCALES

Karol Rojas

*Universidad de Costa Rica – Costa Rica*

Gilma Vargas

*Universidad de Antioquia – Colombia*

Patricia García

*Universidad Peruana Cayetano Heredia – Perú*

### SECRETARIO EJECUTIVA

Alex Alarcón Hein

*Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Universidad de Chile*

PAULO MARCHIORI BUSS  
SEBASTIÁN TOBAR

ORGANIZADORES

# SALUD GLOBAL Y DIPLOMACIA DE LA SALUD

una visión desde América Latina y Caribe



ALIANZA LATINOAMERICANA  
DE SALUD GLOBAL





## ORGANIZADORES

### Paulo Marchiori Buss

Professor Emérito, Fundação Oswaldo Cruz; Coordenador, Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/Fiocruz); Médico (UFSM, 1972); Mestre em Medicina Social (UERJ, 1980); Doutor em Ciências (FSP/USP, 2020); Membro Titular, Academia Nacional de Medicina do Brasil; Presidente, Alianza Latino-americana de Salud Global (ALASAG)

### Sebastián Tobar

Asesor en cooperación para América Latina e Investigador, CRIS/FIOCRUZ; Sociólogo (Universidad de Buenos Aires, 1995); Magister en Ciencias (ENSP/FIOCRUZ, 1999); Doctorando en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ)

## AUTORES

### Alejandro José Solís Martínez (Nicaragua)

Médico-cirujano; Doctor en Ciencias Sociales, mención en Gerencia; Ex Secretario Ejecutivo del COMISCA (2017-2021); Ex Director General de Planificación y Desarrollo, Ministerio de Salud de Nicaragua; Ex Representante de Nicaragua ante el Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud (CEIP) del COMISCA (2010-2017)

### Alex Alarcón Hein (Chile)

Licenciado en Economía y Administración, Universidad Austral de Chile; Master en Políticas Públicas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra – John Hopkins University; Doctor en Sociología, Universidad de Barcelona; Académico e investigador, Programa de Salud Global, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Alicia Arias Schreider (Chile)

Médica de Atención Primaria, Centro de Salud, Santiago de Chile; Magister en Salud Pública; Académica, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Aylene Bousquat (Brasil)

Médica; Doctora en Medicina Preventiva (UFRJ); Magister y Doctora, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Sao Paulo

Belkis Aracena Genao (México)

Licenciada en Economía, Universidad Autónoma de Santo Domingo; Magister en Administración Pública, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra de Santo Domingo; Magister en Ciencias, Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México; Doctora en Ciencias de la Administración, Instituto Politécnico Nacional Ciudad de México; Investigadora en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Salud Pública de México

Bertha Luz Pineda Restrepo (Peru)

Socióloga; Especialista en Desarrollo Sostenible y Gerencia Ambiental; Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales; Coordinadora de Cambio Climático y su Impacto en Salud, ORAS-CONHU

Claudia Marcela Vargas Peláez (Colombia)

Química farmacéutica; Magister en Ciencias en Farmacología; Doctora en Farmacia; Investigador, Fundación IFARMA/Colombia

Cláudia Maria Bógus (Brasil)

Licenciada en Pedagogía (1987), Facultad de Educación, Universidad de San Pablo (USP); Especialización en Salud Pública (1988), Magister (1992) y Doctorado (1997) en Salud Pública y Doctorado (2009) en Promoción de la Salud, Facultad de Salud Pública, USP. Profesor, Facultad de Salud Pública, USP

Daniel Egaña Rojas (Chile)

Antropólogo social y Magíster en Estudios Latino-americanos, Universidad de Chile; Magíster y Doctora en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana de México. Profesor asistente, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

David Saúl Rodríguez-Araujo (El Salvador)

Médico-epidemiólogo; Coordinador de Epidemiología; Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana / SE-COMISCA

Deisy de Freitas Lima Ventura (Brasil)

Bacharel en Derecho y Magíster en Integración Latinoamericana, Universidad Federal de Santa María; Doctora en Derecho Internacional y Magíster en Derecho Comunitario y Europeo, Universidad de París 1, Panthéon-Sorbonne; Profesora e Investigadora en Derecho Internacional, Facultad de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo

Diana Ruiz (Brasil)

Cirujana Dentista, Universidad Nacional da Colombia; Magister en Salud Comunitaria y Doctora en Salud Pública, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía

Eliseu Alves Waldman (Brasil)

Médico, Pontificia Universidade Católica de São Paulo (1972); Magister en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (1982) y Doctorado en Salud Pública (1991), Universidade de São Paulo (USP); Profesor, Departamento de Epidemiología, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo

Francisco Augusto Rossi Buenaventura (Colombia)

Médico y epidemiólogo, Universidad de Antioquia, Colombia; Investigador, Fundación IFARMA, Colombia

Gabriela Marques di Giulio (Brasil)

Graduada en Comunicación Social y Periodismo, UNESP (2001); Especializada en Periodismo Científico, Magíster en Política Científica y Tecnológica (2006), Doctora en Ambiente y Sociedad (2010), Universidad Estadual de Campinas, UNICAMP; Profesora Asociada, Departamento de Salud Ambiental, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo

Germán Velázquez (Colombia)

Licenciado en Filosofía y Letras; Magíster en Economía y Doctor en Economía de la Salud; Universidad Sorbona, París; Doctor Honoris Causa, Universidad de Caldas, Colombia y Universidad Complutense de Madrid; Investigador, South Center, Ginebra

### Gloria Lagos Eyzaguirre (Perú)

Psicóloga Clínica; Maestría en Salud Pública, mención en Gerencia y Gobierno; Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional, Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue – ORAS-CONHU

### Helena Ribeiro (Brasil)

Licenciatura en Geografía, Pontificia Universidad Católica de São Paulo; Máster en Geografía, Universidad de California Berkeley; Doctora en Geografía Física, Universidad de São Paulo; Profesora, Departamento de Salud Ambiental, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo

### João Nunes (Reino Unido)

Doctor y Maestro, Universidad de Aberystwyth; Profesor Titular, Universidad de York; Profesor invitado, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo

### José Estuardo Miranda Gómez (Guatemala)

Médico salubrista y sociólogo; Coordinador de procesos técnicos regionales de SE-COMISCA; Ex coordinador académico, FLACSO Sede Académica Guatemala (2015-2017); Consultor para organizaciones, SNU; Profesor-investigador en salud y ciencias sociales en Guatemala

### José Leopoldo Ferreira Antunes (Brasil)

Graduado en Ciencias Sociales (1984), Especialista en Estadística en Salud (1993); Magister en Sociología (1989); Doctor en Sociología (1994), Universidade de São Paulo; Profesor, Facultad de Salud Pública, Universidade de São Paulo

### Joy St. John (Barbados)

Directora, Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA); Licenciada en Ciencias, University of the West Indies, Cave Hill Campus, Barbados; Licenciada en Medicina y Cirugía MBBS, Universidad de las Indias Occidentales, Campus Mona, Jamaica

### Juliana Gagno Lima (Brasil)

Nutricionista; Magíster y Doctora en Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública ENSP/ FIOCRUZ; Profesora, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal del Oeste del Pará, Brasil

### Julio Mercado (Argentina)

Director de América del Norte, Cancillería Argentina; Licenciado en Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; Diplomático de Carrera, Servicio Exterior de la Nación Argentina

Ligia Giovanella (Brasil)

Médica sanitarista; Doctora en Salud Pública; Docente e Investigadora Titular, Escuela Nacional de Salud Pública "ENSP/FIOCRUZ

Lisa Indar

Licenciada en Ciencias; Magíster y Doctora en Ciencia y Tecnología de los Alimentos, Universidad de las Indias Occidentales, Trinidad Tobago; Sanitarista especializada en enfermedades infecciosas; Director, División de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades, Agencia Caribeña de Salud Pública (CARPHA)

Lorena Rodríguez Osiac (Chile)

Médico Cirujano; Especialista en Pediatría; Máster en Nutrición; Diplomada en Gerencia Social y en Gestión de Políticas de Públicas, Universidad de Chile; Académica, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Luis Beingolea More (Perú)

Médico, especialista en epidemiología; Coordinador, Programa de Salud de Fronteras, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)

María del Carmen Calle Dávila de Saavedra (Perú)

Médica pediatra; Magister en Gobierno y Gerencia en Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia; Doctorado en Salud Pública; Ex Viceministra de Salud del Perú (2018); Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)

María del Rocío Saéñz Madrigal (Costa Rica)

Médica, Magíster en Salud Pública; Ex Ministra de Salud de Costa Rica (2002-2006); Ex Presidenta Ejecutiva, Caja Costarricense del Seguro Social (2014-2017); Profesora, Universidad de Costa Rica- UCR

María Guadalupe López (El Salvador)

Licenciada en Comunicación Social; Maestra en Ciencias Políticas; Asistente Técnica en Comunicaciones y Coordinadora de la Red Regional de Comunicadores en Salud (REDCOM), Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana/ SE-COMISCA

### María Guadalupe Medina (Brasil)

Médico (EBMSP, 1983); Magíster en Salud Comunitaria (UFBA, 1993); Doctor en Salud Pública (UFBA, 2006); Profesora, Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia; Investigadora, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía (UFBA)

### María Soledad Barría Iroumé (Chile)

Médica; Ex Ministra de Salud de Chile (2006-2008); Académica, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile

### Marisela Mallqui Osorio (Perú)

Médica; Magister en Salud Pública, mención en Epidemiología; Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional Federico Villarreal de Perú; Secretaria Adjunta, Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue – ORAS-CONHU

### Mark Sami (Guyana)

Licenciatura en Ciencias Contables, University of Guyana; Maestría en Finanzas, mención Política Económica, Universidad de Londres (2014-2015); Doctor en Administración de Empresas (DBA), Gestión de Proyectos y Contabilidad, Walden University; Director de Servicios Corporativos, Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), Trinidad y Tobago

### Patrícia Constante Jaime (Brasil)

Nutricionista; Maestría y Doctora en Salud Pública, FSP/USP; Postdoctorado en Epidemiología Nutricional, Centro de Investigaciones Epidemiológicas en Nutrición y Salud, USP y en Políticas Alimentarias y Nutricionales, London School of Hygiene and Tropical Medicine; Profesor Titular, Departamento de Nutrición, Facultad de Salud Pública (FSP), Universidad de São Paulo (USP)

### Patricia Gálvez Espinoza (Chile)

Nutricionista, Universidad de Chile; Magíster en Nutrición y Alimentos mención Nutrición Humana, y Doctora en Salud Comunitaria, Universidad de Illinois, Urbana Champaign; Profesora asistente, Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

### Patricia Jiménez López (Perú)

Médica, microbióloga; Maestría en Virología y en Bioseguridad; Coordinadora de Monitoreo y Evaluación, Programa de Tuberculosis, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)

Pilar Alfredo López (El Salvador)

Químico-farmacéutico; Maestro en Fármaco-epidemiología y Farmacovigilancia; Coordinador, Unidad de Medicamentos y Otras Tecnologías Sanitarias, Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana/ SE-COMISCA

René Guillermo Santos Herrera (El Salvador)

Doctor en Medicina; Máster en docencia universitaria; Magister en ciencias, con mención en microbiología; Coordinador del Proyecto ECHO, Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana/ SE-COMISCA

Rene Leyva Flores (México)

Médico Cirujano y Partero (IPN, México 1983); Magíster en Medicina Social (UAM-Xochimilco, México, 1990); Especialista en Salud Internacional, OPS, Washington D.C. (1991); Doctor en Sociología, Universidad de Barcelona (2003); Director de Evaluación de Sistemas y Economía de la Salud (INSP), y Coordinador de la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud (UMyS)

Santiago Luis Bento Fernández Alcázar (Brasil)

Licenciando en Filosofía (PUC-RJ, 1978); Diplomata, Ministério de Relaciones Exteriores de Brasil; Ex Embajador en Burkina Faso y Azerbaijão; Asesor e Investigador. Centro de Relaciones Internacionales en Salud, Fundación Oswaldo Cruz CRIS/FIOCRUZ

Sofia Lizarralde Oliver (Brasil)

Geógrafa (UNESP); Magister y Doctora en Salud Pública, Universidade de São Paulo; Post-doctoranda del Programa de Post-graduación en Salud Global y Sostenibilidad; Profesora, Centro Universitario SENAC

Verónica Cristina Gamboa Lizano (Costa Rica)

Licenciada en Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica; Master en Salud Colectiva, Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahia, Brasil; Docente de posgrado, Maestrías en Salud Pública y Epidemiología, Universidad de Costa Rica y Maestría en Epidemiología; Presidencia Ejecutiva del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMA), como Asesora del Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social





# Sumário

■ Presentación .....	15
----------------------	----

## PARTE 1

### DIMENSIONES SANITARIAS, POLÍTICAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA PANDEMIA EN AMÉRICA LATINA

1. Questões ambientais na América Latina e pandemia .....	25
<i>Helena Ribeiro y Sofía Lizarralde Oliver</i>	
2. Migraciones en Latino América en el Contexto Pandémico .....	51
<i>Alex Alarcón Hein</i>	
3. Inseguridad Alimentaria como Consecuencia de la Pandemia en América Latina .....	61
<i>Lorena Rodríguez Osíac, Daniel Egaña Rojas y Patricia Gálvez Espinoza</i>	
4. Los Sistemas de Protección Social en América Latina ¿Es necesario cambiar el paradigma de economía de la salud? .....	79
<i>Belkis Aracena Genao y René Leyva Flores</i>	

## PARTE 2

### EL RETO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA LA SALUD UNIVERSAL EN LA REGIÓN

5. Retos de la Atención Primaria en Salud: las experiencias aprendidas en Costa Rica a raíz de la pandemia por COVID-19 .....	99
<i>María del Rocío Sáenz Madrigal y Verónica Cristina Gamboa Lizano</i>	
6. Atención Primaria de Salud en Chile durante la pandemia por COVID-19: Errores, aprendizajes y desafíos .....	123
<i>María Soledad Barría Iroumé y Alicia Arias-Schreiber</i>	
7. Los desafíos de la APS en el SUS en el enfrentamiento de la pandemia Covid-19 en Brasil .....	139
<i>Ligia Giovanella, Diana Ruiz, Juliana Gagno Lima y Aylene Bousquat</i>	

PARTE 3

ASPECTOS ESTRATÉGICOS EN LA PANDEMIA Y POST PANDEMIA

8. Un año de pandemia y sus lecciones: por una agenda sudamericana de investigación en salud global y sostenibilidad ..... 161  
*Deisy de Freitas Lima Ventura, Helena Ribeiro, Gabriela Marques di Giulio, Patrícia Constante Jaime, João Nunes, Cláudia Maria Bógus, José Leopoldo Ferreira Antunes y Eliseu Alves Waldman*
9. Acceso a Equipamientos, Medicamentos, Vacunas e Insumos en la pandemia ..... 169  
*Francisco Augusto Rossi Buenaventura y Claudia Marcela Vargas Peláez*

PARTE 4

EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN TORNO A LA NEGOCIACIÓN POLÍTICA Y LA GOBERNANZA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

10. Agenda Sanitaria Internacional: Vivencias en el Campo de la Negociación Política .... 187  
*Julio Mercado*
11. Las reformas de la Organización Mundial de la Salud en la época de COVID-19 .... 191  
*Germán Velázquez*
12. Multilateralismo Global y Pandemia ..... 211  
*Paulo Marchiori Buss, Santiago Luis Bento Fernández Alcázar y Sebastián Tobar*
13. Multilateralismo en América Latina y la pandemia ..... 221  
*Sebastián Tobar, Paulo Marchiori Buss y Santiago Luis Bento Fernández Alcázar*
14. Respuesta de Centroamérica y República Dominicana a la Pandemia Covid-19 ..... 235  
*Alejandro José Solís Martínez, José Estuardo Miranda Gómez, María Guadalupe López, David Saúl Rodríguez-Araujo, Pilar Alfredo López, y René Guillermo Santos Herrera*
15. Respuesta del Organismo Andino de Salud a la Pandemia Covid-19 ..... 257  
*María del Carmen Calle Dávila de Saavedra, Marisela Mallqui Osorio, Bertha Luz Pineda Restrepo, Patricia Jiménez López, Luis Beingolea More y Gloria Lagos Eyzaguirre*
16. A Resposta do Caribe à Pandemia de Covid-19 ..... 293  
*Joy St. John, Mark Sami y Lisa Indar*



## Presentación

El proyecto **Ediciones ALASAG** tiene como propósito divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el avance del campo de la *salud global y diplomacia de la salud* en América Latina y el Caribe, entendida como una manera de ver y abordar la salud como un bien público mundial, un tema de justicia social y un derecho universal, el cual se basa en la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos. En particular se plantean análisis y reflexiones de los fenómenos y respuestas ante los retos comunes, con base en nuestras realidades nacionales y un profundo respeto a la idiosincrasia e identidad de nuestros pueblos.

El proyecto es coordinado por el Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz (CRIS/Fiocruz) que, en este momento, por medio de su Director, preside la Alianza Latino-americana de Salud Global (ALASAG).

El presente e-book constituye la *opera prima* que se publica y se le titula: **“Salud Global y Diplomacia de la Salud: Una Visión desde América Latina y Caribe”**, reuniendo un conjunto de artículos, que han formado parte de las presentaciones realizadas en el VI Congreso Latino Americano y del Caribe de Salud Global: **“Desarrollo Sostenible y Salud Global: Los Desafíos de la Igualdad y la Equidad para la Región”**, realizado virtualmente los días 28 y 29 octubre de 2020. El gran interés que despertó dicho encuentro entre los más de 620 participantes durante seis paneles ha puesto en evidencia la gran calidad de los conferencistas y de los temas seleccionados por la Alianza, lo que motivó el presente *e-book*, al que se han invitado algunos otros autores que han desarrollado temas considerados estratégicos para la salud global y diplomacia de la salud en la región.

La Región de las Américas se ha tornado en el epicentro de la pandemia, teniendo profundas implicaciones, tanto en el estado de salud de la población, por su impacto en la morbimortalidad, poniendo al descubierto las fragilidades de nuestros sistemas de salud, así como evidenciando las grandes desigualdades, con importantes implicaciones políticas, sociales y económicas.

Diversas agencias como la CEPAL, BID y el FMI han resaltado como la región contrae el crecimiento de su PIB, con un aumento de la pobreza y pobreza extrema producto de la pandemia de la Covid-19, razón por la cual se configurará como un gran determinante de la salud, en una región ya bastante desigual e inequitativa.

La pandemia se ha configurado como uno de los desafíos globales más importantes de los últimos tiempos, poniendo de relieve temas estratégicos como la solidaridad, la necesidad de mancomunar esfuerzos, la cooperación y el multilateralismo.

En la **Parte I** del *e-book*, se propone reflexionar sobre los avances y retrocesos en la situación social, de salud y de los sistemas de protección social en Latino-América, así como la dimensión ambiental, abordando en particular algunas problemáticas particulares, como el desafío ético de la equidad en una región sumamente inequitativa y desigual y el tema de grupos poblacionales particularmente vulnerables como son los migrantes y otras poblaciones, entre otros.

En tal sentido, en el **capítulo 1**, *Ribeiro & Lizarralde Oliver* analizan las cuestiones ambientales en América Latina, considerando aquellas que tienen particular relación con la pandemia de la Covid-19. Los autores analizan a América Latina, que constituye el continente más urbanizado además de ser el más desigual en cuanto a renta, acceso a la salud y a la educación.

Las desigualdades ambientales tienen estrecha interface con las inequidades sociales y étnicas. Las cuestiones ambientales y el saneamiento no han tenido un protagonismo en las agendas de los Gobiernos de la región, e incluso no han sido suficientemente consideradas por los investigadores del área de la salud de los países de la región.

En las conclusiones las autoras señalan que las desigualdades ambientales e inequidades en salud generan la necesidad de la búsqueda de discutir respuestas de forma conjunta, buscando lecciones aprendidas de algún país que puedan ser utilizadas y apoyar a otros y que la experticia regional contribuya a dar una respuesta conjunta, rápida, efectiva y duradera a los desafíos de la salud global en la región.

Asimismo, Ribeiro & Lizarralde Oliver destacan la susceptibilidad de algunos grupos sociales a las enfermedades infecciosas y a la vulnerabilidad ambiental y social que actúan juntas en algunos espacios para exacerbar los riesgos de pandemias y las desigualdades.

Mucho se habla del regreso a lo “normal”, pero la actual crisis en la salud pública ha puesto de manifiesto el deterioro ambiental y las pésimas condiciones de acceso al saneamiento y agua potable, que está expuesta la población de la región, constituyendo un fuerte determinante de la salud de nuestras poblaciones. Volver a lo “normal” implicaría, entonces volver a un modelo de desarrollo que genera profundas inequidades y desigualdades, profundamente excluyente y eco agresivo para el medio ambiente, lo que de no cambiarlo, nuevos episodios con potencial pandémico se sucederán.

Este aspecto de los grupos particularmente vulnerables a enfermar y morir lo profundiza *Alarcón Hein*, en el **capítulo 2**, quien analiza uno de los grupos sociales particularmente vulnerables: los migrantes. Identificando dos principales corrientes migratorias, de las poblaciones venezolana y de Centro-américa, señala que estos flujos migratorios tienen efectos, no solo a las clásicas dimensiones de desarrollo económico y social en los países receptores, sino, con la llegada de la Covid-19, sobre la salud de la población migrante, que se ve agravada, principalmente en el acceso a servicios básicos sanitarios, como también por precarias condiciones laborales, aumentando progresivamente su vulnerabilidad.

La pandemia como crisis sanitaria global ha restringido la circulación de estos flujos migratorios, ya que se cerraron las fronteras, haciendo que muchos de estos grupos poblacionales tengan que transitar por pasos aún más precarios y aumentando su vulnerabilidad e, incluso, causando su muerte.

Alarcón Hein afirma que el proceso migratorio para muchas familias se complejiza aún más en los tiempos actuales de pandemia por Covid-19, no solo por el complejo escenario en todos los países de acogida de la región, sino también por la creciente creación de asentamientos precarios en puntos fronterizos

En el **capítulo 3**, *Rodríguez Osiac, Egaña Rojas y Gálvez Espinoza* analizan la cuestión de la inseguridad alimentaria, que se relaciona con la malnutrición en todas sus formas y se ve reflejada en los ODS 2 y 3. La pandemia por COVID-19 se visualiza como un obstáculo para el logro de estos ODS, dada su efecto en la economía y en los sistemas alimentarios, incidiendo en la disponibilidad y en el acceso físico y económico a alimentos sanos, inocuos y pertinentes en las comunidades, hogares e individuos. Se proyecta que las cifras de inseguridad alimentaria aumentarán considerablemente en la Región de América Latina y el Caribe. Las comunidades se han debido organizar para enfrentar la

falta de alimentos y el hambre, pero es necesario que los Estados garanticen el derecho a la alimentación de la población, tomando medidas efectivas y oportunas para evitar que la situación alimentario-nutricional y, por ende, las condiciones de salud y vida se vean más perjudicadas. Será necesario, en el futuro, revisar los sistemas alimentarios para hacerlos más resilientes a crisis sanitarias, climáticas y sociales.

Finalmente, finalizando la primera parte del e-book, en el **capítulo 4**, *Aracena Genao & Leyva Flores*, analizan los Sistemas de Protección Social en América Latina, preguntándose si *¿Es necesario cambiar el paradigma de economía de la salud?* Para responder a esta pregunta, los autores analizan la capacidad del sistema de protección social en salud de satisfacer las necesidades de la población latinoamericana en el marco de la pandemia Covid-19, a la luz del paradigma económico vigente. El capítulo describe el proceso económico y político en la región y su relación con los cambios, reformas, en los fragmentos de organizaciones que conforman el denominado sistema de salud. Se analiza la transición de la Latinoamérica hacia el modelo económico neoliberal, sus repercusiones en la seguridad social, las causas, formas y consecuencias de las reformas de salud. Los autores concluyen que a pesar de los compromisos contraídos en las agendas global y regional de desarrollo, existen obstáculos importantes para lograr la protección social.

La Agenda 2030, ya no había dado cuenta de las problemáticas y desafíos a nivel global; pero pasado cinco años de la suscripción de uno de los mayores compromisos de la gobernanza global corremos un gran riesgo que solo quede en el plano retórico, y el debilitamiento del multilateralismo y la falta de mecanismos de financiamiento del desarrollo sostenible resultan notorios.

Como propicia la Agenda 2030, es necesario un nuevo modelo de desarrollo sostenible, con inclusión social y ecológicamente amigable y es poco ético que en el mundo actual, el hambre siga incrementándose, así como la falta de la seguridad alimentaria y nutricional.

El incremento de la pobreza y pobreza crítica nos plantean la necesidad de reformas de los sistemas de protección social e incluso instituciones como la CEPAL propician, por ejemplo, la creación o continuidad de ingresos de emergencia para mitigar los efectos de la pandemia sobre la economía y el empleo.

Asimismo, la pandemia ha generado una gran oportunidad para el sector salud, en cuanto a que nunca, como en este momento, la salud ha constituido una prioridad para todos los países y todos los actores sectoriales e intersectoriales. La Covid-19 puso en evidencia que no resolveremos los problemas de salud mediante soluciones individuales, sino que el Estado tiene un papel decisivo, así como que es necesario un nuevo modelo de

producir salud por el enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud y a través de la estrategia de atención primaria de la salud (APS), recuperando un fuerte protagonismo de la comunidad en el rescate de su salud.

Esta problemática de la salud universal y de la estrategia de APS como modelo más apropiado para producir salud es abordada en la segunda parte del e-book. En el **capítulo 5**, *Saéñz Madrigal & Gamboa Lizano* analizan el reto de la atención primaria, abordando la experiencia de Costa Rica. Las autoras analizan las acciones desplegadas a la luz de la Covid-19 según los componentes de la metáfora de la transformación del sistema de salud costarricense y la APS. En sus reflexiones, las autores analizan los severos impactos de la pandemia en la salud: aumentos de embarazos no deseados, los problemas de salud mental y la violencia doméstica, el deterioro de las condiciones crónicas debido a una respuesta tardía o ausente por parte de los sistemas de salud que ya de por sí se encuentran sobrecargados con la atención de la emergencia. En tal sentido, postulan a la APS como el eslabón fundamental para los sistemas de salud, con mayor cercanía con las comunidades, desde donde se pueden generar procesos y estrategias altamente efectivas, con alta aceptación cultural y costos asequibles para garantizar la autonomía, el cuidado y la participación de la población en la el marco de la pandemia, post pandemia y más allá de ella.

Seguidamente, en el **capítulo 6**, *Barría Iroumé y Alicia Arias-Schreiber* analizan el caso chileno, examinando los errores, aprendizajes y desafíos frente a la pandemia de la Covid-19. Luego de analizar el sistema chileno caracterizado por ser mixto, fragmentado e inequitativo en la distribución de sus recursos, abordan la respuesta de la autoridad sanitaria chilena a la pandemia. Las autoras señalan el papel de la atención primaria en la pandemia, señalando sus limitaciones y oportunidades.

Finalizando la segunda parte, en el **capítulo 7**, *Giovanella et al* abordan la experiencia de un país con dimensiones continentales y un sistema único de salud como Brasil, donde las acciones gubernamentales para el enfrentamiento de la pandemia de Covid-19, han sido erráticas y desorganizadas, con incapacidad para planificar respuestas públicas coordinadas, llevando el país a una crisis sanitaria y humanitaria sin precedentes. La actitud negacionista, la ausencia de una autoridad sanitaria nacional y la falta de coordinación y cooperación intergubernamental para hacer frente a la pandemia muestra sus efectos perversos, con insuficientes iniciativas de los gobiernos locales para mitigar la pandemia con un fuerte impacto. Las autoras analizan la estrategia de atención primaria en el Sistema Único de Salud y como la misma ha tenido que reinventarse en respuesta a la Covid-19 con un conjunto de experiencias significativas.

La **tercera parte** del *e-book* analiza aspectos estratégicos de la pandemia. En tal sentido, *Ventura Lima et al* examinan, en el **capítulo 8**, como la pandemia abrió un espacio a la producción de conocimiento e investigación y como el campo de la salud global ganó espacio en la comunidad académica. Los autores proponen una reflexión sobre el nuevo “boom” de la producción académica en el campo de la salud global, a partir de dos elementos de análisis que consideramos fundamentales: un cambio en el papel que los Estados sudamericanos desempeñan en las relaciones internacionales y gobernanza global y regional en salud u medio ambiente y, por otro lado, considerando a la sostenibilidad como eje fundamental de una agenda de investigación en el ámbito de la salud global.

*Rossi Buenaventura y Vargas Peláez* analizan, en el **capítulo 9**, una cuestión tan estratégica como el acceso a equipamientos, medicamentos, vacunas e insumos, proponiendo una mirada desde el Sur global, señalando como los sistemas de propiedad intelectual y patentes constituyen un fuerte obstáculo en un momento tan crítico como el pandémico.

La **cuarta parte** del *e-book* invita a reflexionar sobre las prácticas concretas de la diplomacia de la salud, analizando las negociaciones políticas y la gobernanza en torno a la pandemia. La pandemia como un evento de salud global, implica la necesidad de la articulación de la gobernanza nacional, regional y global en salud desplegando negociaciones y una efectiva diplomacia de la salud.

En el **capítulo 10**, un diplomático del Servicio Exterior Argentino, *Julio Mercado*, reflexiona sobre sus vivencias en el campo de las negociaciones políticas en la agenda sanitaria internacional. Su artículo busca compartir algunas lecciones aprendidas en el ámbito multilateral. Luego de liderar procesos de elaboración de resoluciones y conducir negociaciones en el área de la salud internacional, como parte de la tarea diplomática, el autor busca propiciar lecciones aprendidas que pueden servir como elementos de aportes para contribuir al abordaje de los desafíos que presenta la pandemia de Covid-19 para los países desde inicios de 2020.

La diplomacia se enfrenta a inmensos desafíos en un momento en el que es más necesaria que nunca. Muchos analistas de política internacional coinciden en que 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 fueron construidas. En el **capítulo 11**, *Germán Velázquez* reflexiona sobre las tensiones de reformas de la Organización Mundial de la Salud en la época de Covid-19. El autor señala el papel que tuvo la OMS frente a otras epidemias y las limitaciones que tiene en su posibilidad de actuación.

En el **capítulo 12**, los autores se proponen responder a la pregunta: *¿Cómo la gobernanza global y en salud han respondido a la pandemia?* Analizando documentos del Sistema de las Naciones Unidas se posicionan sobre cual ha sido la respuesta a través de las Resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, así como las tensiones enfrentadas.

En el **capítulo 13**, los autores analizan la respuesta desde el nivel regional, que se posiciona entre la gobernanza global de las Naciones Unidas y su agencia especializada, la Organización Mundial de la Salud, y los países. Cuál ha sido la respuesta del nivel regional? Cuál ha sido la respuesta de los procesos de integración regional? La pandemia llego a las Américas en un momento de *letargia* de estos procesos de integración regional y las diferencias políticas de los Estados han generado una actuación limitada frente a la pandemia.

Profundizando en esta dimensión de los procesos de integración regional, en los **capítulos 14, 15 y 16**, autores involucrados en los procesos en curso analizan las respuestas que desde *Centro América y República Dominicana* a través del la *Comisión de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana COMISCA*, de los países andinos a través del *Organismo Andino de Salud* y de los países del *Caribe*, a través de su *Agencia Caribeña de Salud Pública*, han dado a la pandemia.

Mediante este *e-book*, el conjunto de autores, reunidos bajo las alas de ALASAG, se proponen a abordar estas temáticas tan relevantes para las poblaciones de América Latina y Caribe, como un retrato instantáneo y ciertamente parcial, pero con un profundo compromiso ético que orienta todas las acciones de las instituciones miembros de ALASAG y sus socios estratégicos desde su creación.

Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2021.

Paulo M. Buss e Sebastián Tobar

*Organizadores*





**PARTE 1**

**DIMENSIONES SANITARIAS, POLÍTICAS,  
SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA  
PANDEMIA EN AMÉRICA LATINA**





# Questões ambientais na América Latina e pandemia

Helena Ribeiro<sup>1</sup>

Sofia Lizarralde Oliver<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

Para discutir as questões ambientais na América Latina limitamo-nos àquelas que têm relação mais evidente com as pandemias, portanto, com o enfoque da Saúde Ambiental.

**Saúde Ambiental** são todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos do meio. Também se refere à teoria e prática de valorar, corrigir, controlar e evitar aqueles fatores do meio ambiente que potencialmente possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras (WHO, 1993. Tradução livre da autora).

Segundo Franco (palestra em 2018)<sup>3</sup> são características da Saúde Ambiental a inovação, a transversalidade e a antecipação de cenários para prever desafios. Outro aspecto importante do conceito de Saúde Ambiental, é a incorporação do princípio de sustentabilidade, no qual há um compromisso em atender às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de atender às suas próprias necessidades.

---

<sup>1</sup> Geógrafa, Doutora em Geografia Física pela Universidade de São Paulo. Professora titular. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade. Departamento de Saúde Ambiental. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil. lena@usp.br

<sup>2</sup> Geógrafa, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil. Pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade. Departamento de Saúde Ambiental. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil. s.oliver@usp.br

<sup>3</sup> Franco Neto, Guilherme (2018) “Palestra 20 anos de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde”, Brasília, 2018.

Jameton, (2010) destaca os princípios éticos da Saúde Ambiental: 1. Sustentabilidade, 2. Salubridade, 3. Interconexão entre todos os elementos, 4. Respeito a toda forma de vida, 5. Equidade Global, 6. Participação tolerante, com respeito às opiniões divergentes em negociações e tomadas de decisão, 7. Realismo dos dados para prover evidências científicas.

Aproximadamente 4 bilhões de pessoas vivem em cidades, ao redor do mundo, e a previsão para 2050 é que 2 de cada 3 habitantes do planeta morem em áreas urbanas, onde as densidades demográficas elevadas propiciam o contágio por doenças infecciosas. Portanto, o bem-viver no planeta dependerá da qualidade do ambiente nas cidades. Entretanto, as áreas urbanas não são homogêneas e representam habitats extremamente diversos internamente e entre elas. As cidades apresentam feições bastante desiguais em aspectos ambientais e sociais, com efeitos também muito desiguais à saúde.

## QUESTÕES AMBIENTAIS NA AMÉRICA LATINA

Na América Latina, mais de 80% de população é urbana, constituindo o continente mais urbanizado, além de ser o mais desigual em renda, atenção à saúde e educação (Garcia et al., 2020). Consequentemente, suas cidades são caracterizadas pela dualidade riqueza e pobreza. No ano 2020, elas apresentaram as maiores taxas de mortalidade por COVID-19 no mundo (The Lancet, Nov.7, 2020). Nenhuma região do mundo foi tão atingida pelo novo coronavírus como a América Latina, com 8% da população do globo e 30% das mortes por COVID-19 (Navarro, Leite e Iglesias, 2020).

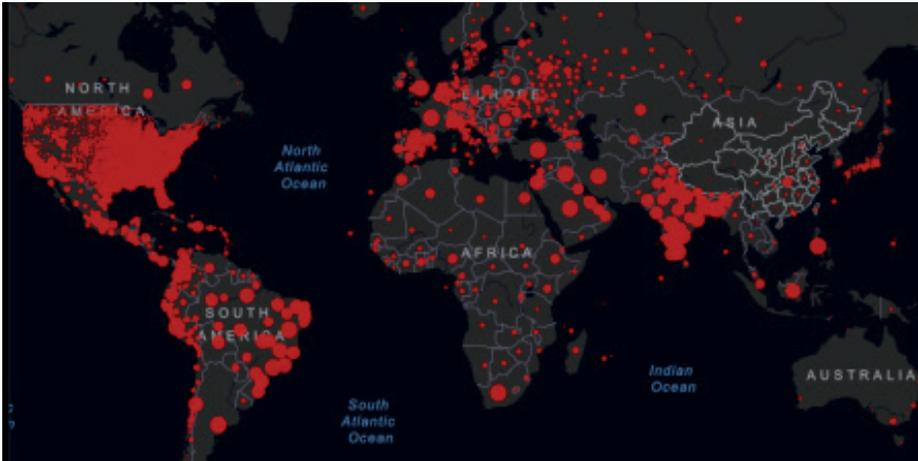
As pandemias de COVID-19, em 2020, e a do vírus Zika, em 2016, trouxeram à tona questões negligenciadas há décadas na América Latina, dando-lhes um realce e uma gravidade ainda maiores. Nos referimos às desigualdades ambientais que têm estreita interface com as inequidades sociais e étnicas. As questões ambientais e o saneamento, talvez por proeminência de problemas sociais, vêm sendo deixadas de lado nas agendas de governos e mesmo de pesquisadores da área da saúde em países da região (Barrocas, Moraes, Sousa, 2019). Em que pese os elementos da natureza constituírem a base do desenvolvimento econômico do continente, estes vêm sendo destruídos de forma a colocarem em risco seu processo de desenvolvimento e, sobretudo, a saúde de suas populações. Há uma forte pressão demográfica e econômica sobre os ambientes naturais, que vêm sendo ocupados de forma, quase sempre, predatória, com ruptura do equilíbrio ecológico e perda da biodiversidade, que mantém este equilíbrio. O desmatamento e a invasão humana em habitats silvestres têm ampliado o risco de propagação de epidemias.

Desigualdades ambientais reforçam a desigualdade social e econômica do continente e sobrepõem-se a desigualdades em saúde, incluindo em incidência de casos e de óbitos

por doenças infecciosas, novo coronavírus. Dentre as cinco taxas mais altas de óbito por COVID-19 no mundo, estão as de Peru, Brasil e Bolívia.

A figura 1 retrata a distribuição mundial de casos de COVID-19, até 29 de setembro de 2020. Verifica-se que a América Latina se destaca em número de casos no hemisfério sul e na faixa intertropical, onde rivaliza-se com a Índia.

**Figura 1** – Distribuição de casos de COVID-19 no mundo em 29/9/2020



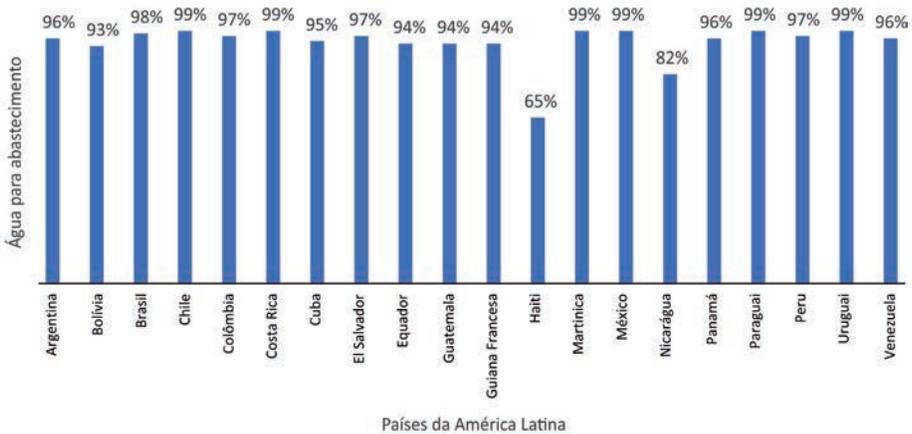
Fonte: Johns Hopkins, 29/9/2020.

Dentre as questões de saúde ambiental urbanas que apresentam relações com as pandemias estão: falta de saneamento básico; mal gerenciamento de resíduos sólidos urbanos; habitações precárias e arranjos familiares complexos; carência de áreas verdes e parques; vulnerabilidade das famílias mais pobres frente a mudanças climáticas e desastres; poluição atmosférica urbana e de queimadas; desigualdades étnicas.

## DESIGUALDADES NA COBERTURA DO SANEAMENTO BÁSICO

A cobertura de rede de abastecimento de água é a que atende parcelas mais altas de população na América Latina, que, junto com países do Caribe, apresentaram a maior porcentagem de melhoria no mundo, entre 2000 e 2017 (UNICEF & WHO, 2019), ao menos nas proximidades das moradias. Dentre 20 países, dois possuem índices abaixo de 90%, Nicarágua (82%) e Haiti (65%), e 14 acima de 95% (figura 2).

**Figura 2** – Porcentagem da população com água para abastecimento disponível na moradia, ou a menos de 30 minutos da moradia, em países da América Latina



Fonte: Adaptado de UNICEF & WHO, 2019.

Em relação a coleta, afastamento e tratamento de esgoto, os números são bem menos favoráveis, em quase toda América Latina (tabela 1). A situação é mais crítica no Haiti, na Nicarágua e na Bolívia. Ademais, as desigualdades entre populações mais ricas e mais pobres são gritantes no interior dos países: no Haiti 11% dos mais pobres e 62% dos mais ricos possuem coleta e afastamento de esgotos; na Bolívia 15% dos mais pobres e 83% dos mais ricos. Esta discrepância representa uma inequidade em determinantes de saúde, pois é evitável e injusta.

Completando este quadro grave de carência e desigualdade de saneamento, há índices de tratamento de esgotos absolutamente baixos e vergonhosos em países da América Latina (tabela 1). Mesmo naqueles países que têm sido reconhecidos internacionalmente por algumas políticas ambientais e urbanas inovadoras, focadas em sustentabilidade, como Costa Rica (42%) e Colômbia (15%), os índices são muito baixos, para não mencionar aqueles notáveis em todos aspectos por carência de saneamento, como Bolívia (22%). Os dados de 2000 e 2017 mostram que houve progressos na região no que tange coleta de esgoto urbano, mas que ainda há muitas fossas e falta de tratamento (OMS e UNICEF, 2017).

**Tabela 1** – Saneamento básico urbano em % da População em alguns países da América Latina

País	Coleta/Afastamento de Esgoto		Tratamento de Esgoto
	Pobres	Ricos	
Argentina	87%		–
Bolívia	15%	83%	22%
Brasil	88%		56%
Chile	–		82%
Colômbia	–		15%
Costa Rica	88%	97%	42%
Cuba	–		35%
Equador	–		26%
Haiti	11%	62%	–
Honduras	56%	87%	–
México	–		54%
Nicarágua	74%		–
Peru	–		55%
Porto Rico	97%		–
Uruguai	97%		–
Venezuela	94%		25%

Fonte: Adaptado de OMS e UNICEF, 2017.

Apesar de alguns progressos em níveis de saneamento, ainda persistem carências de banheiros e latrinas em moradias da América Latina, fazendo com que o hábito de defecar a céu aberto persista em algumas áreas de países. A tabela 2 ilustra este fato, indicando porcentagem de moradias de alguns países em que a prática é comum e a porcentagem de comunidades existentes onde o hábito persiste. Destacam-se os piores índices em Haiti, Bolívia e Guatemala.

**Tabela 2** – Defecação à céu aberto: onde ainda se pratica

Defecação a céu aberto		
País	Moradias	Comunidades
Paraguai	1%	10%
Colômbia	5%	15%
Guatemala	6%	46%
Bolívia	16%	42%
Haiti	25%	76%

Fonte: Adaptado de OMS e UNICEF, 2017.

Em que pese ter ocorrido grande redução, de 51 milhões a 17 milhões, de pessoas que defecam a céu aberto, entre 2000 e 2017, na América Latina, os dados denotam grave situação de carência e desigualdade de conforto básico para a qualidade de vida e sobretudo de riscos à saúde. Mesmo nos EUA, estima-se que ao menos 930.000 pessoas não têm saneamento básico. São 570.000 sem teto e sem acesso a banheiros públicos, que se somam a mais de 630.000 pessoas sem acesso a privada e a pia de cozinha. A defecação a céu aberto naquele país existe, sobretudo, em quatro estados: Califórnia, Flórida, Nova Iorque e Texas e grande parte destas pessoas carentes são oriundas da América Latina (AJPH - American Journal of Public Health, 2020).

Em alguns locais mais pobres da América Latina há, também, latrinas compartilhadas. Estudo com pesquisa sorológica realizado em vila equatoriana indicou que o uso de latrinas abertas compartilhadas, ao invés de privadas com descargas, estava associado, de modo significativo, com resultados soro positivos para SARS-CoV2, sugerindo um papel contribuinte de transmissão fecal-oral da doença (Del Brutto, O.; Costa, A. F. e Garcia, H. H., 2020).

Outros estudos recentes têm alertado para a relação entre a síndrome do Zika vírus, carência de saneamento e risco de agravamento por proliferação de cianobactérias (Oliver e Ribeiro, 2020). Durante a emergência de interesse internacional declarada por conta do vírus Zika, no Brasil, verificou-se prevalência mais elevada de microcefalia em locais com maior proliferação de cianobactérias nas águas usadas para abastecimento, como o Nordeste brasileiro. Apesar da região Sudeste do país ter tido mais casos de Zika, quase não apresentou casos autóctones de microcefalia. Ao passo que na região Nordeste

houve concentração de casos de microcefalia associados ao Zika (síndrome do Zika vírus) possivelmente porque o vírus foi associado a cianotoxinas provenientes de cianobactérias em águas de abastecimento, decorrentes de falta de saneamento.

Pesquisas recentes e inovadoras, portanto, têm demonstrado que os riscos de falta de saneamento básico adequado vão muito além daqueles de doenças diarreicas e outras patologias do sistema digestório em moradores de áreas carentes, sobretudo em crianças. Estes riscos podem acentuar aqueles de pandemias.

A pandemia de COVID-19 destacou a necessidade de higiene na moradia e em ambientes de convivência pessoal, como medida preventiva de contágio. As carências de condições básicas para a higiene pessoal e da moradia ficaram ressaltadas na América Latina, onde parcelas importantes da população não possuem pia com água e sabão, ou mesmo pias, em suas casas (tabela 3).

**Tabela 3** – Higiene básica na moradia em países da América Latina (% de domicílios)

Higiene básica na moradia			
País	Pia com água e sabão	Pia sem água ou sabão	Sem pia
Costa Rica	84%	10%	6%
Cuba	85%	10%	5%
Guatemala	77%	21%	3%
Haiti	26%	42%	32%
Honduras	84%	10%	6%
Jamaica	66%	16%	17%
México	86%	9%	3%

Fonte: Adaptado de OMS e UNICEF, 2017.

Pelos dados apresentados na tabela 3, verifica-se que a recomendação básica da Organização Mundial de Saúde - OMS para prevenir contágio de COVID-19: Lavar as mãos com frequência, não podia ser atendida por porcentagens importantes de pessoas na América Latina, sobretudo as que vivem em bairros com moradias subnormais, pois não têm condições necessárias para lavar as mãos e, portanto, têm dificuldades para evitar o contágio a suas famílias.

Muitos bairros de moradia inadequada, como favelas ou autoconstrução, mesmo quando possuem lavatórios e banheiros, sofrem com intermitência no fornecimento de água por redução de pressão na rede, ou por rodízio no abastecimento e falta de caixas d'água. Estes bairros enfrentam, assim, a desigualdade ambiental como marcador de vulnerabilidade frente ao COVID-19.

Para fazer frente a esta maior vulnerabilidade, algumas cidades da América Latina se mobilizaram, de forma emergencial, no início da pandemia de 2020, para combater a disseminação do coronavírus e a desigualdade de condições para seu enfrentamento. (Figuras 3, 4 e 5).

Por exemplo, em São Paulo, Brasil, no início da quarentena decretada pelo Governo de São Paulo, em março de 2020, a SABESP (Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo) doou e orientou a colocação de mais de 5,8 mil reservatórios d'água na Região Metropolitana de São Paulo e em municípios do interior, beneficiando cerca de 23 mil moradores de favelas (Figura 6). Foram, também, instaladas pias em regiões mais carentes de favelas e de áreas centrais, onde havia maior presença de moradores de rua. A distribuição dos reservatórios e instalação de pias nas ruas onde se concentram moradores de rua e em favelas foram medidas sociais adotadas, também em outras cidades, em parceria com empresas.

**Figura 3** – Senhor lava as mãos em pia instalada em da Cidade de São Paulo pela SABESP



Fonte: Adaptado de SABESP, 2020.

**Figura 4** – Pias populares são instalados em Cuiabá para higienização das mãos durante pandemia de COVID-19



Fonte: Prefeitura de Cuiabá.

**Figura 5** – Pia instalada nas ruas do Rio de Janeiro para moradores de rua, Brasil, 2020



Fonte: Adaptado de Jornal Meia Hora, 2020.

**Figura 6** – Favela Paraisópolis, São Paulo-SP e, ao lado, Distribuição de 2.000 caixas d'água na favela de Paraisópolis, São Paulo durante pandemia de COVID-19 (2020)



Fonte: Adaptado de SABESP e REVISTA VEJA, respectivamente.

## BAIROS E HABITAÇÕES PRECÁRIOS

**Figura 7** – Favela da Rocinha Rio de Janeiro, Brasil.



Fonte: Estadão, 2020.

Habitações e bairros subnormais, muito comuns na América Latina (Figuras 7 e 8), são fatores cruciais para a dificuldade de distanciamento social (distância de 1,5 m. entre as pessoas) e para evitar aglomerações, outras medidas preconizadas como preventivas do COVID-19 pela OMS – Organização Mundial da Saúde e adotada em praticamente todos países do continente (Garcia et al., 2020).

**Figura 8** – Medellín, Colômbia



Fonte: Acervo da autora Ribeiro, H.

Mais de um terço das famílias latino-americanas mora numa casa inadequada, ou construída com materiais precários, ou carente de serviços básicos (BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2012) e de parques urbanos.

**Quadro 1** – Porcentagem das famílias sem teto ou que têm moradia inadequada na América Latina

México	34%	Venezuela	27%
Guatemala	67%	Colômbia	37%
Nicarágua	78%	Peru	72%
Honduras	57%	Equador	50%
El Salvador	58%	Bolívia	75%
Costa Rica	18%	Paraguai	43%
República Dominicana	41%	Brasil	33%
Panamá	39%	Argentina	32%
Uruguai	26%	Chile	23%

Fonte: Adaptado de Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID, 2012).

Nestes bairros populares de moradias subnormais, geralmente, há mais pessoas por cômodo, instalações sanitárias insuficientes e inadequadas, baixo atendimento de serviços públicos necessários, difícil acesso a serviços de saúde, vielas estreitas, onde não entram veículos de socorro e mesmo de transporte público. São características territoriais que se somam a aspectos culturais e sociais, que favorecem maior circulação do vírus e deixam estes territórios mais vulneráveis à pandemia.

Ademais, há distribuição desigual de parques em cidades da América Latina, além de pior qualidade e cuidado daqueles em bairros mais pobres, com lixo e violência. Os parques urbanos, além de propiciar benefícios naturais ao ar e ao clima, têm papel essencial para saúde física, por permitir realização de atividades motoras, e mental, por permitir convívio social e aliviar níveis de estresse e depressão. Estes benefícios seriam essenciais, sobretudo durante a pandemia de coronavírus e quarentena adotada nos países (Cortinez-O’Ryan et al. 2020). O fechamento indiscriminado nacional de parques, (em países como Colômbia, Peru, Chile, em alguns estados do Brasil) e de praias afetou comportamentos saudáveis de grupos de menor e de maior renda de modo muito diferente, podendo aumentar inequidades

intraurbanas em saúde pré-existentes (Cortinez-O’Ryan et al. 2020) e em aspectos sociais e culturais. Para moradores de bairros mais pobres e aglomerados, os espaços externos, como ruas, praças, parques e praias, sobretudo sob climas tropicais e subtropicais, constituem uma extensão do próprio espaço de vida. As restrições ao uso desses espaços são penosas e quase impossíveis de serem cumpridas em longo prazo.

Famílias grandes, estendidas e solidárias, que vivem junto e se apoiam, são características da América Latina. Se este é um aspecto bastante positivo, no momento de pandemia COVID-19 trouxe problemas para o isolamento social, aumentando o risco de contágio, sobretudo para os mais idosos.

Há grande complexidade das moradias e diversidade das vidas familiares na América Latina (Esteve et al, 2018), como um todo, que a diferencia de outras regiões do mundo. Esta complexidade está relacionada a várias dimensões. A primeira delas é a idade precoce da gestação. Destacam-se Nicarágua, Costa Rica, Panamá e México com as idades de gestação mais precoces; Brasil, Colômbia, Venezuela, Peru e Bolívia apresentam grandes variações internas dentro do país; e Uruguai, Chile e Argentina são onde as gestações são mais tardias. Isto, de certa forma, contribui para que haja arranjos familiares complexos, com elevado número de membros e crianças vivendo em residências, sem estarem diretamente relacionados ao chefe de família. De 15 a 30% das crianças na América Latina vivem sem os pais; com tios, avós e/ou outros parentes (Esteve et al., 2018).

Outras características bastante comuns dos arranjos familiares da América Latina são a coabitação sem casamento e as moradias chefiadas por mulheres. Brasil, Costa Rica, Panamá e Colômbia têm as maiores proporções de mulheres não casadas vivendo com crianças. Ademais, cerca de 70% das mulheres solteiras, sobretudo as de menor escolaridade, moram com seus pais, mães ou avós. Mulheres com níveis de escolaridade mais altos apresentam menores proporções de coabitação (Esteve et al., 2018).

Mas a coabitação também se deve a obrigações filiais com pais e avós, muito disseminadas na América Latina. Esses arranjos familiares complexos se dão sobretudo nas regiões mais carentes da América Central e do Sul. No Brasil, existe em proporções mais altas no Norte e no Nordeste que, historicamente, sofrem emigração de homens e mulheres em idade produtiva, deixando filhos para serem criados por avós e/ou outros parentes. Esta coabitação é uma estratégia para enfrentar pobreza, vulnerabilidade e incertezas, mas acaba sendo elo na transmissão inter-geracional da pobreza (Esteve et al., 2018) e na vulnerabilidade das famílias mais pobres à COVID-19.

A instabilidade do mercado de trabalho foi outro fator a contribuir para esta vulnerabilidade. As altas porcentagens de informalidade do trabalho também são características da América Latina. No geral, cerca de 30% dos trabalhadores não agrícolas do continente trabalham no setor informal e 5% em casa (Organization for Economic Cooperation and Development – OECD, 2019). O setor informal da economia, na América Latina e Caribe representa 40% do produto interno bruto, em comparação a 38% na África subsaariana, 34% na Ásia do Sul, 23% na Europa e 17% em membros da OECD (OECD, 2019).

Esta informalidade do trabalho, em parte, explica os arranjos familiares complexos e o alto número de pessoas por moradia. Por outro lado, ajuda a explicar fenômeno muito observado, durante a pandemia de 2020, que foi a dificuldade de ficar em casa, outra recomendação ou mesmo exigência de alguns países da região (Garcia et al., 2020), como forma de conter a pandemia. Em que pese ter havido distribuição de auxílio emergencial a trabalhadores informais e desempregados, em muitos países, houve resistência e dificuldade bastante grandes em atender estas diretivas. Estes trabalhadores informais, em grande medida, ficaram responsáveis por entregas de produtos e alimentos a domicílio, enquanto a população estava confinada em casa, além de desempenharem os serviços de limpeza e higienização necessários. Sem dúvida, sua movimentação e exposição em transportes urbanos lotados também auxiliaram na disseminação do vírus entre as comunidades mais pobres.

## INADEQUAÇÃO DA GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS NA AMÉRICA LATINA E PROLIFERAÇÃO DE VETORES

Todos os dias, 145 mil toneladas de lixo são descartadas, de maneira incorreta, em lixões, na América Latina. Este volume equivale à quantidade gerada por 170 milhões de pessoas, representando 27% da população latino-americana e caribenha (ONU Meio Ambiente, 2018).

A ONU Meio Ambiente estimula os países a fechar os lixões, que apresentam alto risco para a saúde das pessoas que habitam no seu entorno, e das que coletam materiais recicláveis descartados. Os lixões também são uma fonte de emissão de gases de efeito estufa, afetam negativamente o turismo e a agricultura e ameaçam a biodiversidade.

As nações da América Latina e Caribe avançaram na coleta de resíduos, que já cobre cerca de 90% da população. Porém, diariamente, 35 mil toneladas de lixo ainda não são coletadas, afetando especialmente as áreas pobres e comunidades rurais, com impactos na vida de mais de 40 milhões de pessoas.

Outro aspecto bastante negativo é que só 4,5% dos resíduos da América Latina são reciclados, representando a taxa mais baixa de reciclagem dentre todas regiões do mundo (ONU Medio Ambiente, 2018).

Mesmo sem solução destes problemas, a geração de resíduos está em constante aumento no continente, com previsão de passar de 541.000 toneladas dia (1kg/dia/habitante em média), em 2014, para 670 mil toneladas/dia, em 2050. Deste total de resíduos, 50% são orgânicos e poderiam ser, em grande parte, direcionados a compostagem (ONU Medio Ambiente, 2018). Piorando o quadro, são descartadas, na América Latina, 17.000.000 toneladas por dia de plásticos, com efeitos muito deletérios para o meio ambiente, onde têm elevada persistência, servindo para criadouro de mosquitos proliferadores de doenças, com alto potencial epidêmico no continente. As epidemias de dengue e do vírus zika, nos países da região, estão bastante associadas ao destino inadequado dos resíduos sólidos urbanos, nos quais há acúmulo de água de chuva.

O mosquito transmissor de dengue e zika, o *Aedes Aegypti*, coloca ovos em qualquer água empoçada, onde as larvas se reproduzem. Em 2019, a América Latina enfrentou um grande surto de dengue, com cerca de 3 milhões de casos registrados, 20% a mais do que em 2015, que havia atingido o recorde de casos. Em 2019, 1.300 pessoas morreram de complicações da dengue na região. Os países com maior número de casos foram Brasil, Colômbia, Honduras, Belize e Nicarágua, mas casos de dengue ocorreram do México, ao norte, a Chile e Argentina, ao sul. As chuvas abundantes, as temperaturas elevadas e as secas também contribuíram para esta epidemia.

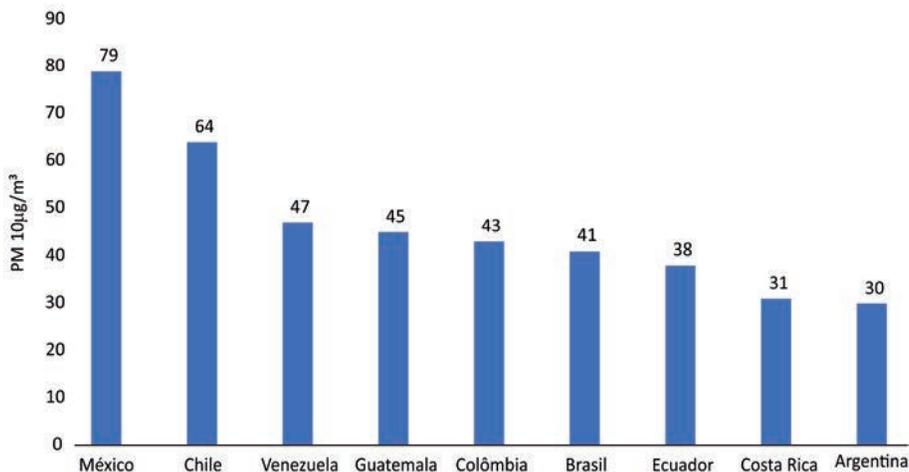
Hoffman, B. (2020) alerta para a exposição desigual aos riscos climáticos, decorrentes de aumento da temperatura anual média na América Latina e Caribe, aumentando níveis dos mares e riscos de desastres naturais. Segundo o autor, os mais pobres da América Latina estão mais expostos aos desastres naturais, chuvas abundantes, inundações, secas e temperaturas mais altas. Os bairros pobres e assentamentos informais, com moradias autoconstruídas, estão mais expostos a inundações e deslizamentos de terras. Além disso, as doenças transmitidas por mosquitos, que têm caráter epidêmico, tais como malária, dengue e zika, sofrem forte influência dos fatores do clima, sobretudo temperatura e pluviosidade. Estas doenças afetam sobretudo os mais pobres, que já têm saúde debilitada por causa de insuficiência de saneamento e menor acesso à atenção à saúde.

## POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA

A contaminação do ar é considerada o principal risco ambiental para a saúde nas Américas (WHO, 2016). As diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar recomendam uma exposição máxima de 20  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  para PM10 e uma exposição máxima de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  para PM2.5 (WHO, 2005). Poluição causa resposta inflamatória persistente e aumenta risco de infecção por vírus no sistema respiratório. Exposição à poluição por material particulado fino, em longo prazo, tem sido correlacionada à COVID-19, em estudos realizados em vários países, como Inglaterra, Itália, França, Alemanha, Espanha, Holanda, EUA. Hotspots de COVID-19 apresentaram relação positiva entre concentrações de material particulado fino (PM): com mais casos, mais hospitalizações e mais mortes, mesmo controlando por variáveis de confusão (Cole, Ozgen, Strobi, 2020). Há evidências de uma relação entre a poluição do ar o agravamento dos casos de coronavírus e maior taxa de letalidade.

Na América Latina, os países contam com uma rede de monitoramento esparsa e poucas cidades possuem rede de monitoramento contínuo no tempo. Desta forma, há escassez de estudos demonstrando esta associação entre poluição atmosférica e COVID-19 em cidades do continente. A contaminação do ar na região está relacionada a mobilidade urbana, atividades industriais, extrativas, agrícolas e a muitos focos de fogo.

**Gráfico 2 – Os 10 países com o ar mais poluído do América Latina**



Fonte: Adaptado de Sawe, B. E., 2018. Cities with worst air quality in South America, World Atlas.

A poluição do ar urbana é muito elevada na América Latina. Destacam-se, historicamente, México, Chile, Venezuela, Guatemala, Colômbia e Brasil. Em menor escala, regiões da América Central também são bastante poluídas, a exemplo de San José na Costa Rica.

Muitas políticas de controle de poluição atmosférica têm sido implementadas, de forma inovadora em grandes cidades da América Latina, com resultados positivos, pois diminuíram em muito os episódios agudos críticos de poluição e seus efeitos mais graves à saúde, mas persistem efeitos crônicos por exposição mais baixa em longo prazo, que, possivelmente, tenham contribuído para risco ampliado de casos graves por COVID-19. Apesar destes progressos, a contaminação do ar está presente também em cidades de porte médio de todos países, como pode ser observado na tabela 4.

**Tabela 4** – Cidades com a pior qualidade do ar na América do Sul

Classificação	Cidade	País	Média PM $\mu\text{g}/\text{m}^3$
1	Santa Gertrudes	Brasil	95
2	Lima	Peru	88
3	La Paz	Bolívia	82
4	Coyhaique	Chile	75
5	Rancagua	Chile	75
6	Santo Domingo	Equador	69
7	Cubatão	Brasil	69
8	Andacollo	Chile	67
9	Milagro	Equador	66
10	Santiago	Chile	64
11	Padre las Casas	Chile	64
12	Cochabamba	Bolívia	60
13	Rio Claro	Brasil	56
14	Osorno	Chile	54
15	Bogotá	Colômbia	50
16	Curico	Chile	51
17	Itagüi	Colômbia	50
18	Temuco	Chile	50

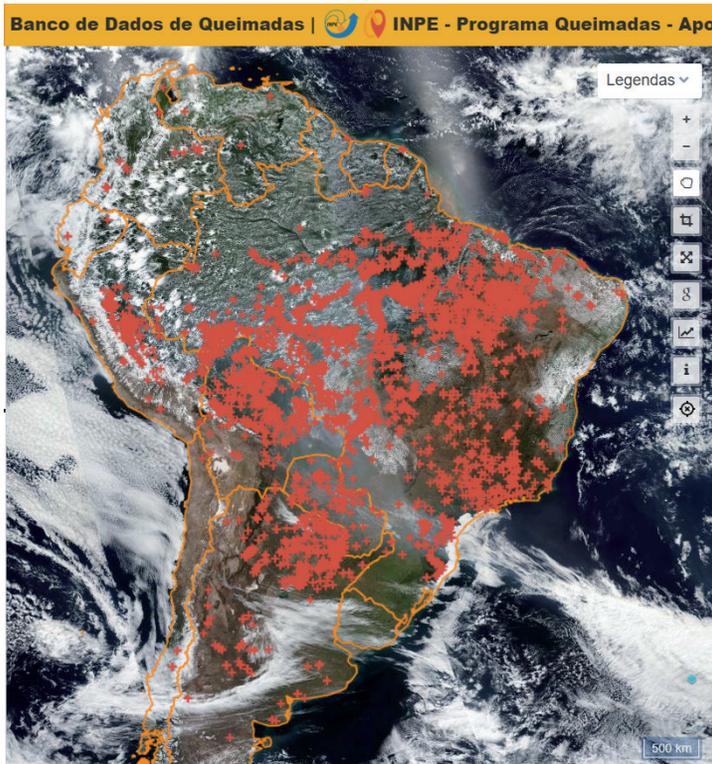
**Tabela 4** – Cidades com a pior qualidade do ar na América do Sul (continuação)

Classificação	Cidade	País	Média PM $\mu\text{g}/\text{m}^3$
19	Telca	Chile	49
20	Rengo	Chile	49
21	Caldas	Colômbia	49
22	Rio de Janeiro	Brasil	49
23	Ciénaga	Colômbia	48
24	Copiapó	Chile	47
25	Caracas	Venezuela	47
26	Bucaramanga	Colômbia	47
27	Valdívia	Chile	47
28	La Estrella	Colômbia	47
29	Itaboraí	Brasil	46
30	Girardota	Colômbia	46

Fonte: Adaptado de Sawe, B. E., 2018. Cities with worst air quality in South America, World Atlas.

A poluição do ar interna é um outro problema na América Latina, onde o uso de fogões a lenha sem exaustão adequada é muito disseminado, em especial nos países Andinos.

Poluição atmosférica é também causada por incêndios florestais descontrolados e queimadas como prática agrícola. O fenômeno tem sido destaque na imprensa com os incêndios na Amazônia e no Pantanal, durante a pandemia do coronavírus, em 2020, (figura 9) por sua grande extensão e intensidade.

**Figura 9** – Focos de incêndio em setembro 2020 na América do Sul

Fonte: Adaptado de INPE, 2020.

As fumaças de queimadas são nefastas em qualquer época, mas em período de COVID-19 se tornaram um risco maior à saúde pública pois pioram sintomas e desfechos dos casos. A fumaça irrita e enfraquece os pulmões e o sistema imunológico, tornando os indivíduos mais susceptíveis à infecção respiratória (Johns Hopkins, Global Health Now 17/8/2020). Além disso, há uma sobreposição de riscos às pessoas que são mais vulneráveis à poluição do ar, com a vulnerabilidade à COVID-19, como os idosos e pessoas com baixa imunidade. Os incêndios florestais também aumentam os níveis de ozônio, que já constituem um problema sério de má qualidade do ar na região, com efeitos à saúde respiratória.

## DESIGUALDADES SOCIOAMBIENTAIS E INEQUIDADES ÉTNICAS FACE A COVID-19: EXEMPLO BRASILEIRO

As taxas de mortalidade por COVID-19 no Brasil são distintas por região geográfica, com impacto desproporcional a populações pardas e negras e outras minorias étnicas hospitalizadas. São mais altas na Região Amazônica, no Nordeste e no Rio de Janeiro (*outlier*) (Baqui et al., 2020), que possuem proporcionalmente mais população parda e negra do que as regiões Sul e Sudeste do país. Dados de incidência também são mais altos nestas regiões.

Entretanto, fatores étnicos não podem ser responsáveis por estas taxas mais elevadas e sim determinantes sociais e ambientais de saúde destas populações. Desafios históricos afetaram a capacidade de resposta dos serviços de saúde nestas regiões mais castigadas pela epidemia de COVID-19. Há escassez de médicos e intensivistas; uma vigilância epidemiológica mais frágil; uma rede fraca de serviços de saúde, de equipes de saúde da família, menor quantidade de leitos hospitalares e de leitos de unidades de terapia intensiva – UTI por habitante do que nas outras regiões (Ribeiro, Mendes e Waldman, 2020).

As raízes das causas de taxas de mortalidade mais altas superpõem fatores étnicos com sociais: a porcentagem de famílias de baixa renda que vivem em aglomerados subnormais, com números elevados de pessoas por cômodo, é mais alta nestas regiões e maior entre famílias pardas e negras do que entre brancas. Mesmo nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, os pardos e negros vivem mais em favelas ou subúrbios distantes, têm mais dificuldade de mobilidade, mais empregos informais, mais obesidade e comorbidades (Ravi, 2020; Ferreira et al., 2019) e nível educacional mais baixo para entender as recomendações e o momento adequado de procurar os serviços de saúde (Ribeiro, Mendes e Waldman, 2020). Houve, nestas regiões, nos primeiros meses da pandemia, um colapso dos serviços de saúde em várias cidades, como Manaus, Fortaleza e Natal. Necessário ressaltar que nas regiões Norte e Nordeste, menores proporções da população urbana são atendidas por rede de abastecimento de água: 69,5% na região Norte, 88,7% na Nordeste em comparação a 96% nas regiões Sul e Sudeste (SNIS, 2019).

Em dezembro 2020, o Brasil era o segundo país do mundo em maior número de casos de coronavírus, com a 8ª maior incidência, 24.861 casos/1 milhão de habitantes, semelhante à dos EUA. Era o 3º em taxa de óbitos, 852 óbitos /1 milhão de habitantes em comparação à média mundial de 142 óbitos /1 milhão de habitantes (Min. Saúde, out. 2020), mas com disparidades regionais (Tabela 5).

**Tabela 5** – Distribuição dos casos e óbitos de COVID-19 no Brasil em outubro de 2020

	Distribuição regional no Brasil COVID-19	
	Incidência	Óbitos
Norte	36.210/1.000.000	840/1.000.000
Centro oeste	40.080/1.000.000	863/1.000.000
Nordeste	24.830/1.000.000	719/1.000.000
Sudeste	20.700/1.000.000	790/1.000.000
Sul	21.890/1.000.000	440/1.000.000

Fonte: Adaptado de Boletim Epidemiológico coronavírus 36. 42ª semana. Min. Saúde (out. 2020).

Destaca-se, na região Norte, o Estado de Roraima que apresentou 89.170 casos por milhão de habitantes, mais que o dobro dos casos de toda a região. No Centro-Oeste, o Distrito Federal, onde fica a capital Brasília, apresentou 67.750 mil casos por milhão de habitantes, uma incidência bastante mais elevada que a apresentada pela região e que elevou a média regional.

A Figura 10 ilustra a precariedade de saneamento na região Norte, com destaque da cidade de Ponta de Pedras, no estado do Pará.

**Figura 10** – Área Urbana de Ponta de Pedras e o armazenamento de água próximo ao banheiro

Fonte: Acervo do Laboratório de Estudos das Cidades – UNIVAP (2015) apud Lima (2017).

Quanto aos óbitos, quatro Estados se destacam com relação às suas regiões, na Região Norte os Estados do Amazonas e de Roraima foram centros bastante atingidos pela epidemia de COVID-19 e apresentaram 1.040 e 1.120 óbitos por milhão de habitantes respectivamente. No Nordeste, o Ceará foi um Estado particularmente atingido, apresentando 1.000 óbitos por milhão de habitantes contra 719 óbitos por milhão da Região Nordeste, onde está inserido. Por fim, na região mais populosa do país, a Sudeste, o Estado do Rio de Janeiro apresentou a maior proporção de óbitos do país neste período que foi de 1.140 por milhão de habitantes contra 790 óbitos por milhão em toda a região, que inclui os Estado de São Paulo e de Minas Gerais. (Ministério da Saúde, 2020).

Na região Norte do Brasil, é necessário dar destaque às populações indígenas da Amazônia, que, até outubro 2020, haviam registrado 41.250 casos de COVID-19, em 160 povos dentre os 305 da Amazônia Brasileira, com 881 mortes e taxa de mortalidade de 991 óbitos/1 milhão de habitantes, 16% a mais que a brasileira (ISA, 19-11-2020).

O exemplo da Aldeia dos Kambebas a 40 km de Manaus, em que 100% da população foi contaminada (111 pessoas de 36 famílias, sem mortes) ilustra a maior vulnerabilidade da população indígena (ISA, 19-11-2020). Dentre os fatores que a explicam estão maior susceptibilidade a doenças respiratórias virais, o fato de viverem de maneira comunitária, de suas moradias geralmente terem muitas pessoas e serem sem acesso a água encanada, de terem menor disponibilidade de alimentos, equipamentos de proteção individual, produtos de higiene, testes e hospitais de campanha. Somam-se a estes fatores, as enormes distâncias de serviços de saúde e a necessidade de manterem rotina de trabalho para sobreviver, mesmo quando adoentados.

A região de fronteira Brasil-Venezuela, nos estados de Roraima e Amazonas, foi particularmente afetada pela epidemia de coronavírus, não só pelo grande afluxo de migrantes venezuelanos, abrigados em tendas e sem acesso regular a moradia, saneamento adequado e alimentos, mas também pela presença dos Índios Yanomami. Há 30 anos, as terras dos Yanomami vêm sendo invadidas por garimpeiros ilegais, que, atualmente, somam 20 mil. As terras de garimpo são focos importantes de malária, que debilita a saúde dos grupos indígenas e outros moradores da região. Foi observado aumento alarmante de número de casos e óbitos por COVID-19 entre os índios Yanomami. Foram 335 casos em agosto e 1.202 em outubro, a uma taxa de 4.480 casos/100 mil habitantes e de 33 óbitos/100 mil habitantes, mais que dobro da média mundial (ISA, 10-12-2020). A figura 11 retrata a moradia comunitária deste grupo indígena e a facilidade de contágio em ocas com grande número de pessoas dormindo lado a lado em redes.

**Figura 11** – Exemplo de Oca do povo Yanomami



Fonte: Foto cedida pelo autor Souvarine Tolstoi.

## CONCLUSÕES

Os dados de condições socioambientais, socioculturais e de incidência e mortalidade por COVID-19 na América Latina mostram características desta região, que lhe dão uma identidade regional, mas ressaltam a enorme inequidade frente às doenças infecciosas, sobretudo frente à pandemia de COVID-19. Esta desigualdade ambiental e inequidades em saúde suscitam a necessidade de discussão e busca de respostas de uma forma mais conjunta, em que lições aprendidas em algum país possam auxiliar outros e em que a soma de expertises regionais possa contribuir para respostas conjuntas mais rápidas, efetivas e duradouras aos desafios da saúde global na região.

Destaca-se que a susceptibilidade de alguns grupos sociais a doenças infecciosas e a vulnerabilidade ambiental e social atuam juntas em alguns espaços para exacerbar os riscos de pandemias e as desigualdades.

Os riscos de um indivíduo e as consequências à sua saúde são diferenciados em função de uma vulnerabilidade diferencial, mas também de uma resiliência diferencial (Diderichsen, F; Hallqvist, J; Whitehead, M, 2019). Esta resiliência é a capacidade de resposta para enfrentamento dos riscos de epidemias, para poder controlar a exposição, mas também se recuperar dos efeitos.

## REFERÊNCIAS

AJPH. Water and Sanitation in Urban America. 2017-2019. *American Journal of Public Health*, vol. 110 issue 10, 2020.

BAQUI, P; PICA, I; MARRA, V; ERCOLE, A & VAN DER SCHAAR, M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Global Health*, 2020; published online July 2.

BARROCAS, P.R.G.; MORAES, F.F.M. & SOUSA, A.C.A. Saneamento é Saúde? O saneamento no campo da saúde coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 26, n. 1, Rio de Janeiro Jan/Mar, 2019.

BID. Banco Interamericano de Desenvolvimento. *Espaço para desenvolvimento: mercados habitacionais na América Latina e no Caribe*, 2012. Disponível em: <<http://www.iadb.org>>. Acesso em: 14 de outubro 2020.

COLE, M.A.; OZGEN, C & STROBI, E. Air Pollution exposure and COVID-19. *Discussion Paper Series*. IZA Institute of Labor Economics, Bonn, Germany. June, 2020. [www.iza.org](http://www.iza.org). Acesso em 4/11/2020.

CORTINEZ-O'RYAN, A.; MORAN, M. R.; RIOS, A.P.; ANZA-RAMIREZ, C. & SLOVIC, A. D. Could severe mobility and park use restrictions aggravate health inequalities? Insights and Challenges from Latin America. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(9).e00185820.

DEL BRUTTO, O.; COSTA, A. F. & GARCIA, H. H. Incident Sars-CoV2- Infection and a shared latrine. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Sept. 2020.

DIDERICHSEN, F; HALLQVIST, J & WHITEHEAD, M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *International Journal of Epidemiology*, 2019, 268-274.

ESTADÃO. *Parte da favela da Rocinha está sem água há pelo menos oito dias*. In: Notícias, Rio de Janeiro. 2020. Disponível em <<https://brasil.estadao.com.br/noticias/rio-de-janeiro,parte-da-favela-da-rocinha-esta-sem-agua-ha-pelo-menos-oito-dias,70003373763>> Acesso em 21 de dezembro de 2020.

ESTEVE, A. & FLOREZ-PAREDES, E; Families in Latin America. Chapter 2. Cahn, NR; Carbone, J; DE Rose, LF; Wilcox, WB. *Unequal Family Lives*. Published online: July 2018, p. 40-65. Cambridge University Press.

FERREIRA, A.P.S; SZWARCOWALD C.L. & DAMACENA, G.N. Prevalence of obesity and associated factors in the Brazilian population: a study of data from the 2013 National Survey. *Rev Bras Epidemiol* 2019;22:e190024.

GARCIA, P.J.; ALARCÓN, A.; BAYER, A. & ATUN, R. COVID-19 Response in Latin America. Perspective piece. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 00(0), 2020, pp.1-8.

HOFFMANN, B. Cambio Climático y desastres naturales: exposición desigual, impactos y capacidade para hacerles frente. In: BUSSO, M. & MESSINA, J. (Orgs.) *La crisis de la desigualdad: America Latina y el Caribe en la Encrucijada*. Banco Interamericano de Desarrollo, 2020.

INPE – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, *Banco de dados de Queimadas*. Disponível em <<http://queimadas.dgi.inpe.br/queimadas/bdqueimadas/>> Acesso em 19 de dezembro de 2020.

ISA – Instituto socioambiental. Mortalidade por COVID-19 entre indígenas é 16% maior. *Manchetes socioambientais*, 10 de dezembro de 2020.

ISA – Instituto socioambiental. Tragédia anunciada: contaminações por COVID-19 dispararam na terra Yanomami. *Manchetes socioambientais*, 19 de novembro de 2020.

JAMETON, J. Ética de la Salud Ambiental. Frumkin, H. (ED.). *Salud Ambiental de lo Global a lo Local*. Organización Panamericana de la Salud e Mc Graw Hill Interamericana Editores. Washington D.C., 2010.

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *Global Health Now*. Disponível em <<https://www.globalhealthnow.org/>> Acessado em 17 de agosto 2020.

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *Coronavirus Resource Center*. Disponível em <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em 29 set 2020.

LIMA, V. M. *Globalização e saúde na Amazônia: um estudo de uma pequena cidade – Ponta de Pedra, Ilha do Marajó, Pará. 2017*. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

MEIA HORA DE NOTÍCIAS. *Água e sabão para salvar vidas*. In: Geral. Disponível em <https://www.meiahora.com.br/geral/2020/04/5896974-agua-e-sabao-para-salvar-vidas.html>. Acesso em 21 de dezembro de 2020.

MILLER, M. J.; LOAIZA, J.R.; TAKYAR, A. & GILMAN R. H. COVID-19 in Latin America: Novel transmission dynamics for a global pandemic? *Plos Neglected Tropical Diseases* 14 (5), 1-5, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico coronavírus* 36. 42ª semana. Min. Saúde (out. 2020).

NAVARRO, A.; LEITE, J. & IGLESIAS, S.P. Devastada pelo vírus, América Latina terá o desafio da vacinação. *O Estado de São Paulo*. 9 de Dez. de 2020. p. A14.

OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Latin American and Caribbean Competition Forum -Session I: *Informal Economy in Latin America and the Caribbean: Implications for Competition Policy, 2019*. Disponível em: <[https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/LACF\(2018\)4/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/LACF(2018)4/en/pdf)>. Acesso em 14 de outubro de 2020.

OLIVER, S.L. & RIBEIRO, H. Síndrome do Zika vírus, carência de políticas ambientais e risco de agravamento por proliferação de cianobactérias em um cenário de mudanças climáticas. *Revista de Saúde Pública* 54:83, 2020.

OMS & UNICEF. *Progresos em Materia de agua potable, saneamento e higiene*. Informe de actualización de 2017 y línea de base de los ODS. Ginebra, 2017. Acesso em 30/9/2020.

ONU Medio Ambiente. *Perspectivas de la Gestion de Residuos em America Latina y el Caribe*. Octubre, 2018. Acesso em 30/9/2020.

PREFEITURA DE CUIABÁ. *Prefeitura distribui pela cidade lavatórios populares para higienização da população*. Disponível em <<https://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/governo/prefeitura-distribui-pela-cidade-lavatorios-populares-para-higienizacao-da-populacao/21738>>. Acesso em 21 de dezembro de 2020.

RAVI, K. Ethnic disparities in COVID-19: are co-morbidities to blame? *Lancet* 2020; published online June 19.

RIBEIRO, H.; MENDES, V. & WALDMAN, E. In the COVID-19 pandemic in Brazil, do brown lives matter? *Lancet Global Health*, published on line July 2, 2020.

SAWE, B. E. Cities with worst air quality in South America, *World Atlas*. 2018. Disponível em <https://www.worldatlas.com/articles/cities-with-the-worst-air-quality-in-south-america.html>. Acessado em 21 de dez de 2020.

SABESP – Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo. Sabesp instala 170 lavatórios no Estado de São Paulo para combater coronavírus. In: *Notícias*. Disponível em: <http://site.sabesp.com.br/site/imprensa/noticias-detalle.aspx?secaold=65&id=8317>. Acesso em 21 de dezembro de 2020.

SNIS – Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. *Diagnóstico dos Serviços de água e esgotos-2018*. 2019. <https://snis.gov.br/diagnostico-anual-agua-e-esgotos/diagnostico-dos-servicod-de-agua-e-esgotos-2018> (acesso em 20 de junho de 2020)

THE LANCET. Editorial. *COVID-19 in Latin America: a humanitarian crisis*. Vol. 396. November 7, 2020. Disponível em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Acesso em 20 de novembro de 2020.

UNICEF & WHO. Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017. *Special focus on inequalities*, United Nations Children’s Fund (UNICEF) and World Health organization. New York, 2019. Acesso em 30 de setembro de 2020.

VEJA. *Favelas se organizam para conter coronavirus em comunidades de São Paulo*. Disponível em <<https://vejasp.abril.com.br/saude/favelas-se-organizam-para-conter-coronavirus-em-comunidades-de-sp/>>. Acesso em 21 de dezembro de 2020.

WHO. World Health Organization. *Air Quality Guidelines Global Update 2005*. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide. Disponível em <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health/publications/pre-2009/air-quality-guidelines.-global-update-2005.-particulate-matter,-ozone,-nitrogen-dioxide-and-sulfur-dioxide>. Acesso em 21 de dezembro de 2020.

WHO. World Health Organization. Updated data table 2016. In: *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*, 2006. Disponível em [https://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/](https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/). Acesso em 21 de dezembro de 2020.

WHO. World Health Organization. *Definition of Environmental Health developed at WHO consultation in Sofia, Bulgaria*. 1993. Disponível em: <[http://health.gov/environment/Definition\\_sofEnvHealth/ehdef2.htm](http://health.gov/environment/Definition_sofEnvHealth/ehdef2.htm)>. Acesso em: jul. 2003.

## Migraciones en Latino América en el Contexto Pandémico

Alex Alarcón Hein<sup>1</sup>

### ESCENARIO ACTUAL EN LATINOAMÉRICA

En nuestra región de las Américas, estos últimos años se han caracterizado por un aumento nunca antes visto de los flujos poblacionales, marcados por la explosión migratoria venezolana en primer término y seguido por la constante e ininterrumpidas caravanas de migrantes de Centroamérica. Estos flujos migratorios tienen efectos, y no solo a las clásicas dimensiones de desarrollo económico y social en los países receptores, sino con la llegada del COVID-19, el impacto sobre la salud de la población migrante se ve agravada, principalmente en el acceso a servicios básicos sanitarios, como también por precarias condiciones laborales, aumentando progresivamente su vulnerabilidad.

Adicionalmente, esta crisis sanitaria global ha detenido los flujos migratorios normales, es decir aquellos que se registran en pasos fronterizos reconocidos por cada uno de los países, restringiendo acceso y en otros casos extremos se han cerrado fronteras. Este escenario se ha transformado en el inicio de una ola de movimientos migratorios por pasos fronterizos no habilitados, aumentando una migración aún más precaria y que ya comienza a tener un número de muertes significativas dada la dramática situación en la que se encuentran, los últimos casos en la frontera de Chile y Bolivia, que a marzo de 2021,

---

<sup>1</sup> Licenciado en Economía y Administración por la Universidad Austral de Chile, Master en Políticas Públicas y Sociales por la Pompeu Fabra- John Hopkins University y Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Es académico e investigador del Programa de Salud Global de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. E-mail: [aalarcon@med.uchile.cl](mailto:aalarcon@med.uchile.cl)

sumaba 5 muertes en dos meses, todos ciudadanos venezolanos, en el intento de cruzar la frontera por pasos no habilitados.

Dado todo este escenario, podemos hoy asegurar que el cierre de fronteras impacta, sobremanera en las comunidades fronterizas, en muchos casos no acostumbradas y no habilitadas para recibir flujos migratorios, como el caso de Colchane, en la región de Tarapacá en Chile, donde el acceso a bienes como provisiones de alimentos y a servicios básicos como agua potable y acceso a salud son mínimos para una población flotante mayor a la permanente de la localidad. Frente a esta crisis, nos debemos preguntar si es posible que las familias migrantes sigan las recomendaciones internacionales de confinamiento, higiene (lavado de manos permanente) y el distanciamiento físico. Claramente, estas medidas son difíciles de aplicar.

El proceso migratorio para muchas familias se complejiza aún más en los tiempos actuales de pandemia COVID-19, no solo por el complejo escenario en todos los países de acogida de la región, sino también por la creciente creación de asentamientos precarios en puntos fronterizos. Y esto es solo el comienzo de este peregrinar en tiempos de pandemia. Para aquellas familias e individuos que se encuentran en un país de acogida seleccionado, independiente de su estatus migratorio, cada día les resulta complejo mantenerse en su residencia bajo restricción de cuarentena, porque en muchos casos dependen del pago diario de una habitación, lo que dificulta día a día el acceso a una vivienda digna.

La otra medida para prevenir la propagación y contagio de Coronavirus es el lavado de manos, que para el caso de población migrante en tránsito y en situación de vulnerabilidad en países de acogida, esta “sencilla” medida de prevención resulta difícil de aplicar dado el bajo acceso en muchos países a agua potable y a servicios sanitarios oportunos y de calidad. En el mismo escenario, el mantener el distanciamiento físico es también un problema al que deben luchar, muchas y muchos deben trabajar para su sustento diario y/o además se encuentran en situación de calle, lo que hace que nuevamente, este grupo se sitúe en el límite de contraer o ya haber contraído Coronavirus.

La migración no es nueva en la región y gran parte de los migrantes de estos últimos años han llegado para quedarse en los países receptores, por tanto, se deben extremar los esfuerzos por incorporarlos prontamente a la sociedad. Debemos encontrar la forma de convivir pacíficamente para que toda persona, sin importar su país de origen, pueda desarrollar su máximo potencial. El prejuicio hacia los migrantes lleva a la exclusión social y económica, con elevados costos, medido en menores salarios, bajo acceso a salud y educación, pero también perjuicios para la sociedad en su conjunto, traducido en menor productividad y aumento de conflictos sociales. La región debe estar atenta, a través de sus

instituciones, al posible aumento de manifestaciones en contra de población migrante, y que en el conjunto de estas instituciones se puedan abordar mecanismos de cohesión social.

## CONFINAMIENTO Y SALUD MENTAL

En términos sanitarios, la principal consecuencia que tienen las cuarentenas permanentes es la presencia creciente de demanda por prestaciones de salud mental. Y en contrario, un alto número de países, cerca de un 93%<sup>2</sup> de 130 han reducido o han interrumpido el acceso a servicios de salud mental; entonces, la demanda por atenciones aumenta, y si ya los países destinan escasos recursos a salud mental, parece evidente que ante este escenario, la situación empeore y nuevamente la desigualdad aumente, con población vulnerable en aumento.

La gran mayoría de los estudios indican que el confinamiento ha provocado un cambio inesperado y radical en los hábitos y rutinas cotidianos de millones de personas en todo el mundo. En los países más afectados por la pandemia, el confinamiento prolongado fue una de las medidas más utilizadas como mecanismo preventivo de propagación del virus y disminuir así la demanda de atención hospitalaria. Esta medida estricta, en la medida que han pasado los meses se hace más difícil de cumplir, existiendo “cansancio poblacional” por acatar medidas que atenten contra la libertad individual de acción; suspender actividades recreativas, la suspensión de clases presenciales en todos los niveles educacionales y por cierto el hacer cotidiano el trabajo a distancia (teletrabajo) nos ha hecho repensar lo que hacíamos previo a la pandemia.

No obstante lo anterior, los países de la región han transitado en la definición de políticas de confinamiento que se contraponen en dos dimensiones, transformándose en una encrucijada a ratos de corte moral, entre la salud de la población y su propia economía. Para muchos de nosotros en nuestra región de las Américas, nos sorprendió las imágenes televisivas de cientos de personas aglomeradas en centros comerciales de Colombia ante el día “compre sin IVA”, en plena crisis de primera ola en mayo de 2020. Pero este caso no fue el único, otros países, como el caso de Chile, prontamente hizo el cierre de escuelas, cines y gimnasios, pero decidió abrir centros comerciales con aforo limitado, en una clara señal de que la economía juega un rol crucial. Estos son solo dos ejemplos, pero que se han dado en un buen número de países de la región.

<sup>2</sup> Sorio, Rita (2021) “El Impacto Psicológico del Aislamiento”. Blog de Banco Interamericano de Desarrollo- IADB. 19 de Enero de 2021. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/el-impacto-psicologico-del-aislamiento/>. Acceso Mayo de 2021.

Volviendo a la relación confinamiento y salud mental, epidemias anteriores como SARS-CoV (2003) y el MERS-CoV (2012), nos dejaron entre otras enseñanzas, como que ante situaciones críticas y estresantes, acompañadas de aislamiento y movilidad, estas desencadenan problemas de salud mental y tienden a agravar diagnósticos y síntomas de aquellas personas que ya las tenían previo a la pandemia. Entonces, preocupa que los Estados no destinen recursos estructurales y monetarios explícitos para abordar este tema, toda vez que aún no existe evidencia sólida que ratifique el real estado de la población en pandemia, asociada al aumento de las incidencias en patologías de salud mental.

Vivimos hoy una segunda ola de contagios en América latina y una tercera en Europa, con una vacunación masiva en aumento, pero aún insuficiente; el desafío de los líderes de cada país deberá ser el incluir y fortalecer acciones de salud mental, focalizadas principalmente en población vulnerable, donde la población migrante está muy lejos de poder recibir prestaciones mínimas, no solo en tránsito sino también en países de acogida.

## MIGRACIÓN, HAMBRE, REMESAS Y TRABAJO

Otro factor importante de analizar es una de las principales causas de desplazamientos de la población migrante y esta es la falta de alimentos, uno de los temas emergentes en Salud Global. No hay duda que esta pandemia mundial, traerá consigo más hambre y escases de alimentos, y esta se agravará en aquella población que no podrá seguir resistiendo en sus países de origen, forzando así su desplazamiento, como también en aquellas familias que dependen estrechamente de esta población migrante a través de las remesas de dineros que estas envían. De acuerdo al informe del Programa Mundial de Alimentos – PMA y la Organización Internacional para las Migraciones – OIM<sup>3</sup>, la pandemia y las medidas de confinamiento han aumentado la llamada inseguridad alimentaria, es decir la imposibilidad de acceder a la comida de forma regular. En época de pandemia y post-pandemia los ingresos familiares en franca disminución, hace y hará que muchos migrantes se vean obligados a regresar a sus países de origen, lo que también provocará la caída de remesas a familiares directos, fuente esencial de sustento financiero para muchas familias, esperando una disminución cercana al 14% de las remesas a los países de ingresos bajos y medios para el 2021. Así, y de acuerdo a cifras del Programa Mundial de Alimentos, se proyecta que para fines de 2021 al menos 33 millones de personas más podrían pasar al hambre debido solo a la disminución prevista de las remesas.

<sup>3</sup> Naciones Unidas (2020) "Los Migrantes Latinoamericanos y sus familias pasan hambre en la Pandemia". Publicado en Noticias ONU: Mirada Global Historias Humanas. 10 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/11/1483852>. Acceso 26 de mayo de 2021.

Esta inseguridad alimentaria y el desplazamiento están estrechamente relacionados. El hambre, especialmente cuando se combina con un conflicto, es un factor crítico que impulsa a las personas a moverse, a buscar y encontrar soluciones. De acuerdo a este informe PMA-OIM<sup>4</sup>, nueve de cada diez de las peores crisis alimentarias del mundo se producen en países con el mayor número de desplazados internos. Mientras tanto, la mayoría de las personas desplazadas se encuentran en países afectados por la inseguridad alimentaria aguda y la desnutrición.

Otro antecedente, migrantes centroamericanos ya experimentan el impacto económico severo de la pandemia, de acuerdo a OIM, más de la mitad de quienes participaron de un estudio ya han perdido su trabajo por la pandemia, y un 82% dijo que habían tenido que reducir la cantidad de remesas que normalmente envían. Por su parte, migrantes y refugiados venezolanos también se ven afectados, ya que han sido los más afectados por cierres de fronteras y restricciones a la actividad económica. Esta diáspora depende en gran medida del sector informal, y el declive económico en sus países de acogida agrava los ya precarios medios de subsistencia. Durante este 2021, el mayor problema, agudo y humanitario es que un alto número de personas han quedado varadas en las fronteras. En resumen, el impacto socioeconómico de la pandemia es más devastador que la propia enfermedad.

Para resolver esta situación que se agrava día a día, estos dos organismos de Naciones Unidas proponen ocho acciones prioritarias para reconocer la relación entre el hambre y la migración:

1. Garantizar que los migrantes que enfrentan graves dificultades puedan acceder asistencia para satisfacer sus necesidades alimentarias y otras necesidades esenciales.
2. Brindar asistencia a los desplazados y a sus comunidades anfitrionas, incluidos refugiados y solicitantes de asilo, desplazados internos, así como migrantes en situaciones de crisis.
3. Proporcionar acceso seguro a servicios críticos e información inclusiva para todas las poblaciones en movimiento y desplazadas internamente.
4. Reconocer las contribuciones positivas de los migrantes y la diáspora, y promover su inclusión en los sistemas de protección social.

---

<sup>4</sup> IOM/WFP (2020) "Population Risk: Implication of Covid-19 for Hunger, migration and Displacement". Trends in Major Migration Hotspots. November, 2020. Disponible en: <https://www.iom.int/es/news/informe-de-la-onu-la-covid-19-podria-forzar-mas-desplazamientos-mientras-el-hambre-crece-en-las>. Acceso 26 de mayo de 2021.

5. Facilitar el flujo de remesas como elemento financiero esencial.
6. Promover los ajustes necesarios a los marcos legales nacionales y garantizar el acceso a los servicios de justicia.
7. Contrarrestar la xenofobia, la estigmatización y la discriminación hacia personas en movimiento a raíz del COVID-19.
8. Mejorar los datos y el análisis para comprender mejor los impactos de COVID-19 sobre movilidad, remesas y dinámica de la seguridad alimentaria.

Sin embargo, estas medidas propuestas solo se pueden implementar si se logra una acción concertada de los Estados, fortaleciendo el multilateralismo y la cooperación internacional.

## MIGRACIÓN Y VACUNACIÓN COVID-19

Los países de la región de las Américas han actuado con extrema cautela al momento de hablar de planes de vacunación COVID-19 masivos. La vacunación en la gran mayoría de los países de la región ya comenzó, en el marco de negociaciones directas de cada país con los laboratorios internacionales. Esta es una prueba clara de esta carencia de cooperación internacional en la región y que nos caracteriza a pesar de todas las recomendaciones internacionales mencionadas con anterioridad.

Bajo ese escenario de autonomía política, algunos de los países de la región han sido más explícitos que otros para identificar a su población de riesgo sujeta a priorización ante la vacunación masiva. Varios ejemplos de ello; Ecuador ha indicado la vacunación de poblaciones en riesgo, identificando flujos migratorios y ejecutar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito. En este grupo entran tanto los migrantes (sin distinción de condición migratoria) como los residentes en los municipios que albergan a estos grupos de población. El plan inicial del país es inmunizar a cerca de nueve millones de personas en seis meses desde marzo de 2021.

Por su parte, en México, organismos internacionales han solicitado prioridad de vacunación a población migrante. En Perú, el parlamento aprobó ley para garantizar el acceso a tratamiento preventivo y curativo contra Covid-19, que dará acceso libre y voluntario a la vacuna, así como al tratamiento de otras enfermedades que supongan emergencias nacionales y otras pandemias, para toda persona que voluntariamente quiera inocularse.

En Chile, el Programa Nacional de Inmunizaciones – PNI, de histórica cobertura universal, y su Plan Nacional de Vacunas contra Covid-19, buscó inicialmente la disponibilidad de stock de vacunas para más de 15 millones de personas y que tiene como primer grupo

focalizado a los trabajadores de Salud, trabajadores del Transporte y las Fuerzas Armadas y de Orden. En este caso, el Estado chileno ha asegurado mediante normativa ministerial que la cobertura de vacunación incluye a población migrante, independiente de su condición migratoria, explicitando que migrantes no regularizados también están incluidos.

En Brasil, el Gobierno espera inmunizar a más de 109 millones de personas en un país que tiene una población de más de 210 millones de habitantes, en 4 fases de acuerdo a tramo de edad y comorbilidades existentes, partiendo al igual que en la mayoría de los países por los trabajadores de la salud. No hace mención expresa a población migrante. Por su parte, Argentina, también partirá la inoculación con los trabajadores de salud de primera línea, es decir, quienes tienen contacto directo con contagiados por la covid-19, las fuerzas de seguridad, personas de más de 65 años y profesores. En Paraguay, el propio jefe de Estado anunció la promulgación de una ley expresa para vacunación, que apunta a que la población pueda acceder a dicho sistema de protección, sin explicitar lugar y/o focalización en población vulnerable y migrante.

En Colombia, receptora mayoritaria de población migrante, principalmente venezolana, tuvo una primera intención explícita de no querer vacunar a población migrante no regularizada, lo que fue anunciada por el propio presidente de la república en diciembre de 2020. Esa sola situación constituye una vulneración al derecho humano a la salud y la vida de las comunidades migrantes y receptoras. Este primer anuncio fue revertido en los primeros días del mes de febrero de 2021.

En la actualidad, existe en la región claridad y definición política unánime para tener rutas seguras y legales para los migrantes y que estos tengan cobertura de salud y vacunación. Sin embargo, aún falta camino por recorrer, tanto la crisis sanitaria, social y económica está lejos de terminar. Los flujos migratorios continúan vigentes en Colombia, Venezuela, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala, entre otros países de la región, con la mayoría de las fronteras terrestres cerradas para migrantes forzados, sin embargo, la paradoja está en que los aeropuertos para turistas internacionales siguen abiertos y en ostensible aumento de su flujo.

Ya lo hemos expresado en este capítulo, las condiciones de vida de un alto porcentaje de migrantes y personas con necesidades de protección internacional se han deteriorado en los países receptores. Su vinculación mayoritaria con mercados de trabajo informales, limitadas o inexistentes políticas de asistencia que los incorporen o escasas redes vinculares y familiares de apoyo hacen que el escenario sea complejo en el actual contexto de pandemia. Por esta sola razón, la cobertura universal de vacunación es un paso importante de derechos

e igualdad, poco usual, y que hace pensar que si hiciéramos un esfuerzo aún mayor, los países podrían incorporar nuevas prestaciones de carácter universal, sin discriminar entre grupos específicos de población. Es un momento coyuntural único para que los Estados garanticen de la forma más amplia posible acceso y cobertura a salud, sin exclusiones, dada su condición social, origen, religiosa, etnia o situación migratoria.

## NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE MIGRACIÓN PARA LA REGIÓN

Reiterar que esta pandemia ha propiciado una crisis de grandes dimensiones que afecta sobre todo a los sectores más vulnerables de las sociedades no es solo una cuestión de percepción ciudadana, sino que los hechos concretos así lo mencionan; los sistemas sanitarios han colapsado en gran parte del mundo, y con consecuencias graves en lo económico y social, consecuencias que por lo demás aún desconocemos y que se estiman incalculables.

Esta emergencia de salud pública, como ya lo hemos planteado, ha agravado la ya difícil situación de la población migrante internacional, crisis sin precedentes que ha aumentado la exposición de los menos protegidos. La posición de Naciones Unidas, expuesta a través de su Secretario General y plasmada en el Informe sobre la Pandemia Covid-19, con énfasis en la perspectiva de los derechos humanos, plantea que la situación de este grupo representa una triple crisis: sanitaria, socioeconómica y de protección social.

Los migrantes no sólo no tienen acceso a los sistemas de salud, sino que además en plena crisis económica como consecuencia de la pandemia pierden los puestos de trabajo y son excluidos de las medidas de protección social adoptadas por los países de acogida, están expuestos a la discriminación y presentan serias dificultades para regresar a sus países de origen, siendo en muchas oportunidades deportados, permaneciendo en lugares de retención que no cumplen con condiciones mínimas sanitarias. Estas circunstancias hacen que estén expuestos a estigmatización, odios infundados, xenofobia e intolerancia.

La pandemia ha exacerbado la dicotomía entre salud colectiva y restricciones individuales. Sin duda, las medidas de control son necesarias para reducir los impactos negativos en la salud, en momentos en los que aún faltan respuestas sobre cómo y cuándo superaremos este escenario mundial. La ausencia de políticas públicas que favorezcan la protección de la salud genera mayores niveles de incidencia y costo en vidas. Las medidas de restricciones individuales, como el confinamiento, aplicadas sin análisis de contexto y sin conocimiento de las necesidades diferenciales de las poblaciones no solo son ineficientes, sino que aumentan las inequidades, perpetuándolas y profundizándolas.

Así, se hace necesario que las políticas públicas sobre migración partan con una premisa básica, la importancia que tienen los migrantes como factor de desarrollo en las comunidades de acogida. Durante esta pandemia se ha destacado la importancia del trabajo de los migrantes y su real contribución, no solo a combatir los estratagos de la pandemia en la batalla diaria en establecimientos de atención de salud, sino que en todos los servicios de provisión, como educación, agricultura y otras actividades económicas. Esto evidencia que la participación de migrantes en la reconstrucción de sociedades post pandemia será vital y fundamental, transformándose en parte de la solución que cada país deberá implementar para volver a levantarse.

Nos encontramos frente a un desafío superior, repensar la forma como los Estados deberán afrontar la reconstrucción de sus sociedades. Debemos fomentar que el análisis de la migración se vea como un factor positivo, evitando a toda costa que los países retrocedan en sus políticas migratorias, intentando tener mínimos comunes dentro de la región que garanticen ante todo el respeto a los derechos humanos fundamentales.

## BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA Y SITIOS WEB UTILIZADOS

1. Elias, Alisos; Granada, Isabel; Pombo, Cristina; Rodríguez Chatruc, Marisol; Tres, Joaquim; Café, Eduardo; Ortiz, Paola (2020): La Migración en América Latina y el Caribe ante el impacto del Coronovairus; Banco Interamericano de Desarrollo; <http://dx.doi.org/10.18235/0002517>
2. <https://blogs.iadb.org/salud/es/el-impacto-psicologico-del-aislamiento/>
3. [www.sela.org](http://www.sela.org). Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe. Webinar “La pandemia del COVID-19 y sus impacto en las políticas migratorias de América Latina y el Caribe”, Noviembre 20 de 2020.
4. <https://news.un.org/es/story/2020/11/1483852>



## Inseguridad Alimentaria como Consecuencia de la Pandemia en América Latina

Lorena Rodríguez Osíac<sup>1</sup>

Daniel Egaña Rojas<sup>2</sup>

Patricia Gálvez Espinoza<sup>3</sup>

### ANTECEDENTES

Desde el punto de vista alimentario nutricional, coexisten en el mundo distintas formas de malnutrición, por una parte, el exceso de peso y la mala calidad de la alimentación, por otra la desnutrición, el hambre y el déficit de micronutrientes.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi 2000 millones de personas mayores de 18 años y más de 300 millones de niños, niñas y adolescentes de todo el planeta presentan sobrepeso u obesidad. Por otra parte, también la prevalencia de personas subalimentadas sigue siendo alta, más de 800 millones de personas en el mundo<sup>4</sup>. Estas condiciones pandémicas, comparten determinantes comunes, vinculándose, además, a través de la cadena alimentaria al cambio climático, en una triada que ha sido denominada “sindemia global”<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

<sup>2</sup> Dpto. de Atención Primaria y Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

<sup>3</sup> Dpto. de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

<sup>4</sup> OMS. Obesidad y sobrepeso. 2020. Ver: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> . Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>5</sup> Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. (2019). “*The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report*”. *Lancet*. 2019;393(10173):791–846

La malnutrición en todas sus formas representa riesgos importantes para la salud humana, y es la causa más importante de morbilidad y mortalidad en el mundo ya sea en forma directa o por sus consecuencias<sup>6</sup>.

Entre los factores relacionados a la malnutrición, es fundamental la alimentación y sus determinantes, tales como el crecimiento económico inequitativo, las transformaciones sociales, así como los cambios en el estilo de vida, en las normas culturales y sociales en las prácticas de comportamiento, que han generado nuevas preferencias y cambios en la forma de alimentarse, así como también, en la práctica de actividad física<sup>7</sup>.

Esta situación ha sido abordada por organismos internacionales y países, estableciéndose propósitos comunes a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>8</sup> que aspiran, entre otros, a poner fin a la pobreza, erradicar el hambre, lograr seguridad alimentaria y garantizar una vida sana para todos y todas.

Sin embargo, en medio del trabajo por el logro de los ODS, aparece la pandemia por COVID-19, la cual ha traído consigo una de las peores crisis sanitarias mundiales, millones de personas infectadas y fallecidas, pero también la mayor caída del producto interno bruto desde la Segunda Guerra Mundial, y un incremento de la pobreza en América Latina y el Caribe. Más de 45 millones de personas de la región han presentado una falta o pérdida de empleo e ingresos y acceso a alimentos suficientes, sanos e inocuos, especialmente en la población más vulnerables de los países<sup>9</sup>. No obstante, desde antes de la pandemia, en nuestra Región, el número de personas que vivían con hambre alcanzaba cifras cercanas a los 50 millones, es decir sobre el 7,0% de los habitantes sufrían hambre, lo que equivale a un incremento de más de 13 millones de personas en el total de población subalimentada en los últimos cinco años. En el mismo periodo cerca de 200 millones de personas, es decir 1 de cada 3 personas, enfrentaba inseguridad alimentaria moderada o grave<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Hernández García T, Rodríguez Zapata M, Giménez Pardo C. (2017). “*La malnutrición un problema de salud global y el derecho a una alimentación adecuada*”. Revista de Investigación y Educación en Ciencias la Salud. 2017;2(1):3–11

<sup>7</sup> Sánchez De La Cruz EE. (2016). “*La transición nutricional. Abordaje desde las políticas públicas en América Latina*”. Opción. 2016;32(11):379-402

<sup>8</sup> Naciones Unidas. (2015) “*La Asamblea General Adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”. Centro de Noticias de las Naciones Unidas, 25 de septiembre de 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>9</sup> FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. (2020). “*Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020*”. 150 páginas. Santiago de Chile. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb2242es>. Acceso 26 de mayo de 2021.

Pero la calidad de la alimentación guarda también relación con el exceso de peso, el que también ha venido aumentando en la Región de América Latina y El Caribe situándose en 2019 en 7,5%, por encima del promedio mundial de 5,6%. Más allá de las características socioeconómicas y de contexto que por lo general se asocian a la desnutrición y al exceso de peso, las poblaciones indígenas y afrodescendientes y las mujeres, resultan especialmente afectadas<sup>6</sup>. Como ya se refirió anteriormente en el texto, estas diferencias radican principalmente en el nivel de ingresos, el acceso a la educación y a los servicios de salud, la disponibilidad y la calidad del empleo, y la prevalencia de embarazo adolescente<sup>10</sup>.

Como consecuencia de la pandemia, se proyecta que todas estas cifras empeorarán, producto del aumento de la pobreza que podría llegar a afectar al 37% de la población y, lo que es aún más preocupante, la pobreza extrema alcanzaría un 15,5%, la mayor tasa de los últimos 19 años<sup>11</sup>.

Países como El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Venezuela, que presentaban niveles de inseguridad alimentaria y pobreza elevados antes de la pandemia, afrontan un mayor riesgo de que su situación empeore<sup>12</sup>. Según las estimaciones del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), la inseguridad alimentaria en esas zonas podría llegar a afectar a 16 millones de personas<sup>13</sup>.

La pandemia también es probable que dé lugar a un aumento del sobrepeso, de la obesidad y de las enfermedades no transmisibles, debido a que las medidas sanitarias han reducido el nivel de movilidad y actividad física, han aumentado el consumo de alimentos

<sup>10</sup> CEPAL (2018) “*Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cepal, Santiago de Chile, 2 de Abril de 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>11</sup> CEPAL (2020). “Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cepal, Santiago de Chile, 15 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45782-enfrentar-efectos-cada-vez-mayores-covid-19-reactivacion-igualdad-nuevas>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>12</sup> FAO y PMA (2020). “Análisis de alerta temprana de la FAO y el PMA de los puntos críticos de inseguridad alimentaria aguda”. Food and Agriculture Organization of the United Nations- FAO and World Food Program-WFP. Roma, Italia. 24 de julio de 2020. Disponible en: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb0258en>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>13</sup> WFP (2020). “Global Response to COVID-19: June 2020”. World Food Program-WFP. Roma, Italia. Roma, 30 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.wfp.org/publications/wfp-global-response-covid-19-june-2020>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

ultraprocesados, de alto contenido calórico, de azúcares, grasas y sodio, los cuales son de más fácil acceso, de menor costo y más alta disponibilidad<sup>14</sup>.

## SEGURIDAD ALIMENTARIA, SOBERANÍA ALIMENTARIA, DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

En la Conferencia Mundial de Alimentación (1974)<sup>15</sup> se introduce el concepto de seguridad alimentaria como un problema de gobernanza global, indicando que, “el bienestar de todos los pueblos del mundo depende en buena parte de la producción y distribución adecuadas de los alimentos tanto como del establecimiento de un sistema mundial de seguridad alimentaria que asegure la disponibilidad suficiente de alimentos a precios razonables en todo momento, independientemente de las fluctuaciones y caprichos periódicos del clima y sin ninguna presión política ni económica, y facilite así, entre otras cosas, el proceso de desarrollo de los países en vías de alcanzarlo”.

Posteriormente en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (1996), los países acordaron que, “existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana”. En contraposición el concepto de inseguridad alimentaria se refiere a la falta de uno o más de los elementos mencionados en esta definición<sup>16</sup>.

Para medir esta condición, el proyecto “*Voices of the Hungry*” desarrolló una Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES por su sigla en inglés), que permite conocer la percepción a nivel individual y del hogar, en una graduación que va desde la preocupación por tener o no tener alimentos, la calidad de los alimentos (saludables o no), la escasez de

<sup>14</sup> CEPAL (2020) “*Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe N° 5: impacto y riesgos en mercado laboral*”. Comisión Económica para América Latina y Caribe – CEPAL y Food and Agriculture Organization of the United Nations- FAO. Santiago de Chile, mayo de 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45581-sistemas-alimentarios-covid-19-america-latina-caribe-ndeg-5-impacto-riesgos>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>15</sup> Naciones Unidas. (1973). “*Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición*”. Conferencia Mundial de la Alimentación, 16 de Noviembre de 1973. Ratificada por la Asamblea General en su resolución 3348 (XXIX) de 17 de diciembre de 1974. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/EradicationOfHungerAndMalnutrition.aspx>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>16</sup> FAO (1996). “Cumbre Mundial de la Alimentación”. Roma, Italia 13 al 17 de Noviembre de 1996, Disponible en: [http://www.fao.org/wfs/index\\_es.htm](http://www.fao.org/wfs/index_es.htm). Acceso 26 de mayo de 2021.

alimentos en distinto grado, llegando hasta el sentir hambre (Figura 1). Esta escala se aplica en más de 140 países del mundo y permite realizar comparaciones, planificar acciones y darles seguimiento y evaluación<sup>17</sup>.

En el mismo año 1996, Vía Campesina introduce el concepto de soberanía alimentaria que corresponde a la capacidad de las naciones para producir los alimentos básicos para sus pueblos, en concordancia con el respeto a la diversidad productiva y cultural. La idea que transmiten es “tener el derecho a producir nuestros propios alimentos en nuestro propio territorio de manera autónoma”. La soberanía alimentaria se considera como una condición base para el logro de una seguridad alimentaria efectiva, lo que además requiere de un correcto uso de los recursos naturales, incluyendo la tierra, el agua y las semillas<sup>18</sup>.

Por otra parte, el derecho a la alimentación se define como el derecho humano que se ejerce cuando toda persona, tiene acceso físico y económico, en todo momento a una alimentación adecuada o a medios para obtenerla<sup>19</sup>. En 1999, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que derecho a la alimentación incluye: “a) la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; y b) la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos”<sup>20</sup>.

Estos 3 conceptos, seguridad alimentaria, soberanía alimentaria y derecho a la alimentación están íntimamente ligados, son complementarios y se reúnen en la Ley Marco del mismo nombre que FAO ha impulsado a través del Parlamento Latinoamericano

<sup>17</sup> FAO. (2016) “Métodos para la estimación de índices comparables de prevalencia de la inseguridad alimentaria en todo el mundo”. Food and Agriculture Organization of the United Nations- FAO. Reporte Técnico. Número 1. Roma, Italia Agosto 2016. Disponible en: <http://www.fao.org/3/b-i4830s.pdf>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>18</sup> La Vía Campesina (1996). “Soberanía Alimentaria, un futuro sin hambre – Declaración” Roma, Italia noviembre de 1996, en Roma, Italia. Disponible en: <https://nyeleni.org/spip.php?article38>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>19</sup> FAO (2019) “El trabajo de la FAO sobre el Derecho a la Alimentación”. Food and Agriculture Organization of the United Nations – FAO. 1 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca6142es/ca6142es.pdf> Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>20</sup> Naciones Unidas. (1999). “Cuestiones Sustantivas que se plantean en la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. Observación General 12: El Derecho a una Alimentación Adecuada (art. 11). (20o período de sesiones, 1999). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 200 Período de Sesiones, Ginebra 26 de abril al 14 de mayo de 1999. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1450.pdf>. Acceso 26 de mayo de 2021.

(Parlatino), del que forman parte 23 países de la Región, con el objetivo de derrotar la malnutrición en todas sus formas y contribuir a los ODS<sup>21</sup>.

A 10 años de las metas de los ODS 2 “Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible”, y ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, el panorama para América Latina y el Caribe no es auspicioso. La pandemia por COVID-19 pone en riesgo el cumplimiento de estos objetivos y otros. El impacto cabal de la pandemia aún no los conocemos, sin embargo, los datos disponibles y las proyecciones sobre el incremento de la pobreza permiten augurar un aumento significativo del hambre, de la inseguridad alimentaria y de la malnutrición en todas sus formas, perjudicando el bienestar de millones de personas en todo el mundo, no respetando con esto, el derecho a la alimentación de las personas.

**Figura 1 – Grado de inseguridad alimentaria**



**Fuente:** Adaptado de “Métodos para la estimación de índices comparables de prevalencia de la inseguridad alimentaria experimentada por adultos en todo el mundo, FAO 2016”<sup>14</sup>.

## INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN PANDEMIA

En el contexto de la pandemia, la inseguridad alimentaria no puede ser pensada solo desde el punto de vista de la población. La pandemia afecta a la totalidad del sistema alimentario, impactando en distintos puntos de la cadena de valor y los ambientes alimentarios, lo que trae como consecuencia el incremento de la inseguridad alimentaria (Figura 2).

<sup>21</sup> FAO (2012). “Ley marco “derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria”. Aprobada en la XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano 30 de noviembre al 1 de diciembre de 2012 Panamá. Disponible en: [http://www.fao.org/fileadmin/templates/righttofood/documents/project\\_m/doc/Ley\\_Marco\\_DA\\_Parlartino.pdf](http://www.fao.org/fileadmin/templates/righttofood/documents/project_m/doc/Ley_Marco_DA_Parlartino.pdf). Acceso 26 de mayo de 2021.

Dada la intensidad de mano de obra en el agro en América Latina y el Caribe, tempranamente – durante el primer trimestre de 2020 – se evidenció una leve baja en la ocupación del sector agrícola en comparación con el mismo periodo de 2019<sup>22</sup>. Si bien hubo una contracción importante (una baja de 5,1% del PIB del sector alimentario), esta fue menor a las otras áreas productivas, dando cuenta de cierta resiliencia<sup>23</sup>.

La desaceleración producto de la crisis sanitaria y económica, también ha significado una disminución en la liquidez, lo cual ha afectado especialmente a la agricultura familiar campesina, que representa al 81% de la explotación agrícola de América Latina y el Caribe. La falta de liquidez afecta tanto en la adquisición de insumos como en la contratación de mano de obra, ambas con repercusiones en la producción<sup>24</sup>.

La contracción del empleo no solo implica una amenaza a la producción de alimentos saludables, sino que repercute en el acceso económico a los mismos. Se calcula que durante 2020 la tasa de desempleo en América Latina alcanzó un 13,5%, frente a un 8,1% en 2019<sup>25</sup>. Adicionalmente, en 2019 se estimaba que el 54% de los trabajadores de América Latina respondía a trabajo informal, lo cual los ponía en una situación de precariedad (mayor exposición al trabajo, peor acceso a sistema de salud, baja capacidad de ahorro, escasa protección laboral)<sup>26</sup>, lo que podría haber aumentado durante el 2020.

<sup>22</sup> FAO/CEPAL (2020). “*Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: Impacto y riesgos en mercado laboral*”. Boletín N°5. Santiago, FAO. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45581/1/ca9237\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45581/1/ca9237_es.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>23</sup> FAO/CEPAL (2020) “*Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe N° 16: actualización de los impactos y respuestas*”. Comisión Económica para América Latina y Caribe- CEPAL y Food and Agriculture Organization of the United Nations- FAO. Santiago de Chile, diciembre 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46547-sistemas-alimentarios-covid-19-america-latina-caribe-ndeg-16-actualizacion>. Acceso 9 de febrero de 2021.

<sup>24</sup> FAO/CEPAL (2020) “*Impactos y oportunidades en la producción de alimentos frescos. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe*”. Boletín N°11. Santiago, agosto 2020. FAO. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45897-sistemas-alimentarios-covid-19-america-latina-caribe-ndeg-11-impactos>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>25</sup> FAO/CEPAL (2020) “*Respuesta del mercado laboral. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe*”. Boletín N°14. Santiago, 10 de septiembre de 2020. FAO. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46052/1/cb0973\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46052/1/cb0973_es.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>26</sup> CEPAL y OIT. 2020. “*El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*”, Número 22. Santiago, Mayo 2020. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45557/4/S2000307\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45557/4/S2000307_es.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

Otra consecuencia es el alza del precio de los alimentos. En América Latina y el Caribe el IPC ha tenido más impacto en los alimentos que en los otros productos de la canasta básica, alcanzando una variación de 5,6% frente a un 3,8% del IPC total. Esto se ha acentuado especialmente en el Caribe donde el alza en los alimentos alcanzó un 7,9%<sup>27</sup>; en cierta medida, ello se había previsto dado el alto porcentaje de importaciones de agroalimentos, lo cual está sujeto a la volatilidad de precios de los *commodities* y las variaciones cambiarias<sup>28</sup>. Efectivamente, el índice global de precios de los alimentos de la FAO a enero de 2021 completó ocho meses de alzas consecutivas, llegando al promedio mensual más alto desde julio de 2014<sup>29</sup>.

Los canales de distribución de alimentos también se han visto fuertemente afectados por la pandemia. Las restricciones de movilidad dificultan que los campesinos accedan a los mercados locales para colocar sus productos frescos y perecederos<sup>30</sup>. Esto afecta principalmente a la agricultura familiar, donde suelen ser las mujeres e indígenas las encargadas de esta labor<sup>31</sup>.

Se estima que el canal agroalimentario tradicional explica al menos un 50% de las ventas totales de alimentos en América Latina y el Caribe<sup>32</sup>. Las restricciones de movimiento para la compra, restricciones de apertura de establecimientos formales, informales y ambulantes, así como el miedo al contagio, ha impactado directamente en la venta de alimentos del canal tradicional, y por ende el ambiente alimentario de abastecimiento, limitando la disponibilidad de alimentos saludables a precios asequibles. Para subsanar estos elementos, los mercados

<sup>27</sup> FAO/CEPAL (2020). Op.Cit.

<sup>28</sup> FAO/CEPAL (2020). “Riesgos que amenazan el comercio internacional. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe”. SGGs. Zero Hunger. Boletín N°3, mayo 2020. 18 págs. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45577-sistemas-alimentarios-covid-19-america-latina-caribe-ndeg-3-riesgos-que-amenazan>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>29</sup> FAO (2021) “Situación Alimentaria Mundial”. Disponible en: <http://www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/es/>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>30</sup> Torero Cullen, Máximo (2020). “COVID-19 and the risk to food supply chains: How to respond?”. Food and Agriculture Organization of the United Nations – FAO. 29 March 2020. Disponible en en: <http://www.fao.org/3/ca8388en/CA8388EN.pdf>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>31</sup> FAO/CEPAL (2020). “Hábitos de consumo de alimentos y malnutrición. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe”. Boletín N°10 16 de julio de 2020. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45794/1/cb0217\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45794/1/cb0217_es.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>32</sup> FAO (2020). “Los canales tradicionales de abastecimiento de alimentos en la pandemia: sugerencias para su modernización. Sistema agroalimentario y los desafíos que trae el COVID-19”. Boletín N°4, Noviembre 2020. Disponible en: <http://www.fao.org/3/cb1542es/CB1542ES.pdf>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

mayoristas y ferias libres han establecido diversas estrategias como el uso de aplicaciones o plataformas digitales, convenio con empresas de delivery para la entrega, entrega de canastas de alimentos puerta a puerta y clubes de compra, convenios con programas de compra pública, entre otras<sup>33</sup>.

Además del ambiente de abastecimiento (mercados y ferias libres), los otros ambientes alimentarios se han vistos afectados por la pandemia<sup>34</sup>. La contracción del mercado laboral implica menor poder adquisitivo en la población, modificando los patrones de consumos del ambiente domestico hacia alimentos más baratos y menos diversos nutricionalmente<sup>35</sup>. Asimismo, los cierres temporales de establecimientos educacionales han significado un aumento de la carga de cuidados al interior del hogar, disminuyendo los tiempos dedicados la preparación de comidas<sup>36</sup>. Estos cierres temporales también han significado la interrupción de programas de alimentación escolar (PAE), que a inicios de 2020 beneficiaban a cerca de 85 millones de niñas y niños en América Latían y el Caribe, constituyendo para 10 millones de ellos una de las principales fuentes de alimentación segura y saludable que recibían diariamente<sup>37</sup>.

También se han visto fuertemente afectados por las restricciones impuestas con los confinamientos los ambientes alimentarios de restauración y de la vía pública, limitando la apertura de restaurantes y cocinerías o reduciendo los aforos máximos<sup>38</sup>. La pandemia ha producido un impacto económico directo a propietarios y trabajadores del sector de restauración, pero también a los hogares más vulnerables que encuentran en el ambiente informal de la vía pública una fuente de ingreso<sup>39</sup>.

<sup>33</sup> FAO (2020). Op.Cit.

<sup>34</sup> Egaña D, Gálvez P, Rodríguez L (2020) “La alimentación en tiempos de pandemia por COVID-19”. En Revista Chilena de Salud Pública, ed. (2020). Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios, Santiago de Chile; Escuela de Salud Pública.

<sup>35</sup> Egaña D, Gálvez P, Rodríguez L (2020). Op.Cit

<sup>36</sup> FAO/CEPAL (2020). “Hábitos de consumo de alimentos y malnutrición. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe”. Boletín N°10, 16 de Julio de 2020. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45794/1/cb0217\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45794/1/cb0217_es.pdf) . Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>37</sup> FAO (2020). “FAO alerta sobre el impacto de la COVID-19 en la alimentación escolar de América Latina y el Caribe”. (disponible en: <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/1266856/>). Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>38</sup> Egaña D, Gálvez P, Rodríguez L (2020). Op.Cit.

<sup>39</sup> FAO (2020) “Aporte de los establecimientos de abastecimiento públicos y privados al acceso de alimentos y funcionamiento del sistema agroalimentario en América Latina y el Caribe. Sistema agroalimentario y los desafíos que trae el COVID-19”. Boletín N°2. disponible en: <http://www.fao.org/3/cb0760es/CB0760ES.pdf> . Acceso: 9 de febrero de 2021.

En este contexto, el aumento de la inseguridad alimentaria en la región ya es un hecho y difícilmente en los próximos años podrá llegar a la incidencia previa a la pandemia. En el último informe SOFI de FAO se constataba que la región había mantenido en el último lustro, un sostenido aumento de la inseguridad alimentaria moderada o grave, pasando del 22,9% en 2014 al 31,7% en 2019 (equivalente a 205 millones de personas)<sup>40</sup>.

Este valor no se distribuye homogéneamente en la región. Mientras en el Caribe no hay datos suficientes, en América del Sur la incidencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave es de un 28,5%, mientras que en América Central alcanza al 39,3%<sup>41</sup>. Asimismo, si llevamos la escala a nivel de países, mientras en Honduras y Guatemala la incidencia alcanzaba en 2019 un 55% y un 45,2% respectivamente, en México puntuaba 34,9%, mientras que en Brasil y Chile llegaba a los 20,6% y 15,6%, respectivamente<sup>42</sup>.

No existen datos homogéneos sobre la variación en la inseguridad alimentaria de la región durante este tiempo de pandemia. Se estima que en Honduras y Guatemala el consumo de alimentos empeoró durante la pandemia. En Honduras el porcentaje de hogares con consumo límite o pobre de alimentos, aumentó de un 8% antes de la pandemia a 21%; en el caso de Guatemala pasó de un 13% a un 21%<sup>43</sup>. Por su parte, el porcentaje de hogares que realizan tres o más comidas diarias disminuyó en Guatemala de un 84% antes de la pandemia del Covid-19 a 74%; mientras que, en Honduras, el mismo indicador cayó de un 73% a sólo un 52%.

En México, por su parte, la inseguridad alimentaria fue evaluada mensualmente durante el periodo abril-octubre de 2020. Todos los meses alcanzó incidencias más altas que la encuesta nacional de salud y nutrición de 2018, llegando a marcar 19 puntos porcentuales adicionales de inseguridad alimentarias durante el mes julio de 2020<sup>44</sup>.

<sup>40</sup> FAO (2020) “*El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*”. Roma. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca9692es/online/ca9692es.html>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>41</sup> FAO (2020) Op. Cit “*El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*”. Roma. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca9692es/online/ca9692es.html>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>42</sup> FAO (2020) “*El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*”. Roma. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca9692es/online/ca9692es.html>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

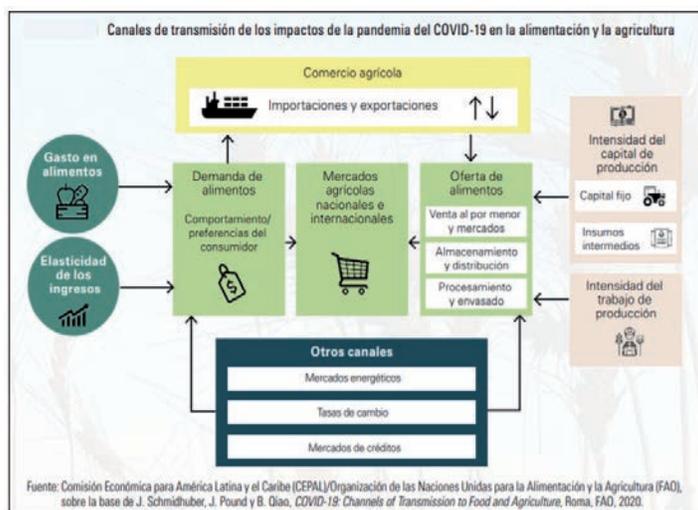
<sup>43</sup> World Food Programme (2020). “*Evaluación Remota de la Seguridad Alimentaria Antes y Durante COVID 19 – América Central*”, septiembre 2020 (disponible en: [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/americacentral.pma\\_cati\\_01.10.2020.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/americacentral.pma_cati_01.10.2020.pdf)). Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>44</sup> EQUIDE (2020). “*Los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares mexicanos*”. Resultados abril – octubre 2020. Equide: Investigación con Impacto Social. Ibero-México y UNICEF. Disponible en: <https://equide.org/wp-content/uploads/2020/12/PP-ENCOVID19-Abr-Oct-2020-final.pdf>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

En una encuesta nacional realizada por Unicef en Brasil, un 49% de los hogares indicaron haber modificados sus hábitos alimentarios debido la pandemia, indicando en gran cantidad el aumento en el consumo de alimentos industrializados (31%), comida rápida (20%) y bebidas carbonatadas (19%)<sup>45</sup>. Asimismo, casi uno de cada cinco hogares (21%) comentó haber pasado algún momento durante la pandemia en la que se agotó la comida y no tenían dinero para comprar más<sup>46</sup>.

En Chile, la Encuesta Social Covid-19, levantada entre junio y agosto, estimó que la inseguridad alimentaria moderada o grave alcanzó una incidencia del 19,4%<sup>47</sup>. Sin embargo, el aumento de la inseguridad no es homogéneo en la población. Mientras el primer quintil y segundo quintil poseen una incidencia del 29,5% y 28,5% respectivamente, en el quinto quintil la inseguridad alimentaria moderada o grave es solo de un 5,9%.

Figura 2 – Sistema alimentario e impactos de la pandemia



**Fuente:** Tomado de CEPAL/FAO (2020). *Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria*. Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe<sup>46</sup>

<sup>45</sup> Unicef (2020). *“Impactos primarios y secundarios del COVID-19 en niños y adolescentes”*. UNICEF/IBOPE INTELIGENCIA, 25 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/brazil/media/9966/file/impactos-covid-criancas-adolescentes-ibope-unicef-2020.pdf>. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>46</sup> Unicef (2020). *“Impactos primarios y secundarios del COVID-19 en niños y adolescentes”*. Op.Cit. Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>47</sup> PNUD (2020). *“Impactos socioeconómicos de la pandemia en los hogares de Chile. Resultados de la encuesta social Covid, primera fase”*. PNUD/Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. Julio 2020. Disponible en: [https://www.cl.undp.org/content/dam/chile/202001113\\_pnud\\_covid.pdf](https://www.cl.undp.org/content/dam/chile/202001113_pnud_covid.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

## RECOMENDACIONES PARA ABORDAR LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Los países de América Latina y el Caribe han buscado mitigar estos hechos con diversas medidas como la transferencia de dinero y entrega de cajas de alimentos a familias vulnerables, entrega de tarjetas o cupones para compra de alimentos, continuidad de programas de alimentación escolar en los países que ya contaban con estos programas previo a la pandemia, y control de precios de la canasta básica de alimentos, entre otras<sup>48</sup>. Estas medidas sin duda han contribuido a mitigar la inseguridad alimentaria, pero se ha cuestionado la carencia de nutrientes de calidad, de alimentos frescos y la pertinencia cultural<sup>49</sup>.

Al respecto, CEPAL y FAO han emitido un informe<sup>50</sup> con recomendaciones a los países de la Región de América Latina y El Caribe, para enfrentar la crisis alimentaria secundaria a la pandemia, reconociendo el efecto sobre todas las actividades del sistema alimentario, desde la producción, transformación, distribución, comercio, hasta el consumo de alimentos.

El citado informe releva la importancia de la cooperación internacional, de la coordinación con organismos internacionales y de trabajo integrado entre el sector público y privado, así como solo el rol ineludible del Estado garantizar la disponibilidad y el acceso a los alimentos sanos y seguros por parte de toda la población, para lo cual proponen un decálogo de medidas para impedir que la crisis sanitaria se transforme en una crisis alimentaria.

El decálogo incluye: que todos los hogares accedan a una alimentación suficiente y nutritiva; entrega de un ingreso básico de emergencia; reforzar los programas de alimentación escolar; apoyar con subsidios monetarios y con donaciones de alimentos; asegurar que todos los actores del sistema alimentario puedan realizar sus tareas sin interrupciones; otorgar apoyo financiero a las empresas agropecuarias y principalmente a la agricultura familiar; ajustar los protocolos sanitarios en la producción, el transporte y los mercados mayoristas y minoristas; expandir y garantizar el funcionamiento de los programas de apoyo

<sup>48</sup> FAO/CEPAL (2020). “El rol de las medidas de protección social. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe”. Boletín N° 7. Santiago, 3 de Junio de 2020. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45720/1/ca9435\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45720/1/ca9435_es.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>49</sup> FAO/CEPAL (2020) “Hábitos de consumo de alimentos y malnutrición. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe”. Boletín N° 10. Santiago, 16 de Julio de 2020 Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45794/1/cb0217\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45794/1/cb0217_es.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

<sup>50</sup> CEPAL/FAO (2020). “Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe”. Santiago, 16 de Junio de 2020 Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393_es.pdf). Acceso: 9 de febrero de 2021.

a la producción de autoconsumo; asegurar el financiamiento, la asistencia técnica y el acceso a insumos y mano de obra a los agricultores y los pescadores artesanales; garantizar alimentos suficientes y a precios razonables; establecer mecanismos de coordinación entre todos los actores del sistema alimentario; impedir que los mercados mayoristas y minoristas y las agroindustrias se cierren o disminuyan sus operaciones.

En el mismo sentido Kanter y Boza<sup>51</sup> diseñaron una propuesta para visualizar distintas interrelaciones entre las crisis de cualquier origen y la resiliencia humana, relacionándolo, además, con el cambio climático como parte de la construcción de sistemas alimentarios sostenibles que permita responder a las crisis y proteger las cadenas de suministro de alimentos. El artículo hace énfasis en fortalecer la agricultura familiar, la pesca artesanal, los circuitos cortos, los mercados de abasto y las ferias libres, la compra online y la entrega a domicilio, organización de horario de funcionamiento del comercio, y el control de pérdidas y desperdicios de alimentos, entre otros.

En suma, gran parte de las recomendaciones emanadas a propósito de la pandemia por COVID-19 para mitigar la crisis alimentaria, incluyen la necesidad de colaboración internacional e intersectorial, público-privada, y el rol de los gobiernos nacionales y locales para atender las necesidades de la población, así como también construir un sistema alimentario resiliente que pueda responder a las situaciones crisis.

## RESPUESTAS COMUNITARIAS A LA PANDEMIA

Un aspecto fundamental en el abordaje de la inseguridad alimentaria durante la pandemia ha sido la repuesta comunitaria. Dado el carácter informal, sobre este aspecto suele haber poca información sistematizada, por lo cual es difícil entregar un panorama completo y que haga justicia a las múltiples iniciativas que surgen de la comunidad organizada.

La respuesta comunitaria trasciende, desde luego, lo estrictamente alimentario. En una encuesta realizada entre mayo y junio de 2020 en Chile a más de 1200 actores de la comunidad, se identificaron, además de acciones orientadas a la alimentación, iniciativas sanitarias (elaboración de mascarillas, sanitización de espacios públicos, etc.), de acompañamiento a población de riesgo, de auto cuidado colectivo, entre otras. No deja de ser sintomático, sin embargo, que las iniciativas alimentarias fuesen mayoritarias, siendo la

<sup>51</sup> Kanter R, Boza S. (2020). “*Strengthening Local Food Systems in Times of Concomitant Global Crises: Reflections From Chile*”. American Journal of Public Health. Julio 2020. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/341389551\\_Strengthening\\_Local\\_Food\\_Systems\\_in\\_Times\\_of\\_Concomitant\\_Global\\_Crises\\_Reflections\\_From\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/341389551_Strengthening_Local_Food_Systems_in_Times_of_Concomitant_Global_Crises_Reflections_From_Chile). Acceso 26 de mayo de 2021.

primera la recolección, compra y distribución de alimentos entre la comunidad; ocupando un lugar preponderante también, la gestión de ollas comunes<sup>52</sup>.

En general, la emergencia de ollas o comedores comunitarios ha sido una respuesta dominante en la región. Mientras los Estados han priorizado articular ayudas económicas o en mercadería, las comunidades se han organizado colectivizando la preparación y el consumo de alimentos. Esta iniciativa de la comunidad muchas veces ha surgido por las falencias de la respuesta institucional. En la ciudad de El Progreso, departamento de Yoro en Honduras, tras la denuncia de corrupción ante la mala gestión en la distribución de las bolsas de comida, pobladoras organizaron un comedor para alimentar a sus familias<sup>53</sup>.

Un ejemplo interesante del despliegue de la comunidad frente a la ausencia del Estado es lo que ocurre en algunas zonas urbanas de Brasil, donde las mismas pandillas que controlan el narcotráfico al interior de las favelas han establecido acciones comunitarias frente al COVID-19 que incluye distribución e cubrebocas, medicamentos, gel antibacterial y canastas de alimentos<sup>54</sup>.

Otra forma en que han emergido las ollas comunitarias es a partir de restaurantes que, en el marco del confinamiento, han tenido que cerrar sus operaciones comerciales, poniendo su infraestructura al servicio de la comunidad. Es el caso del Restaurante Rayuela de Ciudad de Guatemala que a inicios de abril de 2020 comenzó a elaborar desayunos y almuerzos gratuito, repartiendo entre 300 y 400 desayunos y 600 almuerzos diarios<sup>55</sup>. La iniciativa ha sido replicada en otras ciudades de Guatemala, como la Olla de Xela en Quetzaltenango, que

<sup>52</sup> Universidad de Chile. Facultad de Medicina; Universidad de Santiago de Chile; Universidad de Valparaíso. (2020). *“Primer Informe de Resultados Consulta ciudadana Respuesta Comunitaria a la pandemia por COVID-19”* [Internet]. 2020 citado en marzo de 2021. Disponible en <http://www.saludpublica.uchile.cl/extension/presentacion/165664/consulta-ciudadana-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia>.

<sup>53</sup> Equipo de Reflexión, Investigación y Comunicación-ERIC en el Cruce de los Siglos. (2020). *“Comedores comunitarios: la apuesta de mujeres para sobrevivir en medio de la pandemia”*. Disponible en: <https://eric-sj.org/agro/comedores-comunitarios-la-apuesta-de-mujeres-para-sobrevivir-en-medio-de-la-pandemia/>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>54</sup> Padilla-Ospina, Ospina-Holguín (2020). *“Gestión comunitaria durante la pandemia COVID-19 bajo la mirada de la innovación social: estudio de seis casos”*. Perfiles Económicos N° 9, Julio 2020, pp. 7-41, e-ISSN 0719-7586

<sup>55</sup> Prensa Comunitaria KM169.(2020) *“La Olla Comunitaria de Rayuela: comida para tod@s”*. 21 de abril de 2020. Disponible en: <https://prensacomunitar.medium.com/la-olla-comunitaria-de-rayuela-comida-para-tod-s-894efc2c6a7>. Acceso 26 de mayo de 2020.

funciona sobre el cerrado restaurante “Tan lechuga yo”<sup>56</sup>. Inicativas similares también se registran en otros países, como en México<sup>57</sup>.

Respuestas comunitarias frente al COVID-19 para asegurar la soberanía alimentaria también han sido articuladas por diversas comunidades indígenas, quienes además de la alimentación inmediata, extienden su preocupación a la distribución de semillas para la siguiente temporada de siembra. Ejemplos de este tipo es posible encontrar en comunidades indígenas campesinas de México, Guatemala, Belice, Costa Rica, Panamá, Colombia, Ecuador, entre otros<sup>58</sup>.

Una forma más común que ha adquirido la respuesta comunitaria es la instalación de Ollas comunes, situación que se ha producido masivamente en Perú, Paraguay, Colombia y Chile<sup>59</sup>. Aquí, a través de donaciones en dinero o en alimentos, grupos de vecinos y vecinas, principalmente mujeres<sup>60</sup> se encargan de cocinar y entregar alimentación a centenares de familias en las distintas comunidades. Según datos no publicados de manera oficial, en Perú, se estima que más de 600 ollas comunes se implementaron en los 29 distritos, alimentando a cerca de 70.000 personas<sup>61</sup>. En este país, además, se ha estado discutiendo un proyecto de ley para poder “reconocer a las ollas comunes como organizaciones sociales de forma

<sup>56</sup> García Casado, Cristina (2020). “Almuerzos Solidarios: en Primería Línea”. Ciudad de Guatemala, junio 10, 2020. Disponible en: <https://www.agenciaocote.com/blog/2020/06/10/los-almuerzos-solidarios/>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>57</sup> Hernández, Omar (2020). “Pese a pandemia, antro de Jalisco abre... para dar comida”. Publicado en el Excelsior, México 5 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/pese-a-pandemia-antro-de-jalisco-abre-para-dar-comida/1380075>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>58</sup> Cultural Survival (2020). “El Fondo Guardianes de la Tierra apoya a comunidades Indígenas en su respuesta a COVID-19”. August 13, 2020. Disponible en: <https://www.culturalsurvival.org/news/el-fondo-guardianes-de-la-tierra-apoya-comunidades-indigenas-en-su-respuesta-covid-19>.

<sup>59</sup> <https://www.nodal.am/2020/07/ollas-populares-y-comedores-en-america-latina-solidaridad-para-combatir-el-hambre-en-tiempos-de-pandemia/>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>60</sup> Palacios Sepúlveda, Fernando (2020). “La Mujeres de Sectores Populares en Ollas Comunes :Juntos En Comunidad”. Universidad de las Américas-UDLA/Facultad de Ciencias Sociales/Programa de Intervención Comunitaria. Disponibles en: <https://www.udla.cl/wp-content/uploads/2020/07/6-La-participaci%C3%B3n-y-rol-de-las-mujeres-de-sectores-populares-en-ollas-comunes.pdf>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>61</sup> Moreno Custodio, Leslie (2020). “El Auxilio de las Ollas Comunitarias: La Lucha de Miles de Mujeres contra el Hambre en la Pandemia”. Publicado en Salud con Lupa: Una dosis de Periodismo de Calidad, 8 de octubre de 2020. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/el-auxilio-de-las-ollas-comunitarias-la-lucha-de-cientos-de-mujeres-contr-el-hambre-en-la-pandemia/>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

temporal,” lo cual les permitiría recibir mayor apoyo económico por parte del Estado<sup>62</sup>. En Chile, de acuerdo a datos recolectados por distintas fuentes, se habrían establecidos más de 1300 ollas comunes, solo en la región Metropolitana<sup>63</sup>. Por su parte, en Paraguay se realizan aproximadamente 770 ollas comunes, que están destinadas a dar alimentación a los mas vulnerables de la zona<sup>64</sup>. Finalmente, solo en la ciudad de Cali (Colombia) se registraron al inicio de la pandemia 243 ollas comunes, las que probablemente aumentaron en el transcurso de la crisis sanitaria<sup>65</sup>.

Si bien, la presencia de ollas comunes contribuye a resolver en parte el problema de hambre de las poblaciones, estas nacen como una respuesta precaria, dado que las comunidades ven en los recursos entregados por los Estados medidas insuficientes para resolver el problema. Es posible que los Estados pudieran trabajar en conjunto con estas comunidades organizadas para poder llegar de mejor manera a aquellos hogares en donde la alimentación está siendo deficiente.

## CONCLUSIONES

La inseguridad alimentaria, pensada tanto en cantidad como calidad de alimentos, y que podría relacionarse con la malnutrición en todas sus formas, ha sido parte de la discusión en los países de América Latina y el Caribe. Desde aquí nace la necesidad del trabajo de Naciones Unidas por el logro de los ODS 2 y 3, para revertir esta situación. Sin embargo, la pandemia por COVID-19 se visualiza como un obstáculo para el logro de estos ODS, dada su efecto desde la económica de un país, pasando por afectar su sistema alimentario, hasta perturbar finalmente, a los hogares, las familias e individuos. Mayores niveles de pobreza, dificultad para la disponibilidad y acceso a alimentos más sanos y variados, entre otros, han

<sup>62</sup> Cornejo, Sidney (2020). “Ollas comunes en pandemia: una práctica que resurge tras el hambre”. Publicado en Punto Seguido Octubre 12, 2020. Disponible en: <https://puntoseguido.upc.edu.pe/ollas-comunes-en-pandemia-una-practica-que-resurge-tras-el-hambre/>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>63</sup> Equipo Vergara (2020). “El hambre en pandemia: la lucha de las ollas comunes”. Publicado en Vergara 240. Especial V240. 20 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://vergara240.udp.cl/especiales/ollas-comunes-combatiendo-el-hambre-en-tiempos-de-coronavirus/>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>64</sup> Nodal (2020). “Ollas Populares y Comedores en América Latina: Solidaridad para Combatir el hambre en Tiempo de Pandemia”. Publicado en Nodal Noticias de América Latina y el Caribe, Julio 6, 2020. Disponible en: <https://www.nodal.am/2020/07/ollas-populares-y-comedores-en-america-latina-solidaridad-para-combatir-el-hambre-en-tiempos-de-pandemia/>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>65</sup> Cruz Hoyos, Santiago (2020). “En Cali, la solidaridad se cocina en 243 ollas comunitarias”. Publicado en El País: Vamos pa' lante, mayo 31, 2020. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/elpaispalante/en-cali-la-solidaridad-se-cocina-en-243-ollas-comunitarias.html>. Acceso 26 de mayo de 2021.

hecho suponer que las cifras de población sufriendo algún grado de inseguridad alimentaria aumentarían considerablemente en la región. Así entonces, reestablecer mejores niveles de seguridad alimentaria se presenta como un nuevo desafío para la salud pública de los países de América Latina y el Caribe.

En este contexto los Estados han debido tomar una serie de medidas para subsanar el problema del hambre durante la pandemia, la mayoría de estas, a corto plazo. Las comunidades también se han debido organizar para evitar que la situación alimentario nutricional siga decayendo. Falta entonces, pensar, discutir y evaluar, cuales podrían ser las mejores medidas a mediano y largo plazo, que contribuirían a revertir la situación actual de los países de la Región y a prepararse para futuras crisis desarrollando resiliencia en base a la experiencia.





## Los Sistemas de Protección Social en América Latina ¿Es necesario cambiar el paradigma de economía de la salud?

Belkis Aracena Genao<sup>1</sup>

René Leyva Flores<sup>2</sup>

### PRESENTACIÓN

El presente trabajo tiene como propósito analizar la capacidad del sistema de protección social en salud de satisfacer las necesidades de la población latinoamericana en el marco de la pandemia Covid-19, a la luz del paradigma económico vigente. Se describe el proceso económico y político en la región y su relación con los cambios, reformas, en los fragmentos de organizaciones que conforman el denominado sistema de salud. Se analiza la transición de la Latinoamérica hacia el modelo económico neoliberal, sus repercusiones en la seguridad social, las causas, formas y consecuencias de las reformas de salud. A pesar de los compromisos contraídos en las Agendas global y regional de desarrollo, existen obstáculos importantes para lograr la protección social. Los procesos de reforma de salud han contribuido a una mayor fragmentación de las precarias instituciones y a la casi pulverización de los servicios públicos y, a su vez, a disminución de la capacidad para solucionar los problemas de salud de la población. En muchos países, el pago de bolsillo se institucionalizó como política pública para financiar

---

<sup>1</sup> **Belkis Aracena Genao** es investigadora en Ciencias Médicas en el Instituto Nacional de Salud Pública-INSP de México. Doctora en Ciencias Administrativas por el Instituto Politécnico Nacional (CDMX, México). Magister en Ciencias en Sistemas de Salud por el INSP. Magister en Administración Pública por la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (Santo Domingo, República Dominicana).

<sup>2</sup> **René Leyva Flores:** Médico Cirujano y Partero (IPN), Maestro en Medicina Social (UAM-Xochimilco, México), Especialista en Salud Internacional (OPS, Washington D.C.), Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

la provisión de servicios de salud, con un importante agravamiento de las inequidades sociales en salud, sobre todo ante la pandemia, en que los servicios se han focalizado en la atención de pacientes con Covid. Los prejuicios de los diseñadores y tomadores de decisiones parecen primar sobre la evidencia para desarrollar respuestas en salud basadas en principios económicos y políticos, que busquen armonizar elementos de productividad con los de equidad y justicia, en consecuencia la situación de la protección social en salud, no está explicada por el paradigma económico vigente, sino la aplicación a conveniencia realizada por los responsables de diseñar y ejecutar las políticas sociales.

## LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CONTEXTO, ORÍGENES Y CARACTERÍSTICAS

La protección social ha sido reconocida como imprescindible para alcanzar el desarrollo de los países<sup>3</sup>; así quedó establecido en la Agenda global, 2030<sup>4</sup>, y Regional de Desarrollo Social Inclusivo, 2019<sup>5</sup>. En el ámbito global se llamó a los países a implementar sistemas apropiados de protección social para terminar con la pobreza, alcanzar la igualdad de género y reducir la desigualdad entre países y al interior de ellos. Por su parte, en la agenda regional, los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), manifestaron su disposición de contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) de la Agenda 2030. Con tal propósito, se definieron 56 líneas de acción relacionadas con la dimensión social de la Agenda Global; éstas se agruparon en cuatro ejes: creación de sistemas de protección social universales e integrales, implementación de políticas de inclusión social y laboral, fortalecimiento de la institucionalidad social y consumación de la cooperación e integración regional<sup>6</sup>.

Las acciones convenidas en las agendas global y regional, suponen la ampliación del esquema de tutela social vigente en LAC, vinculado exclusivamente a los contratos laborales. Este diseño, basado en el esquema de pleno empleo implementado en Europa a inicios del siglo XX, ha presentado retos en su implementación y ejecución, debido a las características

<sup>3</sup> CEPAL. (2019). “*Protección social universal en América Latina y el Caribe*”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/3soQBnj>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>4</sup> CEPAL. (2015). “*Agenda de desarrollo 2030 es oportunidad para mejorar políticas de protección social*”. Noticias. Retrieved from <https://bit.ly/2NGViKB>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>5</sup> CEPAL. (2020). “*Agenda Regional de Desarrollo Social Inclusivo*”. Retrieved from Santiago: <https://bit.ly/3pRjoPu>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>6</sup> CEPAL. (2020). “*Agenda Regional de Desarrollo Social Inclusivo*”. Retrieved from Santiago: <https://bit.ly/3pRjoPu>. Acceso 26 de mayo de 2021.

del mercado laboral latinoamericano. En la región de LAC ha predominado el desempleo y subempleo, una alta proporción de la población económicamente activa se encuentra en informalidad laboral<sup>7,8,9,10,11</sup>. Esta característica constituye el elemento estructural y la principal barrera para poner en práctica en LAC el modelo de seguridad social desarrollado para algunas sociedades europeas<sup>12</sup>.

La región de LAC, contrario a lo acontecido en Europa, ha presentado y reproducido, durante más de un siglo, altos índices de pobreza. Se estima que en la región habitan casi trescientos millones de personas (47.7% de la población total) en situación de pobreza o de pobreza extrema<sup>13</sup>. Estas personas, que dado el esquema vigente son excluidas de la seguridad social, se consideran ciudadanos de segunda<sup>14</sup> y por tanto carecen de derechos fundamentales, dentro de ellos a la atención de la salud. Por lo que generalmente son sujetos de la caridad o la filantropía de distintas instituciones públicas y privadas<sup>15,16,17</sup>. Estos

<sup>7</sup> CEPAL/OIT. (2009). “Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. Crisis y mercado laboral”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/3bQQz0L>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>8</sup> CEPAL/OIT. (2017). “Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inmigración laboral en América Latina”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/3bUld9s>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>9</sup> CEPAL/OIT. (2020). “Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19)”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/2MCriPt>. Acceso 26 de mayo de 2021

<sup>10</sup> Couriel, A. (1984). “Pobreza y subempleo en América Latina”. Revista de la CEPAL, 24, 26.

<sup>11</sup> Tokman, V., & García, N. (1981). “Dinámica del subempleo en América Latina”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://core.ac.uk/download/pdf/45622682.pdf>. Acceso 26 de mayo de 2021

<sup>12</sup> Tokman, V. (2006). “Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/3pVow5k>. Acceso 26 de mayo de 2021

<sup>13</sup> CEPAL/OIT. (2020). “Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19)”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/2MCriPt>. Acceso 26 de mayo de 2021

<sup>14</sup> Feregrino-Basurto, M.-A. (2015). “Trabajo y ciudadanía”. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, X(19), 35.

<sup>15</sup> Barroso-Ribal, C. (2013). “Caridad, beneficencia, seguro social, asistencia social y estado de bienestar”. Retrieved from <https://bit.ly/304J5BL>. Acceso 26 de mayo de 2021

<sup>16</sup> Gobierno de México. (2019). “Beneficencia Pública contribuye a la atención de la salud de mexicanos en pobreza extrema”. Blog. Retrieved from <https://bit.ly/3bJ6D4w>. Acceso 26 de mayo de 2021

<sup>17</sup> Leyton, D., & Montt, C. (2008). “Caridad, beneficencia y asistencia social: del trabajo voluntario al trabajo remunerado en el campo de la intervención social en Chile”. e-I@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos, 6(23), 21.

benefactores actúan como amortiguadores sociales o “limitadores de los daños y perjuicios perpetrados por el libre juego de las fuerzas del mercado”<sup>18</sup>.

Con el propósito de subsanar estas importantes limitaciones del modelo de seguridad social, se planteó en los años 80 la necesidad de desarrollar esquemas de tutela o “protección” social. Ello obedeció a que esta, denominada “la década perdida”, fue escenario de una importante crisis económica<sup>19</sup>, con repercusiones políticas y sociales que habrían de marcar el rumbo de los latinoamericanos de entonces, del presente y del futuro<sup>20,21,22</sup>. En este contexto, se evidenció la necesidad de retomar las propuestas de desarrollo de esquemas de protección social, las que fueron incluidas explícitamente en las agendas global 2030 y regional 2019.

Durante la década perdida y las subsecuentes, en cierto grado también perdidas, Latinoamérica y el Caribe han experimentado la “trampa financiera” de la banca privada internacional, que ha colocado en los países de la región préstamos de dólares provenientes de los países ricos miembros de la OPEP petróleo a “bajas tasas de interés”. Con lo cual, se ha incrementado la deuda externa y se ha profundizado la dependencia económica; además, dada la carencia de transparencia en la aplicación de los fondos, se han implementado proyectos ineficientes e infectivos, que aunados a las externalidades negativas de la deuda (sobre todo por las cargas impositivas requeridas para dar cumplimiento a los pagos requeridos), afectan negativamente el bienestar de las poblaciones<sup>23,24</sup>. Como parte de esta dinámica, – causa y efecto – de la adversidad económica, algunos países experimentaron también crisis socio-políticas, expresadas en golpes militares y guerras, entre otros conflictos que, sumados a los

<sup>18</sup> Bauman, Z. (2005). “*Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*”. Buenos Aires.

<sup>19</sup> Rodríguez, E. (1991). “*Década pérdida en crisis Costa Rica*”.

<sup>20</sup> Bajraj, R.-F., & Bravo, J.-H. (1993). “*Una visión sintética del ajuste económico y sus consecuencias demográficas en América Latina*”. Paper presented at the a Vigésima Segunda Conferencia General sobre Población, Montreal, Canadá.

<sup>21</sup> CEPAL. (1996). “*América Latina y el Caribe quince años después de la década perdida a la transformación económica 1980-1995*” (CEPAL Ed. 1 ed.). Santiago de Chile: CEPAL.

<sup>22</sup> Sader, E. (2001). “*El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas*” (E. Sader Ed. 1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales/CLACSO.

<sup>23</sup> Malave-Mata, H. (1981). “*La OPEP y el Tercer Mundo en los conflictos de la crisis de energía*”. Comercio Exterior, 31(11), 8.

<sup>24</sup> Rodríguez, E (1991). Op.Cit.

desastres naturales, han contribuido a profundizar las desigualdades e inestabilidad social en la región<sup>25,26, 27</sup>.

En este escenario, la mayoría de gobiernos latinoamericanos, apoyados y acompañados por las principales agencias financieras multilaterales, dieron inicio a la instauración de un esquema basado en el pensamiento económico neoclásico, enfocado en la “liberalización” económica, desregulación generalizada, y reducción de intervención estatal, con lo que se dejaba atrás el *modelo de sustitución de importaciones*. Este modelo había permitido alcanzar en Latinoamérica, durante gran parte del siglo XX, un crecimiento sostenido del Producto Interno Bruto (PIB) superior al 6%<sup>28</sup>; donde países, como Venezuela y Brasil, alcanzaron muy altas tasas de crecimiento del ingreso per cápita, 60% y 240%, respectivamente<sup>29</sup>.

El nuevo modelo inició su implementación, con un proceso de “ajuste y modernización” en las áreas de interés económico o comercial<sup>30,31</sup>, basado en una lógica de mercado<sup>32</sup> que hipotéticamente conduciría al equilibrio macroeconómico. Este modelo, que se implementaría de forma progresiva, imponía una serie de condiciones para el refinanciamiento de las deudas contraídas con anterioridad, pero sobre todo para la obtención de nuevos créditos<sup>33</sup>. Estas condiciones, contenidas en la “Agenda del Consenso de Washington”, se enfocaban, entre otras, en la implementación de un régimen de austeridad (disciplina fiscal) para eliminar las causas de los desequilibrios macroeconómicos, que se expresan en inflación, déficit

<sup>25</sup> de-Arce-y-Temes, A. (1984). “*Los conflictos en Latinoamérica*”. Nação e Defesa, IX(29), 21. doi: <http://hdl.handle.net/10400.26/2806>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>26</sup> Serrano, F. V. (2010). “*Estado, golpes de estado y militarización en América Latina: Una reflexión histórico política*”. Argumentos (Méx.), 23(64), 19.

<sup>27</sup> Sigales-Ruiz, S.-R., & Caria, M. (2017). “*Los desastres en México de los 80's: Miedo, culpa y secuelas psicosociales*”. Les peurs collectives en Amérique latine(34), 9. doi: <https://doi.org/10.4000/alhim.5793>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>28</sup> CEPAL. (1982). “*Economic Survey Of Latin America 1980*”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/33766>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>29</sup> Martínez-Rangel, R., & Soto-Reyes-Garmendia, E. (2012). “*El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina*” Polít. cult., 37, 30.

<sup>30</sup> Katz, C. (2014). *Neoliberales en América Latina. Ortodoxos y convencionales*. Conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo. México.

<sup>31</sup> Vazquez-Maggio, M.-L. (2017). Revisión del modelo de sustitución de importaciones: vigencia y algunas reconsideraciones. *Economía Informa*, 404, 14.

<sup>32</sup> Pindyck, R.-S., & Rubinfeld, D.-L. (1998). *Microeconomía* (A. Otero Ed. 4ta. ed.). España: Prentice Hall.

<sup>33</sup> Martínez-Rangel, R., & Soto-Reyes-Garmendia, E. (2012). Op.Cit.

financieros y fuga de capitales; el reordenamiento de las prioridades del gasto público, con énfasis en la eliminación de subsidios que significaron la desaparición de las empresas del estado; la liberalización bancaria, para dejar la determinación de las tasas de interés al libre juego de la oferta y la demanda; y liberalización de la tasa de cambio, para garantizar un tipo de cambio competitivo, que atrajera la inversión extranjera<sup>34</sup>.

Los efectos observados de las medidas implementadas, contrarios a los esperados, contribuyeron a incrementar el desempleo, al empobrecimiento y a profundizar aún más las brechas entre los distintos segmentos poblacionales<sup>35</sup>. Adicionalmente, repuntaron las enfermedades infecciosas, se incrementó la desnutrición y subalimentación y, en términos generales, se deterioró aún más las condiciones de vida de los latinoamericanos<sup>36</sup>. Algunos de estos resultados eran previsibles, ya que las medidas de restricción afectaron el consumo de alimentos y de medicamentos esenciales<sup>37</sup>. En respuesta, algunas agencias internacionales de cooperación propusieron “ajuste con rostro humano”<sup>38</sup>, mientras otras simplemente callaron o participaron del proceso<sup>39</sup>.

En este contexto sociopolítico y económico, aproximadamente un siglo después de haberse creado el modelo de aseguramiento social en Latinoamérica, las agencias financieras multilaterales guiaron el redireccionamiento de la llamada “seguridad social” hacia un esquema que denominaron de *protección social*. En este esquema se planteó la convergencia de la asistencia social, la seguridad social y la protección laboral, con el propósito de reducir el riesgo y la vulnerabilidad social y económica, y mitigar la pobreza y privación extremas<sup>40</sup>, generadas por el propio modelo económico.

<sup>34</sup> Martínez-Rangel, R., & Soto-Reyes-Garmendia, E. (2012). Op.Cit.

<sup>35</sup> Santana-Castillo, J. (2008). “Neoliberalismo, gobernabilidad y nuevos movimientos sociales. El cambio político en diferentes naciones de Latinoamérica”. *Clío América*, 2(4), 25.

<sup>36</sup> Chossudovsky, M. (2002). “Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial” (S. X. Editores Ed.). México, D.F.

<sup>37</sup> Standing, H. (1999). “El género y la reforma del sector salud”. Retrieved from Boston: <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/Standing.pdf>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>38</sup> UNICEF. (1987). “Estado Mundial de la Infancia. 1987”. Madrid: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

<sup>39</sup> OMS. (1990). “Fortalecimiento del apoyo técnico y económico a los países con dificultades económicas graves”. Paper presented at the 43<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3kQFdhg>.

<sup>40</sup> FAO. (2015). “El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación 2015. La protección social y la agricultura: romper el ciclo de la pobreza rural”. Retrieved from Roma: <http://www.fao.org/3/i4910s/i4910s.pdf>. Acceso 26 de mayo de 2021.

Dentro de las acciones de asistencia social, varios países realizaron diversos experimentos sociales, en forma de programas “focalizados y/o condicionados” de transferencias monetarias o en especie, “dirigidos a eliminar las desigualdades sociales y a mejorar la seguridad alimentaria”, entre otros<sup>41,42</sup>.

En relación a la seguridad social, se enfatizó en el área de la salud. Se implementaron medidas, de forma casi compulsiva, para realizar las denominadas *reformas de los sistemas de salud*. Estas reformas, forman parte del modelo económico implementado y se centraron en la acumulación de capital de las empresas transnacionales<sup>43</sup>. El diseño, de las *reformas en salud*, tomó como referencia los experimentos gestados en Chile por el gobierno del General Pinochet<sup>44</sup>, y fueron probadas, replicadas y ajustadas, con efectos negativos, en prácticamente todos los países de América Latina<sup>45,46,47</sup>. La reestructuración financiera aplicada a la salud se denominó *protección social en salud*, y estuvo orientada al *manejo y contención social del riesgo* que representan amplios grupos de población, que viven al margen de las potenciales ventajas sociales<sup>48</sup>.

En lo que respecta a la protección laboral, dada la alta proporción de la población económicamente activa en la economía informal y la alta inestabilidad laboral en Latinoamérica, han sido poco los avances y la cobertura de trabajadores protegidos es muy baja.

---

<sup>41</sup> Cecchini, S., & Madariaga, A. (2011). “Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/3usvhiJ>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>42</sup> FAO (2015) Op.Cit.

<sup>43</sup> Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”. Rev Panam Salud Pública, 17(3), 11.

<sup>44</sup> Labra, M. E. (2002). “La reinversión neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud”. Cad. Saúde Pública, 18(4), 12.

<sup>45</sup> Hernández-Gómez, L. (2002). “Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana<sup>28</sup>”. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300007). Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>46</sup> Homedes & Ugalde (2005). Op.Cit.

<sup>47</sup> López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E.-C. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”. Cad. Saúde Pública, 33(Suppl 2), 13.

<sup>48</sup> Holzmann, R., & Jorgensen, S. (2003). “Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá”. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 21(1), 39.

## LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE: SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Existe consenso histórico sobre el rol de la salud en la productividad y, por ende, en el desarrollo económico<sup>49,50,51</sup>. Desde esta perspectiva, la salud, tanto individual como colectiva, es percibida como una mercancía, en tanto y cuanto, actúa como medio de producción<sup>52</sup>. La salud también ha sido considerada un derecho social, expresado en las Cartas o Constituciones políticas de 19 países latinoamericanos o en documentos normativos o de “política nacional”, como en ocurre en países caribeños. Esta doble perspectiva, económica y de derechos, no se encuentra necesariamente relacionada y, por el contrario, tiende a reflejar contradicciones; tal es el caso de las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, que tiene como consecuencia uso ineficiente de los recursos de los sistemas de salud y pérdida productiva asociada a morbilidad, muerte prematura y abandono escolar<sup>53</sup>.

Desde la perspectiva del derecho, algunas sociedades han organizado estructuras especializadas a las cuales denominan sistemas de salud, que tienen como función promover, preservar y rehabilitar la salud<sup>54</sup>. Es frecuente que su financiamiento provenga, en su mayoría, de impuestos al consumo, sean estos asignados de forma directa o como parte general de los fondos públicos gubernamentales. Sin embargo, su estructura financiera puede ser diversa y compleja, lo cual se encuentra directamente relacionado con la capacidad fiscal, pero esencialmente con las representaciones de diversos grupos de interés en las sociedades. De esta forma es frecuente observar a los sistemas de salud “fragmentados” con claras expresiones de desigualdad en su capacidad instalada y de producción (oferta)

<sup>49</sup> Haidar, V. (2013). “¿Salud y productividad?: sobre la formación de una analítica “económica” de la relación salud-trabajo” (Argentina, 1900-1955). *Salud Colectiva*, 9(2), 21.

<sup>50</sup> OMS. (2010b). “Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal”. Retrieved from Ginebra: <https://bit.ly/32arg6i>

<sup>51</sup> Wolf, A.-C. (1967). “La salud como factor del desarrollo económico internacional”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 6.

<sup>52</sup> Marx, K. (1995). “*El capital: Crítica de la Economía Política*” (F. d. C. Económica Ed.): Fondo de Cultura Económica.

<sup>53</sup> Aracena-Genao, B., Leyva-Flores, R., Garnelo-Bibiano, N., & Gutiérrez-Reyes, J. (2017). “Costo de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador”. Disponible en: <http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>54</sup> OMS. (2015). “Sistemas de salud. Temas de salud”. Retrieved from [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/). Acceso 26 de mayo de 2021.

de bienes y servicios de salud diferenciados según grupos sociales<sup>55</sup>. Las denominaciones que adquieren los diferentes fragmentos de las organizaciones que conforman el sistema de salud van desde “instituciones de seguridad social, asistencia social o pública” hasta nominaciones específicas relacionadas con el grupo de interés para el cual han sido creadas (fuerzas armadas, marina, banqueros, electricistas, petroleros, etc.). En todos los sistemas, está presente el fragmento denominado “sector privado”, que también organiza su oferta según los diferentes segmentos del mercado de la salud, los cuales pueden ir desde la oferta básica y precaria hasta los servicios de alto *standing*, según capacidad de pago<sup>56, 57</sup>.

De acuerdo a ello, las distintas formas que adquieren los sistemas de salud en los países se encuentran definidas en función de los intereses, principios y enfoques predominantes en cada país, aunque formalmente todos convergen en “la misión de solucionar las problemáticas de salud de las poblaciones de su responsabilidad, mediante la provisión de servicios preventivos y curativos”<sup>58</sup>. En estas condiciones organizacionales, los sistemas de salud latinoamericanos enfrentan importantes retos para dar cumplimiento a necesidades básicas de los distintos grupos poblacionales. Por ejemplo, la cobertura mínima requerida para prevenir el sarampión, no es alcanzada en 21 de los 33 países latinoamericanos<sup>59</sup>, y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas, varía entre aproximadamente 30%, en Haití, y 70%, en Brasil<sup>60</sup>. Estas diferencias en el acceso no son solo atribuibles a la nacionalidad, habitantes de un mismo país pueden experimentar dificultades en el acceso atribuibles a condiciones socioeconómicas (ingreso, residencia rural o urbano marginal, escolaridad, sexo, etc.)<sup>61</sup>.

<sup>55</sup> Barillas, E. (1997). “La fragmentación de los sistemas nacionales de salud”. Rev Panam Salud Publica, 1(3), 4.

<sup>56</sup> Díaz-Portillo, S., Idrovo, Á.-J., Dreser, A., Bonilla, F., Matías-Juan, B., & Wirtz, V. (2015). “Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración”. Salud pública Méx, 57(4), 9.

<sup>57</sup> Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). “Sistema de salud de México”. Salud pública Méx, 53(supl 2), 12.

<sup>58</sup> OMS. (2000). “Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.” Retrieved from Suiza: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1). Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>59</sup> World Bank Group. (2020). “Saving Lives, Scaling-up Impact and Getting Back on Track”. World Bank Group COVID-19 Crisis Response Approach Paper. Retrieved from Washington, D.C.: <https://bit.ly/3bx8sCS>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>60</sup> OCDE/The World Bank. (2020). “Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”. Retrieved from Paris: <https://bit.ly/3I26GN2>. Acceso el 26 de mayo de 2021.

<sup>61</sup> OCDE/The World Bank. (2020). Op.Cit.

En este contexto, el modelo sociopolítico y económico vigente define la manera en que se estructura la llamada respuesta social organizada, expresada a través de los sistemas de salud. En tal sentido, ha sido ampliamente usado el principio económico de la escasez de recursos para explicar las capacidades sociales en la producción de bienes y, consecuentemente, las brechas en la provisión de servicios y las diferencias en resultados de salud. Esta explicación ignora los intereses de los grupos sociopolíticamente representados, y no se corresponde con una lógica económica. Ello permite comprender la omisión de la prevención de riesgos en favor de la atención de daños, como es el caso del embarazo adolescente, cuya prevención es 33.7 veces menos costosa que su atención<sup>62</sup>.

Las dolencias que padecen los fragmentados sistemas de salud, en términos de efectividad y eficiencia, por señalar algunos indicadores económicos, responden a un patrón histórico global, que en el caso de América Latina se ha agravado en las últimas décadas. Las declaraciones al respecto, forman parte del discurso cotidiano de distintas instituciones, como la OMS, donde participan la mayoría de los gobiernos de los países y declaran que no es posible lograr la “combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación” requerida, sin un esquema de financiamiento adecuado. Ante estas declaraciones, los Estados miembros firman y expresan su compromiso de reestructurar los esquemas de financiación, enfocándolos en modelos que garanticen la protección financiera y favorezcan el acceso a servicios de salud<sup>63</sup>.

Lo previamente descrito, ha servido como justificación para dar continuidad a las reformas de salud en Latinoamérica. Como se estableció con anterioridad, desde antes del establecimiento de las Agendas 2030 y regional e incluso de la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que les antecedieron, los países latinoamericanos vivieron un agravamiento de sus crónicas crisis económicas, que los llevaron a elaborar y replantear el rol del Estado<sup>64</sup>.

A partir de la década de los 80, se diseñaron y probaron diferentes procesos político-sociales que discursivamente buscaban “consolidar la democracia, fomentar una mayor

<sup>62</sup> Aracena-Genao, B., Leyva-Flores, R., Garnelo-Bibiano, N., & Gutiérrez-Reyes, J. (2017). “Costo de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador”. Disponible en: <http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>63</sup> OMS. (2010a). “Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”. Retrieved from Ginebra: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1). Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>64</sup> Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, C. (2011). “Una nueva gestión pública para América Latina”. In G. E. S. XXI (Ed.), Nueva gestión pública (Vol. 10). Ciudad de México: Escuela de administración pública del DF y Secretaría de Educación del DF.

apertura económica e impulsar la modernización del Estado”<sup>65</sup>. Todo ello en el marco de la emergente globalización y los intentos de integración subregional, como medio para lograr la eficiencia productiva e incrementar la competitividad de los países de la región en los mercados globales. Este largo proceso, aun inconcluso después de cuatro lustros, requería, de acuerdo a los expertos, “modernizar el Estado”, lo que esencialmente se explicaba como la privatización de la provisión de servicios, los de salud entre ellos, dejando en manos estatales solo aquellos dirigidos a poblaciones sin capacidad de pago<sup>66</sup>.

En este contexto, emergió la oleada de procesos enfocados en “reformular” los sistemas de salud de la región de LAC. El propósito era construir sistemas de salud capaces de garantizar los seis principios básicos de la seguridad social inherentes a salud: cobertura universal, equidad, solidaridad, calidad de la atención, eficiencia y protección financiera<sup>67</sup>. La reforma de salud se definió “como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”<sup>68</sup>.

El proceso de reforma de salud, implementado de manera diferencial en los países latinoamericanos<sup>69</sup>, incorporó, en la mayoría, cambios sustanciales, se implementaron procesos de descentralización y una fuerte apuesta en la privatización. En algunos países, el proceso se limitó a la implementación de modelos de gestión para áreas específicas; mientras en otros, se ejecutaron proyectos aislados<sup>70</sup>. En este momento emergió el informe del Banco Mundial que denominó “Invertir en Salud” en donde se propuso desde un organismo financiero multilateral, considerar la salud como un área potencial para la inversión financiera e impulsar el desarrollo económico<sup>71</sup>.

---

<sup>65</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1994). “*Las condiciones de salud en las Américas*”. Retrieved from Washington, D. C.: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52720>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>66</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1994). Op.Cit.

<sup>67</sup> Mesa-Lago, C. (2005). “*Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/2NvBdH3>

<sup>68</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1994). Op.Cit.

<sup>69</sup> Pérez-Lugo, J.-E. (2012). “*Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos*”. *Omnia*, 18(1), 16.

<sup>70</sup> Mesa-Lago, (2005). Op. Cit.

<sup>71</sup> Banco Mundial. (1993). “*Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*”. Retrieved from Washington, D.C.: <https://bit.ly/3embgEQ>. Acceso 26 de mayo de 2021.

Muchas fueron las interpretaciones sobre el texto, pero escasas la manera de poner en práctica las medidas de inversión social en salud como un proceso que podría contribuir a amortiguar los importantes y negativos efectos sociales derivados de la denominada “década perdida” de 1980, especialmente en América Latina. Por el contrario, se adoptaron prácticas para buscar la rentabilidad económica que aún podía obtenerse de los ya precarios y desfinanciados sistemas de salud. De esta manera, se recurrió a buscar en la gestión privada, de los escasos recursos disponibles en el sector público, mejores niveles de eficiencia (entendida como contención de costos)<sup>72</sup>. Además se buscó regular la provisión de los servicios de salud, mediante un esquema que favorecía la ya profunda fragmentación y segmentación del sistema, así surgen los denominados “paquetes básicos”, dirigidos a los ciudadanos de segunda. También se promovió la modificación del esquema de financiamiento, con lo que se priorizaron los pagos anticipados, vía seguros<sup>73</sup>. No obstante, los intereses de los segmentos sociales más vulnerables y con menor vinculación al mercado, continúan subrepresentados u omitidos, en virtud de que en América Latina, el pago directo de bolsillo, se ha asumido socialmente como mecanismo para atender las necesidades de salud. Ello ha contribuido a la proliferación de la oferta informal de servicios de salud, como son proveedores de herbolaría, los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF), que populan en países como México y que son escasamente regulados<sup>74</sup>.

A casi tres décadas de haberse iniciado las reformas de salud, sus defensores enarbolan como logros el incremento de casi cuatro años en la esperanza de vida, la disminución de 35% en la mortalidad infantil y la reducción de 26% en la mortalidad materna, entre 2000 y 2017. En el opuesto, las afecciones no transmisibles van al alza, causando las enfermedades cardiovasculares y diferentes tipos de cánceres más del 80% de las defunciones. Asimismo, como parte del escenario de inestabilidad sociopolítica y económica actual, la violencia interpersonal creció 33%, entre 1990 y 2017, representando uno de los problemas más importantes de salud pública en la región. Algunos países de la región reportan incrementos en la incidencia de VIH y solo 55% de las personas afectadas recibe tratamiento antirretroviral.

<sup>72</sup> Cejudo, G. (2011). “*La nueva gestión pública. Una introducción al concepto y la práctica*”. In G. E. S. XXI (Ed.), *Nueva gestión pública* (Vol. 10, pp. 32). Ciudad de México: Escuela de administración pública del DF y Secretaría de Educación del DF.

<sup>73</sup> Maceira, D. (1998). “*Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo*”. Retrieved from Bethesda, Maryland: <https://bit.ly/3v9GSDp>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>74</sup> Díaz-Portillo, S., Idrovo, Á.-J., Dreser, A., Bonilla, F., Matías-Juan, B., & Wirtz, V. (2015). “*Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración*”. *Salud pública Méx*, 57(4), 9.

Las enfermedades relacionadas con la alimentación también representan un grave problema de salud en la región (8% de los menores de 5 años, 28 de los adolescentes, más de 50% de los hombres y aproximadamente 60% de las mujeres reporta sobrepeso). Alrededor de 25% de las personas que habitan en áreas rurales y 12.5% en áreas urbanas, no cuenta con saneamiento básico, proporción que llega a 50% en algunos países<sup>75</sup>.

En relación a la provisión de servicios de salud, la región registra niveles de vacunación inferiores a los recomendados para evitar enfermedades prevenibles por vacunas, y la mayoría de países también enfrenta problemas de cobertura de atención de padecimientos agudos, como el infarto al miocardio, y crónicos, como el cáncer<sup>76</sup>. El monto y origen del financiamiento a la salud, elementos centrales en las argumentaciones para las reformas, continúa por debajo de lo requerido para satisfacer las necesidades de salud de los latinoamericanos – la región destina a salud alrededor del 6% de su PIB – y el pago de bolsillo continúa siendo elevado -34% de los pagos son realizados de manera directa al momento de requerir la atención; además, aproximadamente 8% de la población, en más de la mitad de países latinoamericanos, gasta más del 10% de su ingreso en atención de la salud, y 1.7% de ellos alcanza niveles por debajo de la línea de pobreza por gasto en salud<sup>77</sup>.

## LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LATINOAMÉRICA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19

La emergencia sanitaria global, provocada por la pandemia de Covid-19, ha traído consigo el agravamiento de los problemas económicos que ya enfrentaba el mundo<sup>78</sup>. Sin embargo, como ha sido el comportamiento histórico, las consecuencias, tanto en salud como económicas, tienen un comportamiento diferencial, acorde con el grado de desarrollo económico de los países, y con el esquema organizacional de sus respectivos sistemas de salud. Las personas afectadas, de mayor nivel socioeconómico, lidian con los embates biológicos, mientras los pobres libran una guerra, además de la enfrentada contra la enfermedad y muerte causada por el virus, con las barreras socio-económicas que

<sup>75</sup> OCDE/The World Bank. (2020). *Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. Retrieved from Paris: <https://bit.ly/3I26GN2>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>76</sup> OCDE/The World Bank. (2020). Op.Cit.

<sup>77</sup> OCDE/The World Bank. (2020). Op.Cit.

<sup>78</sup> World Bank Group. (2020). *“Saving Lives, Scaling-up Impact and Getting Back on Track. World Bank Group COVID-19 Crisis Response Approach Paper”*. Retrieved from Washington, D.C.: <https://bit.ly/3bx8sCS>. Acceso 26 de mayo de 2021.

les impiden, por un lado, tener acceso a servicios de salud con oportunidad y de calidad para atender los daños orgánicos ocasionados por el Covid-19<sup>79</sup> y, por otro, obtener los mínimos necesarios para su subsistencia. Situación que tiende a ser más grave aún para las mujeres y niñas, para las que se han exacerbado los “obstáculos para la escolarización y el mantenimiento de empleos”<sup>80</sup>.

La región de Latinoamérica, como se estableció con anterioridad, carece de un sistema de protección social que garantice las condiciones mínimas para atender los llamados a “quedarse en casa”, de forma tal que se pueda preservar la distancia requerida para prevenir contagios<sup>81</sup>. Las profundas brechas socioeconómicas existentes, provocadas por la alta prevalencia de informalidad laboral (altas tasas de desempleo y subempleo)<sup>82,83,84</sup> configuran el escenario propicio para el escalamiento exponencial de la infección.

El desbordamiento de la epidemia de Covid-19 en Latinoamérica, a pesar de las intervenciones realizadas<sup>85</sup>, ha provocado, al día 8 de marzo de 2021, el fallecimiento de casi un millón de personas<sup>86</sup>, el desempleo de más de 30 millones de personas<sup>87</sup> y una contracción

<sup>79</sup> OCDE/The World Bank. (2020). “Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”. Retrieved from Paris: <https://bit.ly/3I26GN2>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>80</sup> World Bank Group. (2020). Op.Cit.

<sup>81</sup> OMS. (2020). “Cinco pasos para eliminar el coronavirus. Comunicados de prensa”. Retrieved from <https://www.who.int/es/news/item/23-03-2020-pass-the-message-five-steps-to-kicking-out-coronavirus>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>82</sup> CEPAL/OIT. (2009). *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. Crisis y mercado laboral*. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/3bQQz0L>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>83</sup> CEPAL/OIT. (2017). *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inmigración laboral en América Latina*. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/3bUld9s>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>84</sup> CEPAL/OIT. (2020). “Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19)”. Retrieved from Santiago de Chile: <https://bit.ly/2MCriPt>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>85</sup> Gonzalez, E., Hopkins, K., Horwitz, L., Nagovitch, P., Sonneland, H. K., & Zissis, C. (2020). “AS/COA Online mira cómo los gobiernos responden al COVID-19 en la región El coronavirus en América Latina”. Retrieved from <https://bit.ly/39pyQ0V>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>86</sup> Statista. (2021). “Número de personas fallecidas a causa del coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe al 8 de marzo de 2021”, por país. *Salud e industria farmacéutica*. Retrieved from <https://es.statista.com/estadisticas/1105336/covid-19-numero-fallecidos-america-latina-caribe/>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>87</sup> Organización Internacional del Trabajo. (2020). “Panorama laboral 2020. América Latina y el Caribe” (O. I. d. Trabajo Ed. 1 ed.). Lima: Organización Internacional del Trabajo.

económica del 7.4% en el año 2020<sup>88</sup>. Esta situación podría agudizar la cronicidad de la crisis económica, dado que la masificación de la vacunación, con lo que se espera disminuir el contagio, es un proceso lento, y en algunos países aún no ha dado inicio<sup>89</sup>, debido a que las vacunas han sido acaparadas por los países más ricos<sup>90</sup>, con lo que vuelve a ponerse de manifiesto las desigualdades, inequidades e injusticias, expresadas en el acceso diferenciado a servicios de salud (en este caso de vacunas) debido a condiciones socioeconómicas.

## PARADIGMA DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

*La economía de la salud* es la aplicación de las teorías y conceptos económicos al ámbito de la salud<sup>91</sup>. Como en todas las ramas del conocimiento económico, la economía de la salud parte del principio de escasez. Este establece la existencia de necesidades ilimitadas y recursos finitos<sup>92</sup>, lo que conlleva a elegir entre las poblaciones y problemas de salud que se atenderán con los recursos disponibles. El uso de la economía en el ámbito de la salud, también obliga a considerar conceptos que *a priori* podrían entenderse ajenos al sector – sobre todo en virtud del estatus de derecho conferido a la salud en las Constituciones políticas de los países – como *costos, eficacia, efectividad, eficiencia*.

En las reformas de los sistemas de salud los términos económicos corresponden a los más frecuentemente citados: costos y eficiencia, ambos estrechamente relacionados, asumiendo la definición de eficiencia como la obtención de resultados al menor costo posible<sup>93</sup>. No obstante, otras acepciones consideran eficientes, además de las

<sup>88</sup> Gonzalez, E., Harrison, C., Hopkins, K., Horwitz, L., Nagovitch, P., Sonneland, H.-K., & Zissis, C. (2021). “Tras un año, AS/COA Online ofrece una mirada en profundidad a cómo los gobiernos responden al COVID-19 en la región. El coronavirus en América Latina”. Retrieved from <https://www.as-coa.org/articles/el-coronavirus-en-america-latina>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>89</sup> CNN. (2021). “Así va la vacunación contra covid-19 en Latinoamérica. Coronavirus”. Retrieved from <https://cnnespanol.cnn.com/2021/03/02/asi-va-la-vacunacion-contra-el-coronavirus-en-america-latina/>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>90</sup> ONU. (2021). “La OMS crítica el egoísmo de los países ricos y las farmacéuticas frente a las vacunas del COVID-19”. Noticias ONU. Retrieved from <https://news.un.org/es/story/2021/01/1486742>. Acceso 26 de mayo de 2021.

<sup>91</sup> Folland, S., Goodman, A.-C., & Stano, M. (2013). “The economics of health and health care” (P. P. Hall Ed. 7th ed.). United States of America.

<sup>92</sup> Mankiw, G. (2012). “Principios de economía” (C. L. Editores Ed. 6a ed.). Ciudad de México: Cengage Learning Editores.

<sup>93</sup> Martino-Mendiluce, F. (Ed.) (2001) “Diccionario de conceptos económicos y financieros” (1 ed.). Santiago de Chile: Editorial Andres Bello.

combinaciones de insumos que logran producir la mayor cantidad de un bien o servicio sin que se disminuya la producción de algún otro bien o servicio, a la imposibilidad de realizar asignaciones que mejoren el bienestar de un individuo sin afectar el de otro.<sup>94</sup>

Los contenidos de las reformas, al ser contrastados con las definiciones de eficiencia expuestas con anterioridad, reflejan disociación entre el discurso y las prácticas. El discurso expresa la voluntad de contener los costos de las acciones en el sistema de salud, con lo cual todos estamos de acuerdo, no así con la transferencia de costos sociales en salud a las personas, como política para el financiamiento del sistema, vía pago de bolsillo.

Por otro lado, las reformas del sistema de salud, enmarcadas en el pensamiento económico neoliberal, definen a la salud y su cuidado como una acción individual, omitiendo el motivo de ser del Estado: la responsabilidad de seguridad social para mejorar las condiciones de vida, trabajo, salud, recreación, seguridad y entre ellos, la prevención de riesgos y la promoción de la salud colectiva. Además, revertir el actual escenario socio-sanitario y económico de la LAC, caracterizado por alto nivel de desempleo y subempleo, violencia e inestabilidad sociopolítica, y escasos mecanismos para la exigibilidad del derecho, requiere generar complejos procesos de participación social para generar un ambiente de promoción del respeto de la democracia y los derechos humanos.

Los déficits económicos y el subfinanciamiento de los fragmentos de los sistemas de salud son solo parte de las expresiones de los modelos de *desarrollo* con los que se ha experimentado en la sociedad latinoamericana. Estos modelos y sus variantes (al igual que el virus) conllevan a una alta inestabilidad de los mercados laborales, y constituyen por sí mismos la principal amenaza para para la seguridad social.

Revertir la situación expuesta, requiere replantear cambios en el modelo económico vigente, con enfoque en ventajas sociales para las personas, sobre todo de quienes viven en condiciones de vulnerabilidad, independientemente de su condición laboral. En tal sentido, identificar y representar los intereses de los diferentes grupos sociales permitirá priorizar áreas de desarrollo económico y social que favorezcan la inversión social en salud.

Replantear el paradigma de la economía de la salud implica ampliar la oferta de servicios, bajo una lógica que considere las necesidades de las poblaciones. La oferta actual está restringida a un paquete básico de servicios, diseñado acorde con las creencias o necesidades de los diseñadores de políticas económicas, las de salud entre ellas; ello, solo ha generado y agregado mayor inestabilidad e incertidumbre en nuestras sociedades.

<sup>94</sup> Nicholson, W. (1997). *Teoría microeconómica. Principios básicos y aplicaciones* (E. Rabasco-Espariz & L. Toharia-Cortés, Trans. M.-J. Norte Ed. 6ta ed.).

La pandemia Covid, ha permitido observar, de forma clara , las consecuencias de la omisión del derecho a la salud. Hasta ahora, los prejuicios de los diseñadores y tomadores de decisiones parecen primar sobre la evidencia que reporta los beneficios de desarrollar respuestas sociales basadas en principios económicos y políticos, que busquen armonizar elementos de productividad, equidad y justicia distributiva, con el propósito de alcanzar el desarrollo al que se aspira, pero sobre todo para salvaguardar la dignidad y derecho de las personas independientemente de su posición económica y social.





**PARTE 2**

**EL RETO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
PARA LA SALUD UNIVERSAL EN LA REGIÓN**





## Retos de la Atención Primaria en Salud: las experiencias aprendidas en Costa Rica a raíz de la pandemia por COVID-19

María del Rocío Sáenz Madrigal<sup>1</sup>

Verónica Cristina Gamboa Lizano<sup>2</sup>

### EL CONTEXTO GLOBAL: PANDEMIA POR COVID-19

En la historia de la humanidad, es posible encontrar referencias y descripciones de pandemias como las provocada por *Yersinia pestis* en el siglo XIV y la influenza en el siglo XX, conocidas como la peste negra y la gripe española respectivamente. En esos casos, el control se realizó mediante medidas de saneamiento, nutricionales y de comportamiento principalmente. Por otra parte, el virus del sarampión y el de inmunodeficiencia humana adquirida, generaron una gran pérdida de vidas; sin embargo su control se ha sustentado más en la generación intervenciones contra el virus o la enfermedad; así como, educación sexual en el caso del último.

El anuncio realizado a inicios del 2020 por la Organización Mundial de la Salud, de una enfermedad respiratoria grave con potencial pandémico originada en China (SARS-COV2), disparó la alerta mundial para la protección y atención de las personas enfermas y medidas para evitar el contagio para el resto de la población. En pocas semanas se confirmó la llegada del virus y la transmisión local en Asia, Europa y Estados Unidos, América Latina y, posteriormente a África.

Si bien la llegada del virus no tomó por sorpresa al mundo, ha desnudado las fragilidades

<sup>1</sup> Médica, master en salud pública es Investigadora en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

<sup>2</sup> Lic. Promoción de la Salud UCR (Costa Rica) MSc. Saúde Coletiva UEFS (Brasil), es Investigadora Independiente.

y las dificultades para identificar mecanismos y velocidad de transmisión, los síntomas, la severidad y las posibles medidas de contención. Medidas que se han ido instalando paulatina y progresivamente con dos énfasis: evitar el contagio y aumentar la capacidad hospitalaria para atender a las personas enfermas de gravedad. Con el paso del tiempo, se empezó a dibujar una esperanza con el desarrollo de una vacuna.

Cabe destacar, la rapidez con que se establecieron las medidas para la protección de la vida y la atención de las personas enfermas; así como el oportuno reconocimiento de la necesidad de respuestas colectivas para la mitigación de los efectos. Sin embargo, es la visión y acción prospectiva, basada en hechos y ciencia, solidaridad y corresponsabilidad, justicia y equidad los que habilitan un escenario de mayor seguridad humana, ambiental, económica, social y política.

Hemos sido testigos también, de una aceleración e intensificación sin precedentes de los procesos colaborativos de investigación para la producción y difusión de conocimiento científico, tanto para el desarrollo de tecnologías que faciliten la detección del virus como para la producción de vacunas y tratamientos. Lamentablemente, al mismo tiempo se ha producido una basta cantidad de noticias falsas, que confunden y distraen la atención de la ciudadanía, los equipos de atención de la emergencia y, de los responsables de la toma de decisión sobre el manejo de la emergencia.

Entre marzo y diciembre del 2020, a pesar del destacable liderazgo global en salud propio de la OMS, se gestaron campañas de desprestigio, desfinanciamiento y deslegitimación alrededor del mundo, cuyas consecuencias en la gobernanza global están impactando la realidad de la comunidad global y su vivencia de la pandemia, constituyéndose en una amenaza latente a una de las reglas de oro en toda emergencia o crisis, cual es mantener el orden y la conducción para asegurar una respuesta integrada. Aprovechar la coyuntura de vulnerabilidad global para descarrilar y tomar control con intereses más allá del control de la pandemia, solo puede generar caos e inseguridad.

## LA PANDEMIA POR COVID-19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

A pesar del carácter de globalidad intrínseca a su definición la pandemia del COVID-19, es pertinente mencionar que previo al inicio de la pandemia América Latina, la región se caracteriza por ser la más desigual, aunque no la más pobre. Con alto porcentaje de hogares en condición de pobreza, alto porcentaje de mujeres jefas de hogar; diversidad de grupos étnicos – muchos de ellos históricamente marginalizados –; fenómenos migratorios complejos; incremento de la informalidad laboral; crecimiento desmedido de asentamientos

informales, hacinados, sin servicios básicos de agua potable, electricidad y saneamiento y con acceso limitado a servicios de salud. Varios países han pasado o se encuentran en procesos de ajuste del sector público y de los sistemas de protección social; poseen sistemas de salud frágiles, sub-financiados, fragmentados y segmentados, con déficits de recursos humanos, equipamientos e insumos. Así, el COVID-19 llega a una región en la cual aún no se han resuelto problemas de salud como el dengue, la malaria o la enfermedad de Chagas y con predominio por condiciones crónicas no transmisibles.

En tal sentido, la Comisión Económica para América Latina ha documentado que la pandemia por COVID-19 ha generado la mayor crisis sanitaria, económica, política y social de los últimos 100 años en la región, lo cual, sumado a la fragilidad en la gobernanza global y regional no sujeta a la cooperación internacional, genera un escenario aún más complicado para enfrentar esta crisis.

En este escenario, tanto el COVID-19 por sí mismo como las medidas de control provocan una irrupción en la vida diaria de las personas, las interacciones comunitarias y la situación general de los países. Se han cerrado fronteras, aeropuertos, comercios, escuelas, colegios y universidades; se han instalado diversas medidas de cuarentena y aislamiento para pacientes y contactos; los sistemas de salud han tenido que priorizar sitios de atención, fortalecer capacidades técnicas y se ha agudizado la necesidad de adquirir equipo e insumos de primera necesidad que no estaban disponibles; poco a poco, la cantidad de pacientes enfermos de COVID-19 satura los servicios y el cansancio y agotamiento físico y mental de las personas trabajadoras en salud se convierte en una pesadilla, pues son los responsables de la respuesta hospitalaria a la pandemia, a pesar del riesgo a sus vidas y la de sus familias. Lamentablemente, algunos sin los equipos de protección necesarios.

Si bien las autoridades internacionales y nacionales -Costa Rica incluida- mencionan reiteradamente que el objetivo es interrumpir la transmisión del virus SARS-cov2, la información que se contabiliza y comparte diariamente en todos los medios de comunicación es basta en el número de nuevos casos y severos, la tasa de reproducción o "R 0", así como la posible saturación de los servicios de emergencias y de cuidados intensivos. Se han instalado hospitales, se han ampliado servicios y poco a poco el dato que dispara nuevas medidas restrictivas es el aumento de casos y la posible saturación de los servicios críticos.

Los gobiernos enfrentan el gran desafío de equilibrar las restricciones al movimiento de población para desacelerar y prevenir la transmisión e intentan contener el impacto en la economía, producción y poblaciones; sin embargo las consecuencias sociales para los grupos poblacionales que trabajan por cuenta propia o trabajan en el sector informal con

pocas protecciones sociales se incrementa con el paso del tiempo. Para una región que tiene las peores desigualdades de ingresos del mundo, es probable que los impactos sociales y económicos adversos de la pandemia se profundicen en los próximos años.

En las últimas semanas, el énfasis y la esperanza se depositan en una vacuna. La inversión de países, investigadores y compañías es basta. La avanzada de Brasil, Cuba y México en la producción ofrece una oportunidad para la región, a pesar de que las condiciones de los acuerdos no han sido explícitas a nivel nacional ni internacional. El financiamiento y posibilidades de contar con suficientes vacunas, sin sobrepagos ni acaparamiento por algunos países, se visualizó en el 2021 como un potencial riesgo; riesgo que se ha materializado por parte de países de altos ingresos primer trimestre del 2021.

Al mismo tiempo, los sistemas de salud continúan atendiendo un sinnúmero de necesidades en salud de las personas mucho más allá del COVID-19, lo cual complejiza el rol de los servicios en sus distintos niveles de atención sanitaria y la implementación de medidas oportunas y pertinentes para ajustar la oferta programática a dichas necesidades. En esta vorágine de ajustes e información científica nueva sobre el virus y la enfermedad día a día, se requiere priorizar la atención primaria en salud, por su valor en los sistemas de salud universales, la gobernanza y la atención de los grupos más vulnerables, lo cual, no es tarea sencilla en países de ingreso medio o bajo, y en contextos de profundas desigualdades; lo anterior, implica un liderazgo claro que apele por mayor justicia y equidad, con un compromiso ético y moral. Es tiempo de trabajar en conjunto y de forma solidaria para asegurar que la crisis no profundice las desigualdades y más bien, encontrar formas para superar las inequidades, particularmente en salud y en las condiciones de vida de las mujeres, la niñez, los pueblos indígenas y afrodescendientes; así como, de las comunidades pobres y marginalizadas.

Colocar los eslabones hacia un mundo más justo y equitativo durante y después de esta pandemia por COVID-19 requiere tanto de humildad, como determinación para aprender, rectificar y proyectar un futuro deseable para todas las personas habitantes de la región, atendiendo el llamado de las Naciones Unidas en su Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el lema de “no dejar a nadie atrás”.

## RESPUESTA DE COSTA RICA ANTE EL COVID-19

Costa Rica es un país que ha logrado estabilidad política y crecimiento económico sostenido durante los últimos 25 años, aunque persisten desafíos financieros y desigualdades sociales. Tiene uno de los mejores sistemas de salud de la región, brinda atención médica universal a todos los ciudadanos y cuenta con una infraestructura de

atención primaria bien establecida.

El 6 de marzo del 2020, se reportó el primer caso de COVID-19 en el país. Unos días después, las autoridades de salud y de la Comisión Nacional de Emergencias declararon el estado de alerta amarilla a escala nacional con el fin de recursos y activar los centros de operaciones de emergencia en el territorio nacional. La definición del “caso positivo por COVID-19” incluyó las recomendaciones de la OMS, sobre contacto cercano con caso confirmado, sin embargo poco a poco se amplió a confirmados por nexo epidemiológico. En esta misma fecha, la representación de la Organización Panamericana de las Salud en Costa Rica entregó un primer “kit” para pruebas COVID-19, el cual le permitió al Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) examinar más de 2700 reacciones para confirmar o descartar casos sospechosos de la enfermedad.

El 9 de marzo se introdujo el trabajo a distancia en el sector público y se recomendó para el sector privado; se cancelaron las reuniones y se introdujeron medidas de distanciamiento social para eventos de ocio y deportivos. El 12 de marzo, las escuelas sin suministro adecuado de agua potable y donde algún educador diera positivo en la prueba de COVID-19 fueron cerradas; también se prohibieron los viajes internacionales a personas funcionarias del sector público. Las medidas posteriores incluyeron restricciones a la entrada de personas extranjeras y reducciones en la capacidad de los centros comerciales, cines y teatros en un 50%. Para el 23 de marzo, se introdujo la restricción vehicular de circulación entre 10 p.m. a 5 a.m., restricción que se ha mantenido vigente hasta la fecha con algunas variaciones temporales y finalmente, se ordenó el cierre de playas, templos y servicios religiosos. La declaratoria de Estado de Emergencia Nacional en Costa Rica provocada por el COVID-19, se establece el 16 de marzo del 2020, por Decreto Ejecutivo No. 42227-MP-S (Presidencia de la República de Costa Rica, 2020)<sup>3</sup>.

La Declaratoria de Emergencia, habilita Centro de Operaciones de Emergencia (COE) y se crean Mesas Técnicas de acuerdo a la prioridad. El objetivo es organizar la gestión institucional ante la emergencia y ofrecer asesoría, informes y propuestas al COE, según la experticia y conocimiento técnico. Es así que se conformaron diversas mesas como la Mesa de Servicios Básicos, Mesa Sectorial de Salud, Mesa de Seguridad, Mesa de Gestión Municipal, Mesa de Seguridad Alimentaria, Mesa de Educación, Mesa de Protección Social

<sup>3</sup> Presidencia de la República de Costa Rica. (2020). “Decreto Ejecutivo No. 42227-MP-S”. Disponible en <https://www.presidencia.go.cr/bicentenario/wp-content/uploads/2020/03/Decreto-Ejecutivo-42227-Emergencia-Nacional.pdf>. [Acceso 12 feb. 2020].

y la Mesa de Infraestructura Productiva.

Si bien la mayoría de estas mesas técnicas buscaron la protección del bienestar integral de la población, para efectos de este documento haremos referencia específica a la Mesa Sectorial de Salud y a la Mesa Técnica de Protección Social, por su relación directa con la Atención Primaria en Salud.

En el caso de la Mesa Sectorial de Salud<sup>4</sup>, la misma se activó desde el 3 de marzo del 2020 y ha tenido como objetivo coordinar las acciones de respuesta a la amenaza y posterior emergencia nacional, por el COVID-19. Esta mesa se ha caracterizado por su labor en la vigilancia epidemiológica, la orientación de las recomendaciones para las restricciones establecidas para la población habitante del país, la generación de alertas amarillas y naranjas según el comportamiento de los casos a nivel cantonal y distrital, así como el monitoreo de la evolución a nivel global de la pandemia en el país y la respectiva preparación del sistema de salud en su tercer nivel de atención. Se ha establecido un acompañamiento telefónico de los casos positivos por COVID-19, este se ha desarrollado de forma centralizada la Caja Costarricense de Seguro Social; institución responsable de la prestación de los servicios de salud en el país.

Para efectos de entender mejor cuál ha sido el accionar de la Atención Primaria en Salud, en la prestación de servicios de atención sanitaria, a continuación se presenta una sistematización de 19 directrices, que si bien no pretenden ser exhaustivas, tiene la intención de visibilizar la diversidad de adaptaciones que se han generado en la prestación de los servicios, con énfasis en el primer nivel de atención y que han permeado el nivel superior jerárquico de la CCSS y el nivel local.

**Tabla 1** – Sistematización de lineamientos y manuales oficiales de la CCSS que han determinado el accionar del Primer Nivel de Atención, en el marco de la pandemia por COVID-19

Nº	Título del documento	Fecha de emisión	Objetivo
1	Lineamiento técnico-operativo y administrativo temporal en los Servicios de Odontología de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19.	18 marzo 2020	Establecer las líneas de acción a nivel de los Servicios de Odontología de los tres niveles de atención para mitigar la alerta amarilla por COVID-19 en pro de los usuarios internos y externos de la Institución.

<sup>4</sup> Presidencia de la República. (2020). Activación de la Mesa Sectorial de Salud. Disponible en <https://covid19.presidencia.go.cr/activacion-de-la-mesa-sectorial-de-salud/> [consulta 17 feb. 2021].

Nº	Título del documento	Fecha de emisión	Objetivo
2	Lineamiento técnico-operativo y administrativo temporal en el profesional de enfermería y personal asistente técnico de atención primaria de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19.	19 marzo 2020	Estandarizar las medidas a seguir ante la pandemia COVID 19 por parte del Profesional de Enfermería que coordina la Atención Primaria y su equipo ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria), en el cumplimiento de las actividades en los diferentes escenarios de acuerdo con los lineamientos emitidos por el CCO Institucional.
3	Lineamiento Técnico-operativo y administrativo temporal en el Profesional de Enfermería y Personal Asistente Técnico de Atención Primaria de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19. Versión 2.	19 marzo 2020	Estandarizar las medidas a seguir ante la pandemia COVID 19 por parte del Profesional de Enfermería que coordina la Atención Primaria y su equipo ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria), en el cumplimiento de las actividades en los diferentes escenarios de acuerdo con los lineamientos emitidos por el CCO Institucional.
4	Lineamiento técnico-operativo y administrativo temporal en los Servicios de Consulta Externa de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19.	20 marzo 2020	Establecer las líneas para la operatividad a nivel de los servicios de consulta externa de los hospitales nacionales, nacionales especializados, regionales, periféricos y centros especializados, así como áreas de salud, que mitiguen la alerta amarilla por COVID-19 en beneficio de los usuarios internos y externos a la Institución.
5	Lineamiento para la intervención social a las personas con COVID-19 y sus familias, y la continuidad de la prestación de Servicios de Trabajo Social.	24 marzo 2020	Orientar la organización de los Servicios de Trabajo Social del Seguro de Salud de la CCSS, para la intervención social a las personas con COVID-19 y sus familias, así como la continuidad de la prestación de los servicios.
6	Lineamiento Técnico versión 2 sobre la categorización de las personas objeto de atención en los servicios de psicología de la Consulta Externa de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19.	24 marzo 2020	Definir las categorías de atención de las personas usuarias y funcionarios de la Institución, en los servicios de Psicología de la Consulta Externa de los tres niveles de atención de la CCSS, ante la condición epidemiológica COVID-19.
7	Lineamiento: atención a las personas adultas mayores ante la emergencia de COVID-19 en los servicios de salud.	25 marzo 2020	Proporcionar la información necesaria al personal de salud para el adecuado manejo de las personas adultas mayores ante la emergencia por COVID-19.

Nº	Título del documento	Fecha de emisión	Objetivo
8	Lineamiento técnico operativo y administrativo temporal en los servicios de consulta externa de trabajo social, “consulta social”, de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológica covid-19.	26 marzo 2020	Establecer las líneas para la operatividad a nivel de los servicios de consulta externa de los Servicios de Trabajo Social de los tres niveles de atención: áreas de salud, hospitales nacionales, nacionales especializados, regionales, periféricos y centros especializados, en respuesta a la emergencia por COVID-19 en beneficio de los usuarios internos y externos a la Institución.
9	Lineamiento Técnico-operativo temporal para los profesionales de Enfermería especializada en Salud Mental y Psiquiatría de los tres niveles de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social ante la emergencia nacional por COVID-19.	02 abril 2020	Establecer las líneas de acción por parte del profesional de Enfermería especializada en Salud Mental y Psiquiatría, en los centros de salud ante la emergencia nacional por COVID-19, en acuerdo con los lineamientos establecidos a nivel institucional.
10	Lineamiento técnico-operativo y administrativo, para los funcionarios de nutrición de los tres niveles de atención de la CCSS, durante la emergencia COVID-19.	13 abril 2020	Reducir el riesgo de contagio o propagación del coronavirus en las áreas de acción de los Servicios de Nutrición y nutricionistas en los tres niveles de atención, mediante el cumplimiento de los lineamientos establecidos.
11	Lineamiento: atención a las personas adultas mayores ante la emergencia de COVID-19 en los servicios de salud v.2.	28 abril 2020	Proporcionar la información necesaria al personal de salud para el adecuado manejo de las personas adultas mayores ante la emergencia por COVID-19.
12	Lineamiento: Visita y atención domiciliar en Hogares de Larga Estancia (HLE) para personas adultas mayores ante la pandemia de COVID-19 v.2.	28 abril 2020	Prevenir la morbimortalidad por la enfermedad COVID-19 en las personas adultas mayores residentes en hogares de larga estancia (HLE).
13	Lineamiento técnico para la atención de mujeres embarazadas durante la pandemia COVID-19 en los servicios de salud de la CCSS Version.1.	04 mayo 2020	Establecer los lineamientos técnico-operativos para la atención de la mujer embarazada durante el periodo prenatal, parto y postparto ante la enfermedad COVID-19.

Nº	Título del documento	Fecha de emisión	Objetivo
14	Lineamiento para seguimiento telefónico en el programa de supervisión del estado de salud de los pacientes dentro de la definición de casos con SARS cov2/ COVID-19 durante su aislamiento.	18 mayo 2020	Normalizar el proceso de llamadas para el seguimiento de casos probables por COVID, de alto riesgo, confirmados negativo y casos positivos, apelando al consenso de los actores involucrados, optimizando el proceso de atención y mejorando la eficiencia en el uso de los recursos en una situación que demanda el trabajo colaborativo, bien articulado y con comunicación fluida y al instante.
15	Recordatorio y priorización de Normativa: Acciones relacionadas con la consejería y Prescripción de Métodos Anticonceptivos y de protección en los Servicios de Consulta Externa Urgencias e Internamiento de los tres niveles de atención de la CCSS durante la situación epidemiológica COVID-19.	12 junio 2020	Evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, así como minimizar el impacto socio económico que conllevaría a las personas usuarias, sus familias y a la institución.
16	Lineamiento: Atención a las personas adultas mayores residentes en Hogares de Larga Estancia (HLE) durante la pandemia de COVID-19 v.3.	04 setiembre 2020	Prevenir la morbi-mortalidad en la persona adulta mayor residente en hogares de larga estancia, brindando la atención oportuna a esta población de riesgo y principalmente a aquellos identificados como sospechosos o hayan sido confirmados con la enfermedad de COVID-19.
17	Lineamiento técnico del proceso de atención a la persona usuaria con enfermedad crónica no transmisibles en los servicios de consulta externa de los tres niveles de atención de la CCSS ante la pandemia COVID-19.	15 octubre 2020	Estandarizar el proceso de atención de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de consulta externa de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19 con el fin de evitar las complicaciones asociadas a la ausencia de consultas de control, problemas que de no ser tratados adecuadamente, podrían tener consecuencias importantes en términos de morbilidad, discapacidad y muerte, por medio de escenarios presenciales y alternativos según requerimiento y seguridad tanto para las personas portadoras y cuidadores como para el personal de salud obteniendo y asegurando los indicadores de control diseñados para este propósito.

Nº	Título del documento	Fecha de emisión	Objetivo
18	Lineamiento técnico-operativo y administrativo temporal en los Servicios de Consulta Externa de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19.	12 noviembre 2020	Establecer las líneas para la operatividad a nivel de los servicios de consulta externa, así como la adaptación de los servicios a modalidades alternativas de consulta (interpretando consulta en todos sus componentes historia clínica y datos subjetivos, objetivos con énfasis a exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y plan de manejo incluido plan terapéutico incluido plan educativo y plan de atención en equipo por el profesional respectivo según requerimiento del problema de salud atender donde es esencial este proceso), dentro de los Hospitales Nacionales, Nacionales Especializados, Regionales, Periféricos y Centros Especializados, así como Sedes de Área, Clínicas, CAIS, que mitiguen el impacto del COVID-19 en beneficio de los usuarios internos y externos a la Institución.
19	Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.	18 diciembre 2020	Proteger contra el virus SARS-CoV-2 a la población definida como población vulnerable por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), con la finalidad de producir protección individual y protección colectiva.

Fuente: CCSS, 2021.<sup>5</sup>

Como se puede observar en detalle en la Tabla 1, el abordaje de los lineamientos y manuales emitidos, se han enfocado en establecer líneas de acción para los profesionales y trabajadores de la salud en áreas como: odontología, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición y asistentes técnicos en atención primaria en salud; otro grupo de lineamientos se han enfocado a orientar la atención hacia poblaciones específicas como las personas adultas mayores, mujeres gestantes, personas con enfermedades crónicas no transmisibles y pacientes positivos por COVID-19; finalmente, otro grupo se enfoca en la orientación de actividades específicas del primer nivel de atención, como lo son las acciones relacionadas con la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y el proceso de vacunación contra el COVID-19.

<sup>5</sup> CCSS. (2021). "675 Lineamientos y Otros documentos". Disponible en <https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/personal-salud.php>. [Acceso 12 feb. 2021].

Paralelamente Costa Rica, organizó las instituciones del sector social para articular una respuesta multisectorial a la crisis del COVID-19, desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de generar un fortalecimiento en la situación sociosanitaria de la población a nivel nacional. En el seno de dicha mesa técnica, se decidió establecer una serie de medidas para proteger a las personas más vulnerables, tal fue el caso del reforzamiento de los apoyos y transferencias monetarias para personas menores de edad, mujeres, sobre todo a las víctimas de violencia; personas con discapacidad, adultas mayores, indígenas, en situación de calle y familias en pobreza. Además, se elaboraron una serie de protocolos y estrategias para mantener el bienestar y reducir los riesgos para las poblaciones más vulnerables, como se resume en la siguiente tabla.

**Tabla 2** – Productos de la Mesa Técnica de Protección Social dirigidos a grupos poblacionales/etarios, en el marco de la pandemia por COVID-19

Grupo poblacional/etario	Productos dirigidos al abordaje de dicho grupo
Personas Adultas Mayores	Guía para el abordaje de PERSONAS ADULTAS MAYORES según riesgo ante la COVID-19, por medio de seguimiento telefónico, acompañamiento en territorio y apoyo a Hogares de Larga Estancia, el plan de abordaje para la prevención y atención de casos con diagnóstico positivo de Personas Adultas Mayores (PAM) en hogares de larga estancia, se crearon lineamientos generales para la atención diaria en Centros Diurnos, Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores
Personas en situación de discapacidad	Lineamientos generales para la atención diaria en Hogares de Larga Estancia para Personas con Discapacidad, Albergues, Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad y grupos comunales.
Población Indígena	Plan de Acción para el Abordaje del COVID-19 en los 24 territorios indígenas del país
Personas en situación de calle	Lineamientos generales para dispositivos de atención de personas en situación de calle debido a la alerta sanitaria ante el riesgo de COVID-19, se elaboró un protocolo para la atención del síndrome de abstinencia en personas con consumo de sustancias psicoactivas que requieren distanciamiento físico y lineamientos de aplicación ante la emergencia de COVID-19
Población en pobreza y pobreza extrema	Se mantuvieron las transferencias monetarias para personas en situación de pobreza, creación de transferencia monetaria para personas con orden sanitaria de aislamiento domiciliar y transferencia monetaria para cubrir los gastos funerarios por decesos relacionados con COVID-19 a familias en situación de pobreza extrema o pobreza.

Grupo poblacional/etario	Productos dirigidos al abordaje de dicho grupo
Población que reside en asentamientos informales	Se elaboró e implementó el Protocolo preparativo y de respuesta ante la COVID-19, en asentamientos informales, se dieron coordinaciones para resolver problemas de acceso a agua potable y electricidad respectivamente en asentamientos informales
Personas con afectación laboral a raíz de la pandemia por COVID-19	Se implementó el Bono Proteger que consistió en una ayuda económica temporal para personas afectadas laboralmente por la Emergencia Sanitaria
Otros	Diseño de una estrategia preventiva de desarrollo de obras para aumentar la capacidad de los cementerios municipales y creación de fosas comunes

Fuente: MTPS, 2020.<sup>6</sup>

Como se aprecia en la tabla 2, la Mesa Técnica de Protección Social se enfoca hacia la protección de los sectores de la población con una mayor vulnerabilidad, por lo que la institucionalidad optó por medidas de ajuste a lo interno o de manera interinstitucional e intersectorial para atender las demandas emergentes ante la pandemia por COVID-19 en la esfera de lo individual y de lo colectivo.

Finalmente, de forma general la estrategia de comunicación en lo relativo a la pandemia por COVID-19 ha sido liderada principalmente por el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Emergencias, quienes han enfocado sus mensajes en temas técnicos, actualizaciones informativas y el establecimiento de medidas de protección y cambios de comportamiento para evitar riesgos de infección y transmisión, principalmente mediante las conferencias de prensa transmitidas a nivel nacional.

## CONSIDERACIONES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

La conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria a la Salud (OMS, 1978)<sup>7</sup> fue el primer evento de magnitud global que reconoció la relevancia de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en los sistemas de salud. La APS se definió como asistencia esencial basada en metodologías y tecnologías prácticas, con fundamentación científica y con una buena aceptación por las sociedades; se concibió como un servicio puesto al alcance de todas

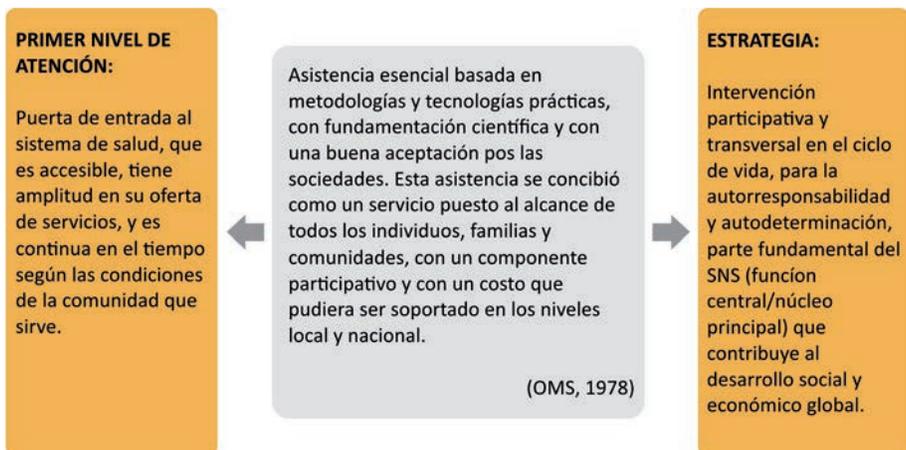
<sup>6</sup> MTPS. (2020). Prensa: Comunicados de Prensa <https://www.imas.go.cr/es/comunicados> [consulta 12 feb. 2021].

<sup>7</sup> OMS. (1978). Declaración de Alma Ata. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/alma-ata-1978declaracion.pdf> [consulta 14 feb. 2021].

las personas, familias y comunidades, con un componente participativo y con un costo que pudiera ser soportado en los niveles local y nacional. También, la APS se visualizó como una estrategia de intervención transversal en todas y cada una de las etapas del desarrollo de la persona, propiciando un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

En este sentido, la APS fue incorporada a los sistemas de salud como función central y núcleo principal, la cual contribuye al desarrollo social y económico global (OMS, 1978). Dentro de los servicios de salud, representa también el primer nivel de contacto del sistema con los individuos, con la familia y con la comunidad, para llevar de forma cercana y permanente la atención de la salud a donde viven, trabajan e interactúan las personas. Esta concepción de APS, tanto como estrategia del Sistema Nacional de Salud como de primer nivel de atención en salud, se representa en la Figura 1 a continuación.

**Figura 1** – Conceptualización de la Atención Primaria en Salud como estrategia y como primer nivel de atención.



Fuente: Escuela de Salud Pública, 2020.<sup>8</sup>

Este concepto de APS fue aprobado hace 40 años por 140 países participantes (OMS, 1978), sin embargo, pocos países han logrado establecer las políticas sanitarias necesarias para incluir la APS en sus Sistemas de Salud en esas dos dimensiones; a pesar de que la evidencia demuestra que los países que han optado por hacerlo efectiva, han logrado una

<sup>8</sup> Escuela de Salud Pública. (2020). "Atención Primaria en Salud: reflexiones del camino recorrido para afrontar los retos futuros". Disponible en [http://saludpublica.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2020/09/folleto\\_atencionprimaria.pdf](http://saludpublica.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2020/09/folleto_atencionprimaria.pdf). Acceso el 14 feb. 2021].

mayor equidad en la salud y en la distribución de la atención (Starfield, 2012)<sup>9</sup>, como es el caso de Costa Rica, donde el aumento en la equidad en el acceso a los servicios desde las comunidades con un enfoque de atención integral, ha tenido un impacto en los años potenciales de vida perdidos los cuales disminuyeron, más en el quintil más pobre de la población (Rosero-Bixby, 2004; Morera-Salas, 2009; Vargas, Muiser, 2013)<sup>10</sup>.

Otro aspecto importante que se obtiene de esta estrategia de salud es que, la atención centrada en las personas, familias y comunidades que se lleva a cabo por los equipos de APS, genera una mejora en la calidad del servicio, y por lo tanto también influye en el buen desempeño de todo el sistema de salud. Los equipos de APS están preparados para afrontar diferentes situaciones de salud y necesidades de las personas con los recursos disponibles; también proporcionan beneficios únicos que no ofrece ninguna otra especialidad médica, ya que son el primer contacto con la persona, la atención es centrada en las personas, existe continuidad de esta y además se encarga de coordinar con otros niveles de atención, con su entorno y con su comunidad (Starfield, 2012).

Actualmente, los Sistemas de Salud de América Latina, enfrentan retos y desafíos epidemiológicos como el aumento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), una población que envejece, la violencia y las crisis económicas, entre otros; en este escenario, la realidad de Costa Rica no es la excepción (Macinko, Montenegro, Adell, Nebot-Adell; 2007)<sup>11</sup>. Por estos motivos, es esencial renovar y mejorar la APS para afrontar los problemas de salud actuales y futuros, que permitan una sostenibilidad de nuestro Sistema de Salud.

Durante el 2018 y 2019, cuando un grupo de investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, junto con expertos nacionales, se propuso reflexionar sobre los aportes de la APS en Costa Rica, a partir de la construcción de una metáfora para dar

<sup>9</sup> Starfield, B. (2012). "Primary care an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services". SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria, 26, p.20-26, doi: 10.1016/gaceta.2011.10.009. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-28>

<sup>10</sup> Rosero-Bixby, Luis. (2004). "Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental". Revista Panamericana de Salud Pública, 94–103.

Morera-Salas, Melvin. (2009). "Distribución geográfica del recurso humano en atención primaria en Costa Rica: equidad y convergencia regional". Revista costarricense de salud pública, 66–71.

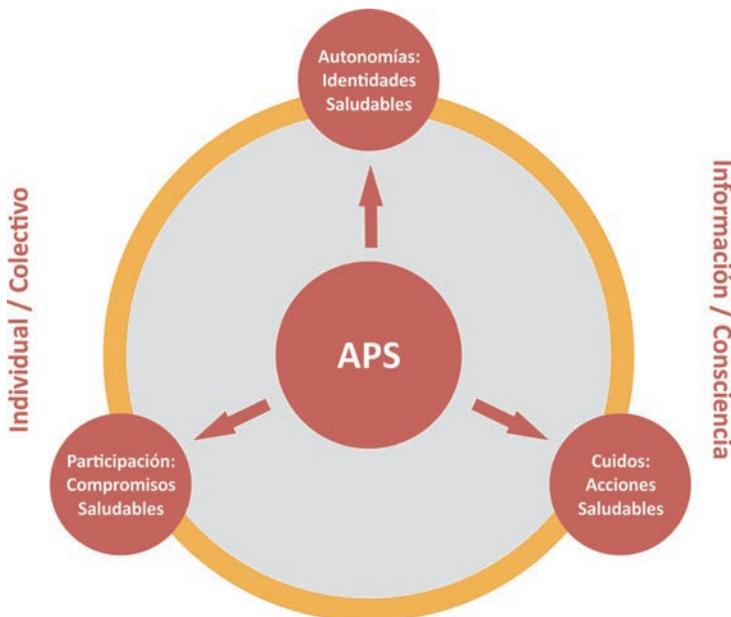
Vargas, J.R; Muiser, J. (2013). "Promoting Universal Financial Protection: A Policy Analysis of Universal Health Coverage in Costa Rica (1940–2000)". Health Research Policy and Systems 11: 28. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-28>. Acceso el 14 feb. 2021

<sup>11</sup> Macinko, J; Montenegro, H; Nebot-Adell, C. (2007). "La renovación de la Atención primaria en las Américas". Revista Panamericana de Salud Pública, 21, 2-3.

cuenta del significado de la APS más allá de lo conceptual, sino en el significado para las personas profesionales de la salud, para el propio sistema de salud, las comunidades y la ciudadanía. Esta metáfora es la que guiará las reflexiones con lo actuado por el país durante el primer año de la pandemia del COVID-19 (Escuela de Salud Pública, 2020).

La metáfora de la transformación del sistema de salud costarricense y la APS, creada por este equipo de investigación, reconoce que la salud es tanto una construcción individual como colectiva. Históricamente, entrelazada a tres conceptos o acciones del ser humano y de su vida en sociedad, éstas son: la autonomía, el cuidado y la participación que a su vez contribuyen al bienestar, plenitud y realización de las personas y grupos poblacionales, en un proceso continuo y progresivo de construcción de su salud. Es así como la metáfora busca representar los pilares que tuvo la APS en la memoria histórica costarricense y que se considera deben ser retomados y repensados para enfrentar los retos actuales; una síntesis de esta metáfora se presenta en el Figura 2.

**Figura 2** – La Metáfora de la transformación del Sistema de Salud costarricense y la APS



Fuente: Escuela de Salud Pública, 2020.

El volver la mirada a esa esencia de la APS costarricense, brinda la oportunidad de afianzar la planificación, la gestión y la práctica, partiendo de las fortalezas y los éxitos para

enfrentar los retos que se presentan en el escenario de la Salud Pública de Costa Rica en Siglo XXI y, especialmente, en el periodo post-pandemia COVID-19 con todos los retos que esto acarreará.

Para profundizar en las reflexiones que genera la metáfora, cabe resaltar que **la autonomía en la metáfora es concebida como la capacidad para construir identidades saludables, lo que implica posibilidades de decidir y actuar**, esto según un sistema de convicciones, valores y deseos. En este sentido, la construcción de autonomía individual genera una lucha en la cual la persona aspira a ser la autora del propio mundo, para poder crear los propios significados y buscar alternativas según el contexto, la cultura y la vida cotidiana bajo el principio del derecho de elección y decisión (León-Correa, 2006; Menezes, Carvalho, 2008; Kühler, Jelinek, 2010; De Montalvo, 2014)<sup>12</sup>. Al reflexionar sobre la relación de la autonomía con la salud de las personas y de las poblaciones, se entiende como un componente inherente de la identidad, al entender la autonomía como derecho y como capacidad de cada persona de tomar control del propio proceso de salud-enfermedad (Menezes, Carvalho, 2008; Kühler, Jelinek, 2010; Collière, s.f.). Según lo anterior, se considera que gracias a la autonomía se posibilita la construcción propia de los procesos de salud, en los que cada persona en su ámbito individual, así como en los colectivos a los que pertenece, crean y producen conocimiento en salud, por lo que podría decirse que la autonomía genera cohesión, pasando de la individualidad a la interrelación y a la solidaridad, pudiendo crear así procesos de empoderamiento y emancipación.

La acogida del otro con compasión y respeto son fundamentales en nuestra propia construcción moral. La Atención Primaria a la Salud (OMS, 1978), según la Declaración de Alma Ata, busca construir y reforzar esta autonomía en los sujetos y en las comunidades; como se plantea desde sus principios, busca generar herramientas para que las personas gestionen su salud y se ejerza una influencia positiva en aquellos determinantes de la salud sobre los cuales puede haber modificaciones desde lo colectivo.

En el contexto del COVID-19 (y en el periodo post-pandemia), esta autonomía para la construcción de identidades saludables resulta fundamental, no solamente para la

<sup>12</sup> León-Correa, F. (2006). *“Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva”*. *Biomedicina*, 2 (3), 257-260.

Menezes de Oliveira e Paiva, Vera Lúcia; Carvalho Fidelis Braga, Junia. (2008). *“The complex nature of autonomy”*. *DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*, v.24, n.esp, pp.441-468.

Kühler, Michael; Jelinek, Nadja. (2010). *“Autonomy and the Self. Preprints of the Centre for Advanced Study in Bioethics:”* Universität Münster. Disponible en [https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegruendung/intern/publikationen/kuehler/10\\_k\\_hler\\_-\\_autonomy\\_and\\_the\\_self.pdf](https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegruendung/intern/publikationen/kuehler/10_k_hler_-_autonomy_and_the_self.pdf). Acceso el 29 set. 2018.

Collière. M. (2009). *“Promover la vida”*. Segunda ed. México: MacGraw Hill.

interiorización y acatamiento de las medidas sanitarias recomendadas por las autoridades nacionales e internacionales desde la convicción, información y decisión voluntaria, sino para la protección del bienestar desde un punto de vista de la salud en su integralidad.

**El cuidado, por su parte, es concebido como la capacidad de construir acciones saludables.** Cuidarse, cuidar y ser cuidado, han sido a través de los siglos procesos indispensables para la supervivencia del ser humano y de la vida en comunidad. La evolución del cuidado está estrechamente ligada al concepto salud – enfermedad. Según Collière (2009), cuidar implica el mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para vivir y sobrevivir, pero que son diversas en su manifestación.

Para analizar los cuidados, debe partirse del modo en el que se utilizan los recursos que nos rodean y debe tomarse en cuenta que cuando estas prácticas se perpetúan a través de los años, generan ritos y creencias en las personas que se adoptan de una generación a otra, moldeando la forma en que se entiende y se vive la salud. Según la teoría filosófica de Jeane Watson (Urta, Jana, García; 2011)<sup>13</sup>, los cuidados en sanidad deben focalizarse en un acompañamiento sensible, pero también responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. Esto remite a que los cuidados sean contextuales a la época, la geografía, o las necesidades de una población o de un individuo, por lo tanto, requieren de un conocimiento del ambiente que les rodea.

Los factores caritativos de los cuidados coinciden con muchos aspectos esenciales de la APS, ya que se valora a cada individuo de forma integral, tomando en cuenta no sólo los aspectos biológicos sino también psicosociales y ambientales, indispensables para el mantenimiento de la salud en nuestras comunidades. Podemos destacar también, la postura de Watson al considerar que el cuidado no es sólo curar o medicar, sino más bien integrar el conocimiento biomédico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. También, involucra el concepto de autonomía en salud mencionado previamente, pues la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa, lo que permite al individuo elegir la mejor opción en un momento preciso.

Por lo tanto, la autonomía está estrechamente ligada al cuidado en salud, pues cada persona tiene el derecho de elegir sus opciones terapéuticas y estilos de vida, sociales de la salud; sin embargo, es también responsabilidad de cada individuo el tomar decisiones informadas y conscientes sobre su salud, sin que esto afecte a otras personas. En

---

<sup>13</sup> Urta, E; Jana, A; García, M. (2011). “*Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales*”. Ciencia y enfermería XVII (3). 11-22.

el contexto de la pandemia por COVID-19, este cuidado es básico en la medida en que esta noción del auto-cuido para también cuidar a lo demás, sobre todo cuando se trata de familiares o seres queridos, ha sido utilizado positivamente como parte del discurso científico y mediático sobre la protección ante el riesgo de contagio. Además, siendo que los cuidados materializan el conocimiento científico en los comportamientos, es que resulta fundamental no solamente que estos conocimientos existan y se pongan al alcance de las personas de forma oportuna y accesible, sino también que los gobiernos puedan manejar la ola recurrente de *fake news* que viene en aumento en los últimos años, y de la cual la pandemia por COVID-19 no ha podido escapar.

Por su parte, **la participación se concibe como el compromiso en la construcción del bienestar colectivo**, supone un acto -consciente o inconsciente- de aportar con ideas o acciones, lo que conlleva de alguna manera a un tipo de vinculación. Esta vinculación puede tener una carga de identificación y compromiso en el tiempo por parte de las personas que forman parte del acto, o bien, de obligatoriedad u obediencia en un acto muy específico que permite legitimar una decisión construida y tomada por pocos, pero que precisa contar con el aval de las mayorías antes de empezar a ejecutarse.

La conferencia de Alma Ata, en su momento, la consideró en términos de la población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud, pues el fin de todo programa de organización y desarrollo comunitario consiste en capacitar a las poblaciones para que logren resolver sus problemas por sus propios medios y, por lo tanto, logren mejorar sus condiciones y calidad de vida (Menéndez, 1998)<sup>14</sup>. Cuando una colectividad forma parte del proceso de atención en salud, toma fuerza la corresponsabilidad y la cogestión en el proceso, así como en su desarrollo, pues ya no se trata únicamente de dar un parecer sobre cómo actuar y con cuáles recursos, lo que es equivalente a dejar la responsabilidad en manos de algunos: los prestatarios de servicios. Para trascender esta postura dominante, debe realizarse una asignación de roles, donde se prepare a la población involucrada, se desarrolle un debido proceso de consulta y de toma de decisiones, sobre todo cuando se trata de programas estandarizados.

En el caso de la pandemia por COVID-19, esta dimensión de la participación también ha sido fundamental en el control y prevención del riesgo. Desde el nivel local, con la creación de Comités Municipales de Emergencia, con participación del Gobierno Local, de la sociedad civil y de representantes institucionales del sector público, así como del

<sup>14</sup> Menéndez, E; Spinelli, H. (2006). Participación social ¿para qué?. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-273-1.

sector privado en caso de que hayan forjado alianzas en este sentido, han sido la base del Modelo de Corresponsabilidad “Costa Rica Trabaja y Se Cuida”, el cual ha buscado reforzar la noción de autorresponsabilidad por parte de los actores y actrices a nivel comunitario y estimular al mismo tiempo la toma de decisiones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en este caso del COVID-19, en los escenarios comunitarios del país.

Ahora bien, desde marzo del 2020 y ante la confirmación de casos importados de COVID-19 y posteriormente de transmisión comunitaria, brotes aislados y extensión de la pandemia, el país ha establecido diversas medidas para prepararse, mitigar y atender la crisis sanitaria, las cuáles vale la pena rescatar en la lógica de la metáfora y sus 3 componentes.

**Tabla 2** – Acciones desplegadas a la luz del COVID-19 por Costa Rica, según los componentes de La Metáfora de la transformación del Sistema de Salud costarricense y la APS

Componentes de la metáfora y aspectos medulares	Acciones desplegadas por Costa Rica a la luz del COVID-19
<p>Autonomía como construcción de identidades saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Poder decidir y actuar</i></li> <li>• <i>Derecho a la salud</i></li> <li>• <i>Realización vrs medicalización de la vida</i></li> <li>• <i>Identidad</i></li> </ul>	<p><b>Acciones gubernamentales:</b> confinamiento, aislamiento, cuarentena, permanecer en casa, teletrabajo. Apertura exclusiva de establecimiento de salud y primera necesidad ciertos días. Directriz de atención para todos los habitantes del territorio nacional ante sospecha de COVID-19, información diaria de casos y fallecidos. Algunas consecuencias reportadas son la pérdida de empleos y aumento de la informalidad laboral. Medidas de restricción vehicular.</p> <p><b>Acciones de los gobiernos locales y la sociedad civil:</b> establecimiento de albergues para cuidado de personas en condición de calle, entrega de diarios de alimentos a personas condición de pobreza, campañas de información y distribución de kits de limpieza.</p> <p><b>Acciones de las universidades:</b> Desarrollo de investigación sobre el virus e innovaciones de tratamiento y equipo de primera necesidad. Participación en mesas técnicas instauradas en el marco del Centro de Operaciones de la Emergencia.</p> <p><b>Observación:</b> a doce meses de iniciadas las medidas se observa un agotamiento y cansancio de la población por las restricciones, los sectores productivos presionan por retorno a la nueva normalidad. También, se observa una sanción social al estar contagiado lo que lleva a ocultar información de contacto laboral o familiar para evitar cuarentena o licencia por enfermedad, Poco a poco se expresa un rechazo a las medidas de restricción vehicular.</p>

Componentes de la metáfora y aspectos medulares	Acciones desplegadas por Costa Rica a la luz del COVID-19
<p>El cuidado como construcción de acciones saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Atención de Necesidades</i></li> <li>• <i>Integralidad</i></li> <li>• <i>Curso de Vida</i></li> <li>• <i>Concepto de salud</i></li> </ul>	<p><b>Acciones gubernamentales:</b> confinamiento, aislamiento, cuarentena, permanecer en casa, teletrabajo. Mensaje en medios de comunicación social para el lavado de manos, protocolo del estornudo, uso de mascarilla obligatorio en lugares públicos, centros de trabajo y medios de transporte colectivo/compartido a partir de setiembre del 2020. Subsidio por pérdida de empleo. Preparación de atención en cuidados intensivos y suspensión de visitas domiciliarias.</p> <p><b>Acciones de los gobiernos locales y sociedad civil:</b> establecimiento de albergues y protocolo para cuidado de personas en condición de calle, entrega de diarios de alimentos a personas condición de pobreza. Implementación y fiscalización del cumplimiento del Modelo Costa Rica Trabaja y se Cuida.</p> <p><b>Acciones de las universidades:</b> Desarrollo de investigación sobre el virus e innovaciones de tratamiento y equipo de primera necesidad. Participación en mesas técnicas instauradas en el marco del Centro de Operaciones de la Emergencia.</p> <p><b>Observación:</b> El hogar se ha convertido en un espacio laboral, con límites domésticos borrosos o confusos, además de que ha obligado a muchas personas trabajadoras a asumir los costos de acondicionar la "oficina en el hogar". La simultaneidad de lo laboral y el cuidado de diversos miembros de la familia, así como apoyo a las tareas escolares y domésticas ha recaído mayoritariamente en las mujeres.</p> <p>La visita domiciliar para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades se mantuvieron suspendidas. En la actualidad se realizan llamadas por teléfono con enfoque de riesgo. Continúan suspendidas las visitas de familiares a los hogares de estancia de personas adultas mayores; así como la restricción a la visita a adultos mayores o con condiciones de riesgo en sus hogares.</p> <p>Se ha documentado suspensión o retraso en la atención de ciertos procedimientos de seguimiento para enfermedades crónicas, incluidas el cáncer. Predomina un enfoque hacia la atención de los casos graves y la notificación de enfermos y fallecidos con COVID 19 y se han colocado en un segundo nivel de prioridad actividades de índole comunitarias y extramuros por parte de los equipos de APS.</p>

Componentes de la metáfora y aspectos medulares	Acciones desplegadas por Costa Rica a la luz del COVID-19
<p>Participación como la construcción del bienestar colectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Toma decisiones</i></li> <li>• <i>Múltiples subsistemas de salud</i></li> <li>• <i>Corresponsabilidad en la respuesta</i></li> <li>• <i>Organización y Gobernanza</i></li> </ul>	<p><b>Acciones gubernamentales:</b> ha predominado un accionar de la institucionalidad pública con un involucramiento heterogéneo en todo el país por parte de los gobiernos locales como responsables del territorio. Los medios de comunicación se han sumado a transmitir las directrices emanadas desde las instancias sanitarias y de gobierno.</p> <p><b>Acciones de los gobiernos locales y sociedad civil:</b> los municipios reclaman participación en la implementación de medidas que afectan sus territorios. Si bien la implementación del Modelo “Costa Rica Trabaja y se Cuida” ha sido heterogénea en todo el país, han surgido estrategias innovadoras y exitosas como el uso de galardones o reconocimientos de espacios seguros ante el COVID-19 para motivar a tanto a las personas propietarias como a las usuarias.</p> <p><b>Observaciones:</b> la gobernanza sanitaria de la pandemia ha recaído sobre el sistema de emergencias y desastres, con una centralización fuera del sector salud.</p>

Fuente: Elaboración propia.

A raíz de lo descrito anteriormente, surge la pregunta ¿cuál es o ha sido el rol de la APS en el abordaje de la emergencia por COVID-19?, la respuesta a esta interrogante no es sencilla, sin embargo, parece que el quehacer del primer nivel de atención se ha delimitado en actividades intramuros, con una disminución de la atención presenciales y un aumento en el acompañamiento telefónico como mecanismo de seguimiento para las personas con ECNT que requieren un seguimiento y monitoreo según las normas institucionales; este ajuste en los procesos de trabajo en el primer nivel de atención podría estar respondiendo a una protección de las personas trabajadoras de la atención primaria ante un posible contagio.

En el curso de la pandemia, un riesgo latente que debe abordarse se relaciona con el creciente incumplimiento del distanciamiento social, el uso de máscaras faciales (también llamadas “caretas”), el aislamiento domiciliar, la cuarentena, la restricción vehicular según número de placa y franja horaria y otras restricciones voluntarias de movimiento que podrían conducir a la reaparición incontrolada de infecciones. Lo anterior, puede estar relacionado con el cansancio por parte de la ciudadanía a casi 12 meses de implementadas las medidas citadas así como a una modificación en la percepción del riesgo, donde día a día puede estarse considerando menos amenazante un eventual contagio de COVID-19. Todo esto, sin duda es una bomba de tiempo que más allá de moldear los comportamientos diarios de las personas ante la presencia del virus SARS-cov2, puede ser determinante en futuras dinámicas

epidemiológicas y sociales en el caso de nuevas olas de contagio y sus implicaciones para el país.

## REFLEXIONES FINALES

La pandemia está lejos de terminar en el mundo y en nuestra región; América Latina se verá gravemente afectada por la crisis económica mundial que seguirá a la pandemia debido a la disminución de la actividad económica con los principales socios comerciales, China por ejemplo, la caída de los precios de las materias primas, la interrupción de las cadenas de valor mundiales y regionales, una fuerte caída de la demanda para el turismo, y mayores salidas de capitales de la región debido a la aversión al riesgo en los mercados financieros. No podemos ignorar otros impactos en la salud pública, como el posible aumento de los embarazos no deseados, los problemas de salud mental y la violencia doméstica, ni el deterioro de las condiciones crónicas debido a una respuesta tardía o ausente por parte de los sistemas de salud que ya de por sí se encuentran sobrecargados con la atención de la emergencia. Otro riesgo se relaciona con la posible propagación de las infecciones por SARS-CoV-2 a las poblaciones indígenas, especialmente a los grupos aislados geográfica, como es el caso de la Amazonía, evidenciando con mayor agudeza brechas de equidad en salud que se han consolidado históricamente y que ameritan hoy mas que nunca un compromiso y una respuesta desde un enfoque de Derechos Humanos.

Junto con las medidas de aislamiento, las personas han tenido que enfrentar un gran desafío de acostumbrarse a la “nueva normalidad”, como lo es una menor convivencia con familiares, un manejo diferente de los tiempos y espacios de lo familiar, del aprendizaje y de lo laboral, así como con la falta de espacios sociales y para practicar actividad física, los ajustes para la implementación masiva de la modalidad de teletrabajo junto con las adaptaciones en el hogar que este conlleva, entre muchos otros cambios. Literatura especializada en salud pública muestra que el aislamiento puede representar un alto riesgo para la salud, con efectos como la irritabilidad y estrés durante la cuarentena, y otros de largo plazo como depresión y abuso de sustancias hasta tres años después del confinamiento<sup>15</sup>.

Sin duda el impacto del COVID-19 ha confirmado que, si bien hay un factor biológico importante (el virus y tratamientos farmacológicos), han sido los factores psicológicos y sociales lo que han transformado la realidad. El avance acelerado y su impacto en la vida cotidiana de las personas, familias, comunidades y sociedad en general, ha evidenciado una urgente necesidad de que desde las ciencias del comportamiento humano se puedan generar

<sup>15</sup> BID. (2020). “La economía del comportamiento puede ayudar a combatir el coronavirus”. Disponible en <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-economia-del-comportamiento-puede-ayudar-a-combatir-el-coronavirus.pdf> . Acceso el 19 feb. 2021.

intervenciones y apoyos a las personas de forma individual pero sobre todo colectiva, con el objetivo de afrontar una crisis sanitaria de escala global; no es ajeno para los equipos de respuesta a emergencias por desastres naturales, eventos bélicos o crisis sanitarias el considerar las variables y/o consecuencias psicológicas que pueden incidir en la primera respuesta y la fase de recuperación de una emergencia<sup>16</sup>.

En el caso de la emergencia por la pandemia COVID-19, el gran problema ha estado vinculado al comportamiento de las personas, la necesidad de cambios en los modos de vida habituales/tradicionales; dicho comportamiento, estrechamente ligado al conocimiento, a las emociones y a factores sociales y culturales, debe ser centro de atención y discusión en los análisis que se hagan a futuro en el marco de la pandemia por COVID-19, tanto en las campañas de prevención como en aquellas de promoción de la salud. Esto es altamente viable de realizar sobre todo por la cantidad de información con la cual se cuenta sobre los procesos psicológicos involucrados en el COVID-19 y con evidencias disponibles, lo cual debe ser un insumo de peso para los tomadores de decisión<sup>16</sup>.

En este escenario, la Atención Primaria en Salud se constituye en un eslabón fundamental para los sistemas de salud, siendo el nivel de atención con mayor cercanía con las comunidades, desde donde se pueden generar procesos y estrategias altamente efectivas, con alta aceptación cultural y costos asequibles para garantizar la autonomía, el cuidado y la participación de la población en la el marco de la pandemia, post pandemia y más allá de ella, en la construcción y vivencia de su salud de forma integral, pues como es bien sabido, las necesidades en salud en tiempos de COVID-19 no han disminuido, sino que se han multiplicado, agudizado y complejizado.

En este sentido, se identifica una necesidad urgente de reforzar las acciones que promuevan una transformación de los comportamientos, para lo cual se requieren estrategias de comunicación claras, de la mano con estrategias comunitarias, con alta participación e involucramiento de las personas para lograr un impacto en el comportamiento, empoderamiento, con un alto sentido auto y corresponsabilidad en las acciones diarias para disminuir el riesgo de contagio y promover la salud de forma integral ante las múltiples amenazas. Estas intervenciones podrían estar lideradas por el personal del primer de atención mediante estrategias de Atención Primaria en Salud.

En el caso de las medidas establecidas por la CCSS, si bien el abordaje llevado a cabo por el primer nivel de atención ha estado enfocado en la caracterización del accionar de

---

<sup>16</sup> Urzúa, A; Vera-Villaroel, P; Caqueo-Úrizar, A; Polanco-Carrasco, R. (2020). “*La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19: Aportes desde la evidencia inicial*”, TERAPIA PSICOLÓGICA, 38(1), pp. 103–118.

ciertos perfiles profesionales, se identifica un reto importante por abordar en el momento post pandemia, el cual corresponde a las acciones con proyección comunitaria, las cuáles podrían venir a fortalecer el accionar institucional con el fin de fortalecer los comportamientos saludables de la población, más allá de prevenir el riesgo de contagio, puedan también aportar en la promoción de la salud integral de las personas en su vida cotidiana.

Retomando la reflexión de la metáfora, entendiendo que la esencia de la autonomía es la autogestión, la del cuidado la protección y la de la participación la cogestión; todas ellas con un potencial en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y de prevención del riesgo ante el COVID-19, puede concluirse que la conjugación de estas tres aristas puede servir como punto de partida para el análisis de las acciones desde la Atención Primaria en Salud en tiempos de emergencia nacional por la pandemia a raíz del COVID-19 y al mismo tiempo dar luces sobre mejoras en los procesos de diseño, ejecución, implementación y evaluación de las estrategias de APS en el primer nivel de atención (pero también de forma transversal) del Sistema de Salud Costarricense de cara al 2021 y al periodo post pandemia, sobre todo por los ajustes a los cuales deberá someterse la comunidad global ante la nueva normalidad y la transformación en los comportamientos que se vuelven hoy más necesarios que nunca.



## Atención Primaria de Salud en Chile durante la pandemia por COVID-19: Errores, aprendizajes y desafíos

María Soledad Barría Iroumé<sup>1</sup>

Alicia Arias-Schreiber<sup>2</sup>

### RESUMEN

En Chile, el sistema de salud se caracteriza por ser mixto, fragmentado e inequitativo en la distribución de sus recursos. El 78% de la población se atiende en el sistema público de salud, el que se encuentra articulado en redes basadas en atención primaria de salud, de elevadas cobertura y dispersión territorial.

Con la emergencia de la pandemia COVID-19, la autoridad gubernamental en salud, centró la estrategia de respuesta en el rápido aumento de la capacidad de testeo, la reconversión de infraestructura hospitalaria para la disposición de un mayor volumen de camas críticas, así como la oportuna importación de ventiladores mecánicos, relegando acciones eficaces de carácter epidemiológico para contener la transmisión del virus.

Por su parte, la atención primaria fue considerada sólo para la campaña de inmunización anti-influenza, quedando desprovista de recursos, atribuciones, información e instancias de coordinación para la realización de actividades contingentes. Éstas se fueron desarrollando de forma autónoma, cubriendo el espectro de acciones de investigación epidemiológica de campo como los estudios de casos y contactos; la reconversión de su infraestructura y

---

<sup>1</sup> Médica Sanitarista y Académica del Departamento Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Médica Sanitarista y Académica del Departamento Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

funcionamiento para dar respuesta a la contingencia sanitaria y la continuidad de actividades esenciales priorizadas; así como el fortalecimiento de instancias de teleasistencia; y la coordinación intersectorial para un abordaje integral de la crisis sociosanitaria. No obstante, la coordinación con las redes comunitarias, las que también desplegaron un robusto cuerpo de acciones integrales de autoatención, no tuvo suficiente alcance.

Tres meses después de iniciada la emergencia sanitaria, la autoridad sanitaria reconoció el rol del primer nivel de atención, dotándolo de algunos recursos y condiciones para potenciar sus actividades. Quedan como desafíos pendientes, el refinamiento sostenido de éstas en el tiempo, el reinicio progresivo de la cartera de servicios habitual no priorizados en pandemia, así como la protección de carácter biopsicosocial del bienestar de sus trabajadores/as.

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo se basa en la conferencia dictada en el marco del VI Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global, en la mesa “Desarrollo sostenible y salud global: los desafíos de la igualdad y la equidad para la región”, el 29 de Octubre del 2020. Agradecemos a la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG) y a FIOCRUZ Brasil, los organizadores, su contribución en la generación de este fecundo espacio; así como a las y los participantes del mismo, que a través de su labor nos han permitido reflexionar en conjunto, y con una mirada Latinoamericana y del Caribe, acerca de los desafíos de salud en la región.

Cabe señalar que tanto la presentación como este artículo están planteados desde la perspectiva de una Universidad Pública, como es la Universidad de Chile, y en particular, de su Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Esta posición, y el estrecho vínculo formado con establecimientos de atención primaria de Santiago de Chile, en particular, y de otras regiones del país en general, alimentan las ideas que exponemos a continuación.

En el siguiente acápite esbozaremos un breve resumen acerca del sistema de salud chileno, para luego aproximarnos a cómo éste ha articulado sus respuestas ante la pandemia y luego analizar algunos retos para la atención primaria.

## SISTEMA DE SALUD CHILENO: AL SUR DEL MUNDO Y A LA VANGUARDIA DE LA DESIGUALDAD.

Chile cuenta con 19,5 millones de habitantes, una expectativa de vida de 80 años<sup>3</sup> y un Índice de Desarrollo Humano de 0.851<sup>4</sup>. Estos indicadores macro positivos, coexisten con altos niveles de desigualdad, aproximados por un Índice de Gini de 0.501<sup>5</sup>, el segundo más elevado de los países de la OCDE (OCDE, 2018) y también con una alta segmentación territorial, como veremos más adelante.

En materia de Salud, tras la imposición de la Constitución de Pinochet de 1980, se rompió la seguridad social, y se abrió la posibilidad a que las personas con mayores ingresos, coticen su 7% de la seguridad social en una institución previsional privada, llevando a un sistema mixto no integrado. El sector más rico, joven y sano de la población se encuentra hoy en día afiliado a este sistema privado llamado ISAPRE, que atiende al 14.4% de la población. El restante 78% de la población, se encuentra cubierto por el Sistema Público de Salud, con un elevado nivel de cobertura (al igual que Costa Rica). El gráfico 1 permite tener una imagen clara de la importante segmentación socioeconómica existente entre ambos sistemas.

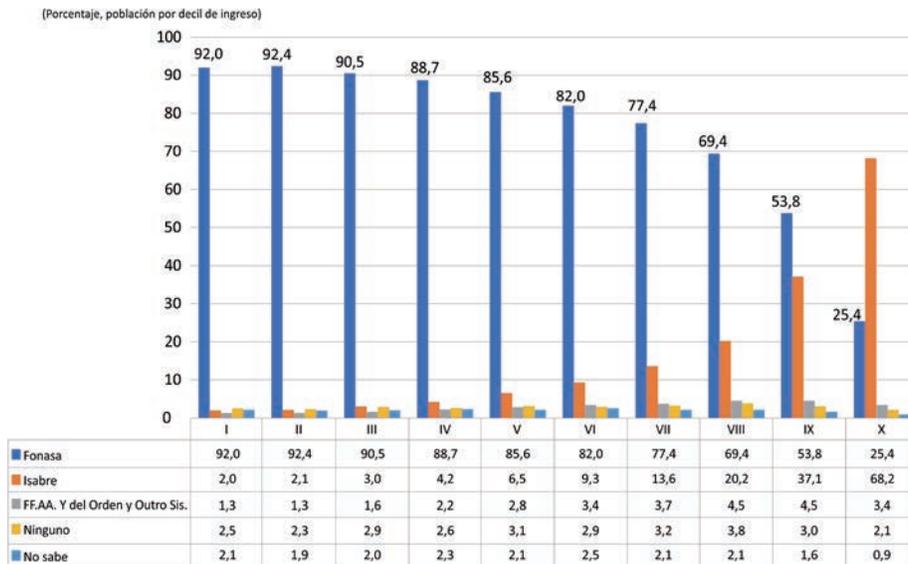
---

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. (2019). “Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas”. Indicadores Básicos 2019: Tendencias de La Salud En Las Américas, 18–28. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>

<sup>4</sup> UNDP. (2020). “Human Development Report 2020, The Next Frontier: Human Development and the Anthropocene”, Briefing note – Myanmar.

<sup>5</sup> Ministerio de Desarrollo Social. (2018). “Encuesta de Caracterización Socioeconómica”. In Ministerio de Desarrollo Social (pp. 1–84).

**Gráfico 1 – Distribución de la población según situación da afiliación a sistema previsional de salud por decil de ingreso autónomo per cápita del hogar**



\* Al 95% de confianza, las diferencias por decil de ingreso autónomo per cápita el hogar SON significativas para afiliados a “Fonasa” y para afiliados a “Isapre”, con excepción de las estimaciones de los deciles I y II. En el caso de los afiliados a “FF.AA. y del Orden y a Ostro sistema” las diferencias por decil de ingreso son significativas con excepción de las diferencias entre los deciles, I y II, I y III, II y III, IV y V, V y VI, V y VII, V y X, VI y VII, VI y X, VII y VIII, VII y IX, VII y X, VIII y IX. Finalmente, no se encuentran diferencias significativas al 95% de confianza en la proporción de personas sin Ningún sistema previsional de salud, con excepción de las diferencias entre los deciles I y VII, II y III, II y V, II y VI, II y VII, II y VIII, II y IX, III y X, V y X, VI y X, VII y X, VIII y X, IX y X.

\* Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

Fuente: Resultados Salud: CASEN 2017

Además de la discriminación por ingresos y riesgos, el sistema privado recauda más de la mitad del gasto público en salud, para costear la atención curativa y recuperativa de ese 14.4% de población con menores necesidades sanitarias y para engrosar sus pródigas utilidades.

En Chile existe una historia de Atención Primaria de Salud (APS) robusta y de larga trayectoria, incluso antes de Alma Ata (1978). Esto permite que hoy exista un fuerte desarrollo de redes sanitarias basadas en APS, que brinda servicios a este 78% de la población (o más precisamente, elementos de promoción y prevención universales, y de recuperación para cerca del 80% más pobre y con mayor carga de enfermedad de la población). Así, el entramado de la red sanitaria cuenta con una estructura de más de 2000 establecimientos de

atención primaria<sup>6</sup>, con cierto grado de matices organizativos y funcionales, y relativamente pocos hospitales complejos (83 establecimientos, 59 de Alta Complejidad) que se articulan en 29 Servicios de Salud territoriales a lo largo del país.

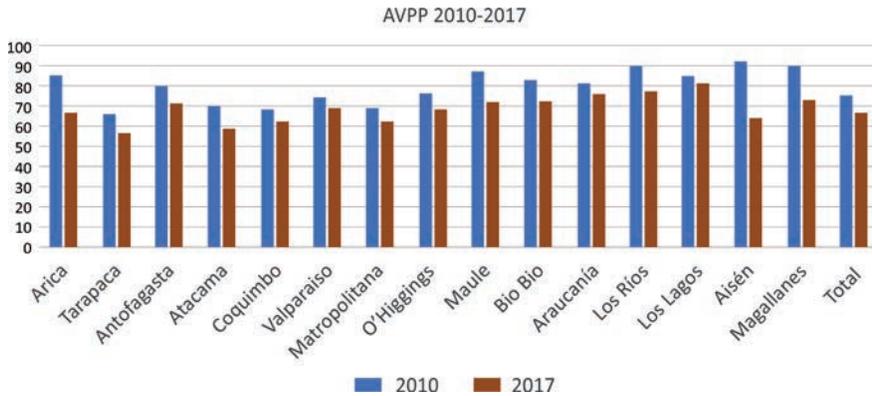
La administración del sistema sanitario público es descentralizada, siendo la de la atención primaria de carácter municipal (alcaldías o comunas) y coordinada por los Servicios de Salud regionales respectivos. En este nivel de atención, los cuidados se organizan a través de un “Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria”, que cautela que éstos sean integrales, gocen de continuidad y se encuentren centrados en las personas, sus familias y comunidades<sup>7</sup>. Cada centro de salud se encuentra a cargo de la salud de una población asignada, y se espera que sea un dispositivo más de la red comunitaria, interactuando estrechamente con el territorio en que se emplaza y su comunidad. A pesar de que esta forma de organización en gran medida traduce las aspiraciones propuestas en Alma Ata, desafortunadamente todavía hoy contamos en APS con una mirada de programas verticales de salud, que se ejecutan pese a la existencia de equipos multidisciplinares altamente calificados en los establecimientos de APS y que contradicen la ambición de involucrar la participación comunitaria en la planificación y entrega de los cuidados. A su vez, la participación comunitaria, aunque es mandatada para ser cumplida en los Centros de Salud Familiar, todavía reviste un carácter consultivo. Con todo, pese a sus limitaciones, esta estructura y funcionamiento del sistema público han logrado mejorar los indicadores de salud del país, y también corregir los indicadores de desigualdad.

---

<sup>6</sup> Departamento de Estadísticas e Información Sanitaria.(2021) (n.d.). “*Listado de Establecimientos*” DEIS. Retrieved March 24, 2021, from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/Listado-establecimientos-DEIS.pdf>

<sup>7</sup> Ministerio de Salud. (2013). “*Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*”. Dirigido a equipos de salud. In Minsal. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>. Acceso feb de 2021.

**Gráfico 2 – Años de vida potencial perdidos (AVPP)\* en cada Región, Chile 2010-2017**



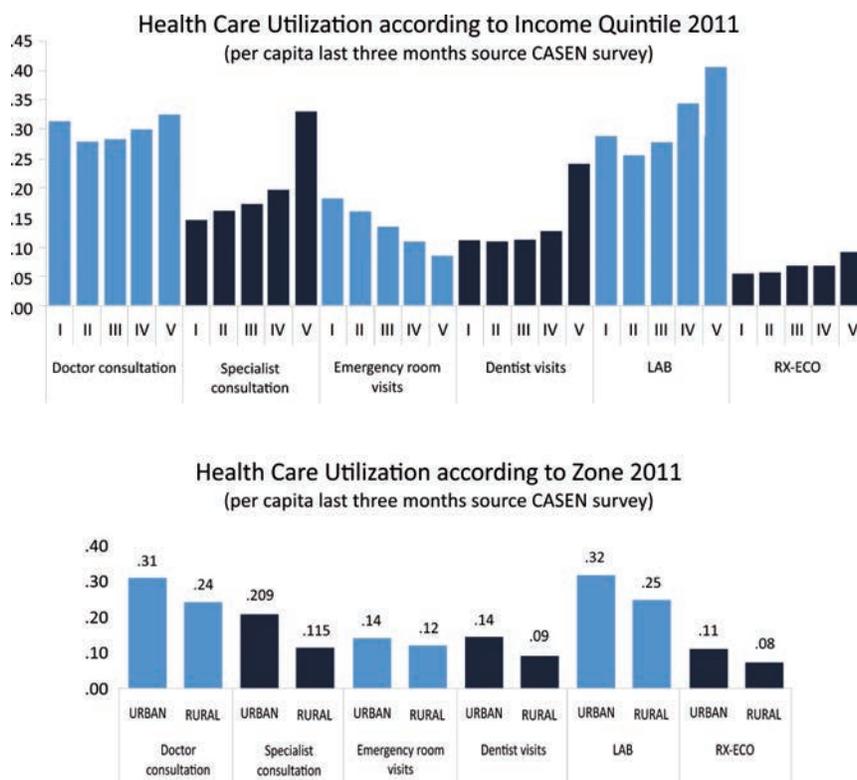
\*: por 1.000 habitantes

Fuente: Elaboración Propia en base a datos DEIS-MINSAL (DEIS 2017)

En el gráfico anterior se puede observar la existencia de una importante brecha, en todas las regiones del país, de los años de vida perdidos de forma prematura. Este indicador da cuenta de la pérdida de la sociedad por fallecimiento de las personas antes de la expectativa de vida, en este caso antes de los 80 años. Medida en cada Región da cuenta de las diferencias a lo largo del país. Esta brecha sigue existiendo el 2017, sin embargo se ha ido reduciendo. Es decir, se ha ido avanzando en el tema de las condiciones sanitarias y la disminución de la desigualdad.

Pese a los avances mencionados, y pese a que toda la población beneficiaria del sistema público tiene acceso a consulta médica a través de este Sistema de Atención Primaria, existen severos problemas de acceso a la atención de especialidades médicas del nivel secundario y terciario<sup>8</sup>, y las personas que son enviadas desde la atención primaria a otros niveles de la red, ven la resolución de sus problemas interrumpidas por largas listas de espera. Esto refuerza la percepción de gran desigualdad entre la gente que se encuentra en el sistema público y aquella que está afiliada al sistema privado, ya que en el evento de enfermar, se siente a este último como más rápido y de mejor calidad. La disparidad de financiamiento ya descrita, impacta en el acceso a consultas de especialidades, procedimientos, desigualdades en la atención dental y entre las zonas rurales y urbanas

<sup>8</sup> Aguilera, X., Castillo-Laborde, C., Ferrari, M. N.-D., Delgado, I. & Ibañez, C. (2014). "Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile". PLoS Medicine, 11(9), e1001676. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001676>

**Gráfico 3 – Utilización de Salud por Quintiles de Ingreso, 2011**

Fuente: X. Aguilera et al 2014: "Monitoring toward Universal Health Coverage"

## REACCIÓN DEL SISTEMA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Es en este contexto sanitario que al sur del mundo, la primera ola de la pandemia por COVID-19 arribó poco antes de la entrada del invierno en marzo del 2020.

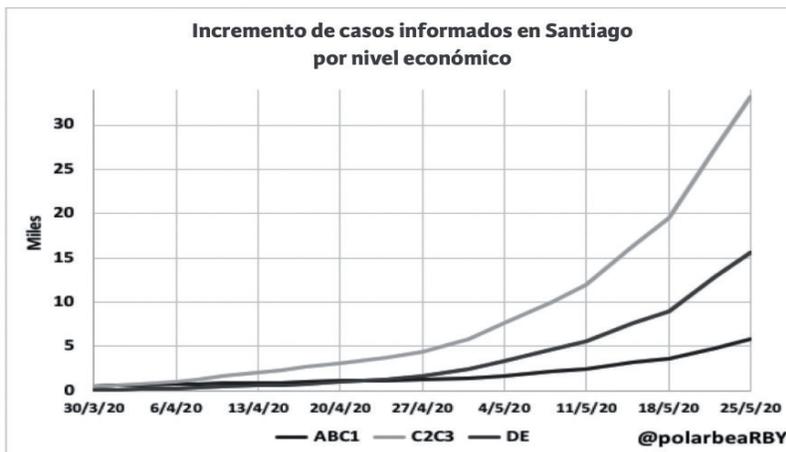
En esta primera etapa, el Gobierno centró su abordaje en el reforzamiento de la infraestructura sanitaria, aumentando la capacidad de testeo molecular en una red de laboratorios que se fue extendiendo a todo el país, asegurando la dotación de elementos de protección personal para los y las trabajadores sanitarios y su entrenamiento en áreas específicas del manejo clínico relacionado a COVID-19. El foco en la infraestructura también se evidenció en la importación de ventiladores mecánicos y la reconversión hospitalaria para aumentar la capacidad de camas críticas a nivel nacional, integrando las unidades de cuidados intensivos de la red pública y privada en una sola.

Esta centralidad en la recuperación de la enfermedad una vez que esta estuviera instalada, sin duda preparó al sistema de salud para afrontar los momentos epidémicos más álgidos.

Sin embargo, a su vez puede relacionarse a la pérdida de ventana de oportunidad epidemiológica para la contención de los brotes iniciales, momento en el cual se implementaron tímidas y erráticas medidas de comunicación de riesgos, limitándose espacios de participación social y ciudadana para la elaboración de una estrategia integral de respuesta a los desafíos socio-sanitarios que el nuevo contexto sin duda supondría.

Como conocemos, un aspecto es la situación epidemiológica originada por el virus, y otro es el relacionada a los desafíos colectivos de salud pública, y mientras el gobierno centraba su respuesta en la recuperación de los casos de COVID-19, su rápida diseminación adquiriría gran relieve. Esta situación estuvo especialmente mediatizada por los condicionantes sociales de la salud. Al igual que los ingresos, los índices de hacinamiento de la ciudad de Santiago traducen la gran disparidad territorial. Esta importante segmentación llevó a que cuando las autoridades pensaron que la propagación del virus estaba relativamente controlada entre abril y mayo del 2020, y se empezaban a comunicar públicamente las medidas para retomar la actividad económica, en los barrios más vulnerados emergían múltiples y veloces brotes de gran magnitud. (véase Gráfico 4).

**Gráfico 4 – Casos Informados en Santiago según nivel socioeconómico**



Incremento de casos en Santiago durante abril y mayo. Ya el 15 de abril se podía notar cómo la pandemia había pasado desde la zona oriente al resto de la ciudad

Fuente: Ricardo Baeza Yates, 2020.

Esta situación, además de a la falta de medidas epidemiológicas de contención de brotes, se relaciona también al retraso con que se implementaron medidas de soporte económico – a través de transferencias directas como el Bono COVID – para posibilitar que las personas infectadas pudieran permanecer en sus hogares o acceder a aislamiento efectivo en hoteles sanitarios que empezaron a disponerse lentamente.

En este escenario, la APS fue la gran ausente desde la planificación central, siendo sólo considerada para la campaña de inmunización anti-influenza, previamente programada. Desde el Ministerio de Salud, en la práctica, no se condujo a la atención primaria en todo este primer período. Esta situación propició el desarrollo de heterogéneas respuestas locales. Acostumbrada al estricto tutelaje programático del Ministerio de Salud, y al cumplimiento de metas que condicionan su financiamiento, la APS en Chile tuvo por necesidad la posibilidad de generar respuestas pertinentes a sus respectivos contextos, reviviendo con frescura su vocación iniciática como estrategia de desarrollo local y consolidando su rol de autoridad sanitaria territorial.

Por otra parte los Jefes Municipales, independiente de su filiación política y con el conocimiento adquirido en décadas de administración de la APS, intentaban visibilizar ante el Gobierno la indispensable necesidad de contar con recursos e información asociada a los brotes que surgían en sus territorios para poder hacerles frente, para lo cual exigían mayor participación política.

Así, pese a la falta de conducción como sistema, la atención primaria inició un rico despliegue de actividades, prácticamente de forma autogestionada, en las diferentes localidades del país. A partir de la sectorización territorial, implementaron sistemas de investigación epidemiológica de campo de casos y contactos COVID-19, sin contar con información sobre los lugares donde aparecían los conglomerados de casos; en este punto, la mayor parte de las veces fue la misma población quien la contactó para reportar su estatus de casos. Esta reconversión de actividades, significó priorizar atenciones indispensables a lo largo del ciclo vital y reorientar en atención telefónica la mayor cantidad posible de actividades relacionadas o no al COVID-19. Para evitar la exposición del grupo de personas mayores con enfermedades crónicas, despacharon periódicamente sus prescripciones a sus domicilios.

Como Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, conocimos la variada gama de actividades producto de la reorientación sanitaria y de los desafíos emergentes de la crisis a través de una serie de encuentros periódicos vía web, en que las y los trabajadores de APS de todo el país compartían las acciones que venían

desarrollando en sus centros, promoviendo el aprendizaje colectivo y el intercambio de soluciones a través de las experiencias de otros centros<sup>9, 10</sup>.

Por su parte, también a nivel local, la comunidad organizada autogestionó diversas líneas de soporte comunitario de carácter integral en sus propios barrios, como se tratará más adelante.

Una articulación espontánea, y urgente ante el aumento del número de casos, culminó en una toma de posición común de diversos actores: el 11 de Junio, se articularon usuarios de salud, alcaldes, el Colegio Médico y otros Colegios profesionales del área de la salud, junto a diversos gremios de trabajadores de la salud y universidades, estatales y privadas, para emplazar al Gobierno a aumentar el papel estratégico de la atención primaria para el enfrentamiento de la pandemia<sup>11</sup>.

El documento de propuestas de este emplazamiento, contempló 6 ejes o líneas de trabajo: 1) Reforzamiento del diagnóstico, la trazabilidad y estudio de contactos estrechos, definiendo los roles, funciones y responsabilidades entre la Atención Primaria y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud; 2) Fortalecimiento de las redes comunitarias e intersectoriales instaladas en los territorios para el enfrentamiento de la pandemia; 3) Recursos y coordinación para sostener en red la continuidad de la gestión clínica de los casos COVID-1; 4) Reordenamiento de las tareas habituales de los centros de Atención Primaria para la continuidad de la atención; 5) Problemas emergentes en el enfrentamiento de la pandemia en la APS (para las comunidades y los gestores) y 6) Seguridad y Bienestar para los trabajadores de la Salud.

Esta propuesta fue parcialmente recogida por el Gobierno tras el cambio de Ministro de Salud. Así, sólo tres meses después del inicio de la pandemia se empieza a reconocer desde el nivel central el rol de la APS, y recién cuatro meses después, se establece un Protocolo nacional Testeo, Trazabilidad y Aislamiento<sup>12</sup>, el que proponía recomendaciones

<sup>9</sup> Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar-Universidad de Chile. (2020). *Seminarios Web APS y COVID 19 – YouTube*. [https://www.youtube.com/watch?v=cqVfIP18kcY&list=PLvEgRo09NNO\\_izHeNWicLs3iMy-NvnGQA](https://www.youtube.com/watch?v=cqVfIP18kcY&list=PLvEgRo09NNO_izHeNWicLs3iMy-NvnGQA).

<sup>10</sup> Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Colegio Médico de Chile, Médicos de Atención Primaria, Sociedad Chilena de Medicina Familiar, Escuela de Salud Pública & Médicos Generales de Zona. (2020). *Monitoreo de estrategia Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APSW*.

<sup>11</sup> Barría, S. & Troncoso, J. (2020). “Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19”.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud. (2020c). “Protocolo de Coordinación para acciones de Vigilancia Epidemiológica durante la Pandemia Covid-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento”.

técnicas, se acompañaba de recursos de información, financieros y digitales para el desempeño de esta tarea, que se venía realizando de forma heterogénea, casi artesanal y de forma muy lenta ante la ausencia de información sobre la localización de los casos. El Protocolo y sus medidas asociadas, muy necesarias, llegaban tarde, y en Chile ya nos encontrábamos en una situación desastrosa con 10.159 fallecidos en el país y una tasa por 100.000 habitantes de 52,2<sup>13</sup>.

Al establecerse un plan nacional de testeo y trazabilidad, nuestro Departamento universitario junto a otros actores, desarrolló un trabajo periódico de monitoreo del mismo, levantando información primaria desde los y las trabajadores en esta labor, respecto al desempeño de la misma y el cumplimiento de algunos indicadores. Este monitoreo se entregó a las autoridades de forma sistemática; su periodicidad varió en función de la curva de la pandemia, y en octubre 2020, para el 6to Informe<sup>14, 15</sup>, se observó que el 93% de los centros de APS se encontraba realizando operativos comunitarios de búsqueda activa de casos mediante testeo molecular, y el 88% contactaba a los casos activos en menos de 48 horas para el seguimiento clínico, investigación de contactos y refuerzo de las medidas de aislamiento. La contracara de estas cifras positivas, se evidenciaban en la falta de continuidad de los recursos, el agotamiento del personal de salud ante la sobrecarga por el cumplimiento de las viejas y nuevas tareas en escenarios de precariedad de recursos de apoyo, y la persistencia de descoordinación en torno a las atribuciones de los actores de otros niveles de la red de salud.

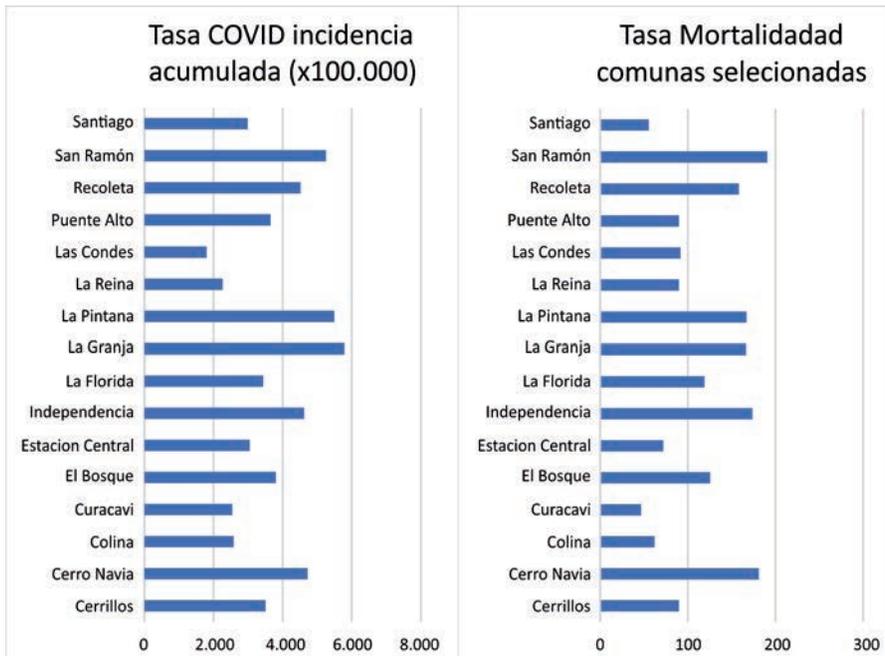
La pandemia da cuenta de una realidad dolorosa, no solo porque la incidencia acumulada es muy alta en nuestro país sino que también es muy diversa en las distintas comunas. Se observa en los datos del Informe Epidemiológico del Ministerio de Salud, desagregado por comunas de la ciudad capital, que las tasas de incidencia acumulada tienen gran variabilidad territorial, como se muestra en el Gráfico 5.

<sup>13</sup> Ministerio de Salud. (2020a). “Informe Epidemiológico 31 Enfermedad por SARS CoV 2”. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/InformeEPI050720ok.pdf>. Acceso febrero de 2021.

<sup>14</sup> Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar-Universidad de Chile. (2020). Op.Cit. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=cqVfIP18kcY&list=PLvEgRo09NN0\\_izHeNWlclS3iMy-NvnGQA](https://www.youtube.com/watch?v=cqVfIP18kcY&list=PLvEgRo09NN0_izHeNWlclS3iMy-NvnGQA). Acceso febrero de 2021

<sup>15</sup> Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Colegio Médico de Chile, Médicos de Atención Primaria, Sociedad Chilena de Medicina Familiar, Escuela de Salud Pública & Médicos Generales de Zona. (2020). “Monitoreo de estrategia Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS”.

**Gráfico 5 – Incidencia y mortalidad COVID por Comunas seleccionadas, Región Metropolitana, a agosto 2020.**



**Fuente:** Elaboración propia en base a Ministerio de Salud, 2020b  
 Tasas x 100.000 habitantes

Tanto en la aparición de casos nuevos como en la mortalidad, se observa un patrón similar, en que las comunas periféricas empobrecidas concentran las mayores cifras. Estas diferencias entre comunas de una misma ciudad, se explican más por la determinación social de salud y los patrones de propagación, que por la organización del sistema de salud. En otras palabras, traducen resultados trágicos de desigualdad.

### RESPUESTA DESDE LOS TERRITORIOS

Como mencionamos anteriormente, la ausencia de políticas integrales por parte del Gobierno, propició que una serie de acciones de respuesta al COVID, fueran abordadas de forma autogestionada, de abajo arriba por parte de organizaciones sociales y comunitarias.

Para aproximarse a este fenómeno, académicos/as de 5 universidades (Universidad de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Valparaíso y Universidad de la Frontera), realizaron una consulta que buscaba visibilizar y relevar los esfuerzos de las y los ciudadanos para afrontar la dura crisis sociosanitaria en Chile durante los meses de la pandemia. Esta consulta se llevó a cabo entre mayo y junio del 2020 de forma online y anónima. Se obtuvieron respuestas de 1811 personas, de las cuales 1202 participaban en algún tipo de organización comunitaria<sup>16</sup>. Estas cifras, como la misma consulta, no perseguía representatividad cuantitativa del fenómeno, sino aproximarse al mismo en su complejidad.

Los elevados niveles participación en organizaciones comunitarias se habían activado meses antes de la pandemia, tras las grandes movilizaciones sociales que ocurrieron en Chile desde octubre del 2019, y que también reorientaron su quehacer a los desafíos de la crisis originada por COVID-19. De la consulta realizada, conocimos que la gran mayoría (57%) de organizaciones tenían carácter territorial (juntas de vecinos, vecindades, comunidades, centros y organizaciones comunitarias, cabildos, asambleas, mesas, comités, etc.), seguidas de organizaciones funcionales (ollas comunes, fundaciones, organizaciones deportivas, iglesias, etc.) y en menor forma a través de organizaciones políticas (partidos, colectivos, gremios, movimientos, coordinadoras, etc.).

Durante la pandemia, estas orgánicas realizaron actividades fundamentales en el aseguramiento alimentario en los barrios, a través del acopio de alimentos, su gestión y distribución a través de ollas comunes y canastas solidarias; en la generación de información y comunicaciones de interés local; en los cuidados comunitarios de la salud, desde perspectivas individuales, colectivas e integrales, no basándose sólo en confección de mascarillas, sanitización de espacios públicos, instalación autogestionada de barreras de tránsito en zonas aisladas con baja infraestructura sanitaria, sino también promoviendo el bienestar colectivo a través de múltiples actividades recreativas y de esparcimiento para distintos grupos etarios, en los duros momentos que el conjunto de la sociedad atravesaba<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción & Universidad de La Frontera. (2020). *Consulta Ciudadana Respuesta comunitaria a la pandemia COVID-19 Primeros resultados*. <http://www.saludpublica.uchile.cl/extension/presentacion/165664/consulta-ciudadana-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia>. Acceso febrero de 2021.

<sup>17</sup> Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción & Universidad de La Frontera. (2020). Op.Cit.

En esta consulta también se observó que las comunidades también se organizaron a través de donaciones de distinta índole a sus vecinos/as en mayor necesidad, según el territorio en que se localizaban éstas podían consistir en dinero, vestimenta, calefacción, agua, entre otros. Muchas de estas acciones se dirigieron también a la prevención y mitigación de la violencia de género, y en su conjunto, apuntaban también hacia objetivos activistas, de autogestión, cooperación y formas alternativas de relaciones sociales y económicas.

## APRENDIZAJES Y DESAFÍOS DE LA APS EN LA PANDEMIA

Hacia el final del 2020, la situación en Chile ha mejorado respecto al contexto aciago de junio y julio del mismo año, momento en que se adoptó la estrategia de Testeo y Trazabilidad. A fines de Noviembre, los nuevos casos diarios fluctúan entre 1000 y 2000.

A continuación analizaremos algunos aprendizajes que consideramos se han logrado, a nivel de Atención Primaria de Salud y a nivel país, a lo largo de esta pandemia.

En primer lugar, se refuerza un aspecto central en la concepción de la APS, y es que los resultados sanitarios no son independientes, si no se encuentran íntimamente ligados al ambiente físico y a los determinantes económicos y sociales del país. Esto es dolorosamente cierto, y la pandemia lo ha demostrado. De esto dependen las inequidades en torno a la distribución de número de casos y de muertes, comprobándose por fuerza la necesidad de que la respuesta a esta crisis debe ser también integral, tomando en cuenta no sólo sus aspectos sanitarios, sino también los sociales, económicos y culturales.

En segundo lugar, en Chile la fragmentación del sistema de la salud entre el sector público y el privado dañó la capacidad de respuesta unificada: al inicio de la primera ola epidémica, los casos que se diagnosticaban en el sector privado perdían trazabilidad territorial, pues las instituciones de este sector no se involucraron en acciones de salud pública, sino de recuperación de salud individual de sus beneficiarios. Por otro lado, esta situación reforzó los subsidios cruzados del sector público al privado, ya que las acciones universales de inmunización, de investigación de casos y contactos y de aislamiento, fueron realizadas por el sector público para todo la población. Dicha fragmentación, y en general la tendencia a ignorar la importancia de la APS, subrayan la necesidad de avanzar hacia un único Sistema Universal de Salud con redes basadas en APS.

A su vez, la pandemia ha permitido poner de manifiesto el enorme potencial de respuestas territoriales y su importancia. Es en lo local donde transcurre la vida cotidiana

de las personas y donde ocurren los contagios, pero también donde se puede lograr la contención de los mismos. En estos territorios es sumamente esperanzadora la respuesta que las organizaciones comunitarias han desarrollado, y que da luces respecto a las posibilidades de trabajo articulado intersectorial en esas comunidades. Podemos decir que existe una estrategia pendiente, que busque potenciar de forma significativa los niveles de involucramiento de la comunidad en el enfrentamiento de la pandemia y su articulación con otros actores sociales del territorio.

Respecto a los desafíos pendientes en la APS frente a la pandemia por COVID-19 nos referiremos a 3 desafíos y 1 gran oportunidad.

El primer desafío es mantener y mejorar el Testeo y la Trazabilidad, a la vez que se van recuperando otras tareas propias de la APS que no fueron priorizadas en un primer momento. Vinculado directamente al punto anterior es la enorme importancia de asegurar el acceso, que pese a la vasta red puede quedar comprometido en tareas no relacionadas al COVID-19. Un caso especialmente urgente es asegurar la protección de la salud mental, ya que la alta carga no solo ha sido biológica, sino que también psicológica y social y debe abordarse.

Un segundo desafío responde al cuidado del personal de salud. Y esto no sólo pasa por dotarles de medios de protección personal contra el virus, sino también por mantener ciertas formas organizativas que se han adoptado durante este periodo, y sostener con recursos y condiciones laborales el mantenimiento de sus funciones. Todo esto subraya la importancia de acentuar la integralidad de los cuidados por encima de programas verticales que contribuyen a fragmentación y burocratización de los cuidados.

Un tercer desafío es poder mantener y aumentar la intersectorialidad y las alianzas territoriales que se han logrado construir durante la pandemia. De la consulta mencionada anteriormente, sólo el 30% de las organizaciones comunitarias encuestadas tenían algún tipo de vinculación con los establecimientos de APS de sus territorios, vínculos que se generaron de forma espontánea, dictados por la necesidad y no por una política de mayor intersectorialidad.

Finalmente, la pandemia también ha permitido visibilizar y legitimar el trabajo de la APS, y esa es una gran oportunidad. En particular, se subraya en el contexto político y social que está viviendo Chile, ya que la movilización social del 2019 primero, y la pandemia luego, han puesto de manifiesto los enormes índices de desigualdad que existen en Chile, cuya expresión venimos viviendo. No es casual que las comunas ricas del país, en que ocurrieron los primeros brotes pero donde luego el virus tuvo menores niveles de circulación

y mortalidad, hayan sido las 3 únicas comunas de la región metropolitana en que para el Plebiscito de Octubre del 2020 haya ganado la opción de Rechazo a una nueva Constitución, mientras que el nivel de aprobación a nivel país fue cercano al 80%.

En otras palabras, se ha avanzado en la necesidad de entender la salud como una construcción social y de condiciones de vida, y no como un problema de enfermedades biológicas individuales. La salud es mucho más que la recuperación de la enfermedad, y la pandemia ha ayudado a poner eso en evidencia. Se abre también el desafío de lograr trabajar en salud, desde la APS especialmente, con las comunidades y no sólo para las comunidades, logrando así avanzar en la mejora efectiva de las condiciones de vida de la población, a través de un Sistema de Salud único, basado en redes y que tenga un financiamiento solidario. Esas son las aspiraciones, no solamente nuestras, sino que también de muchas y muchos en nuestro país.



## Los desafíos de la APS en el SUS en el enfrentamiento de la pandemia Covid-19 en Brasil

Ligia Giovanella<sup>1</sup> (Ensp/Fiocruz)

Aylene Bousquat<sup>2</sup> (FSP/USP)

Juliana Gagno Lima<sup>3</sup> (Ufopa)

Diana Ruiz<sup>4</sup> (ISC/UFBA)

La prevención y control de una epidemia, además de la atención médica individual, exige un abordaje centrado en las poblaciones dirigido a protegerlas del contagio, detectar precozmente los sintomáticos, cuidar, rastrear los contactos, aislar, monitorear, tratar y rehabilitar a los afectados, priorizando los grupos sociales en desventaja y vulnerables. La Covid-19 puso en evidencia que no resolveremos los problemas de salud mediante soluciones individuales, sino que el Estado tiene un papel decisivo, así como que es necesario un nuevo modelo para producir salud a través del enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud y mediante una estrategia de Atención Primaria de Salud integral, rescatando el fuerte protagonismo de la comunidad en la recuperación de su salud.

Enfrentar esta pandemia requiere un enfoque promocional, territorial, comunitario y de vigilancia integral en salud que puede ser desarrollado desde una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Integral en un sistema de salud público universal<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Médica sanitaria, doutora em saúde pública. Pesquisadora sênior da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

<sup>2</sup> Médica, doutora em Medicina Preventiva, professora da Faculdade de Saúde Pública da USP.

<sup>3</sup> Nutricionista, doutora em saúde pública. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará

<sup>4</sup> Cirurgiã dentista (Universidade Nacional da Colômbia), Mestra em Saúde Comunitária e doutoranda em Saúde Pública (ISC/UFBA)

<sup>5</sup> GIOVANELLA L.; VEGA, ROMÁN, et al.(2020). “¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?”. Trabalho, Educação e Saúde,19, e00310142, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310> Acesso: 10 abr 2021

En Brasil, el derecho universal a la salud se estableció constitucionalmente en 1988 en el proceso de redemocratización después de 20 años de dictadura cívico militar. Para garantizar el derecho a la salud, fue creado un sistema nacional de financiación fiscal y acceso universal, el Sistema Único de Salud (SUS). En sus 30 años el SUS ha ampliado el acceso para toda la población, con un diseño territorializado que integra acciones de salud pública y de atención individual intentando organizar una amplia red integrada de establecimientos de APS, de atención especializada y hospitalaria, incluyendo procedimientos altamente complejos, sin limitarse a un paquete restringido de servicios. En línea con las directrices de descentralización y participación social, el SUS incorporó en su estructura institucional y de toma de decisiones instrumentos para la democratización con concejos de salud con participación de la sociedad civil y comisiones de cooperación entre gestores federales, estatales y municipales. No obstante, el SUS no se ha financiado adecuadamente: el gasto público es menos del 50% del gasto total en salud y los recursos públicos para salud son inferiores al 4% del PIB, permaneciendo sub-financiado. La población de ingresos más altos compra seguros médicos privados voluntariamente, conformando en la práctica, un sistema de salud segmentado con un amplio mercado de seguros y prestadores privados en salud<sup>6</sup>.

Sin embargo, durante la pandemia, el SUS ha demostrado su valor y ha sido ampliamente reconocido por la población y todos los medios de comunicación al garantizar el acceso gratuito a la atención en salud a quienes la necesitan, con capilaridad en todo el territorio nacional en más de 5.570 municipios, aunque con diversidad regional y muchas dificultades financieras, de disponibilidad de servicios e insumos.

Pero, la situación política en Brasil con un gobierno de extrema derecha y ultra neoliberal, desde el golpe parlamentario de 2016, socavó la potencialidad del SUS en su acción integral de vigilancia y cuidado. En Brasil, las acciones gubernamentales para el enfrentamiento de la pandemia de Covid-19, han sido erráticas y desorganizadas, con incapacidad para planificar respuestas públicas coordinadas llevando el país a una crisis sanitaria y humanitaria sin precedentes. En abril de 2021 se contabilizaron 350 mil muertes por Covid-19 y Brasil se ha convertido en el país con más muertes y casos diarios en el mundo. Un país de luto con un gobierno sin compasión. La ausencia de una autoridad sanitaria nacional y la falta de coordinación y cooperación intergubernamental para hacer frente a la pandemia muestra sus efectos perversos, con insuficientes iniciativas de los gobiernos locales para mitigar la

<sup>6</sup> CASTRO MC, MASSUDA A, ALMEIDA G, MENEZES-FILHO NA, ANDRADE MV, DE SOUZA NORONHA KVM, ROCHA R, MACINKO J, HONE T, TASCA R, GIOVANELLA L, MALIK AM, WERNECK H, FACHINI LA, ATUN R. (2019). "Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future." *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303318.

pandemia, que está empeorando rápidamente. La segunda ola de la pandemia con aumento de casos y muertes desde el inicio de 2021 es un momento muy grave que requeriría más una vez coordinación nacional y lineamientos para un *lockdown* a nivel país, y apoyo financiero gubernamental suficiente para que las personas puedan permanecer en casa, dada la gravedad de la situación actual (abril de 2021). Sin embargo, el gobierno federal reactualiza su política negacionista, recurre a la suprema corte para impedir la acción de los gobernadores, y retrasa y reduce drásticamente el valor del auxilio de emergencia para las familias vulnerables, el cual posibilitaría que las personas se quedasen en casa.

Es imperativo reconocer que el negacionismo y la inacción del gobierno federal se derivan de una política deliberada para dejar morir a la población, expresada enérgica y reiteradamente por el presidente de la república que salió a las calles abrazando y besando personas y llamó a la Covid-19 “gripecita”, “cobardes”, “si se aplican la vacuna se convertirán en caimán”....

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de São Paulo (USP)<sup>7</sup> que mapeó y analizó una serie de medidas y acciones del gobierno federal desde el inicio de la pandemia muestra una clara estrategia institucional para la propagación del virus. En palabras de la investigadora Deisy Ventura:

*Los resultados disipan la persistente interpretación de que habría incompetencia y negligencia por parte del gobierno federal en el manejo de la pandemia. Todo lo contrario: revelan el compromiso y la eficiencia de la acción de la Unión a favor de la expansión generalizada del virus en el territorio nacional, con el objetivo de retomar la actividad económica lo antes posible y a cualquier costo (Asano et al, 2021, traducción propia).*

En la referida investigación fueron seleccionadas y analizadas 3.049 normas relacionadas con Covid-19. Es una recopilación normativa que muestra el choque entre la estrategia de propagación del virus realizada de manera sistemática por el gobierno federal, y los intentos de resistencia de los demás Poderes, de las esferas federativas, y de la sociedad, con la constante obstrucción a las respuestas locales por parte del gobierno federal y su propaganda contra la salud pública<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> ASANO, C. L. et al. (2021). “Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil”. Boletim Direito na Pandemia n 10. CEPEDISA/FSP/USP e Conectas Direitos Humanos. São Paulo: 20.01.2021. Disponible en: [https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2021/01/Boletim\\_Direitos-na-Pandemia\\_ed\\_10.pdf](https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2021/01/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf) Consultado: 12 abr 2021

<sup>8</sup> ASANO, C. L. et al. (2021). Op.Cit.

En gran medida, los Estados y el Distrito Federal ya a finales de marzo de 2020, habían puesto en marcha medidas para limitar el movimiento y la aglomeración de personas. Sin embargo, el Gobierno Federal, al minimizar la importancia del distanciamiento social y oponerse públicamente a las iniciativas adoptadas por los estados y municipios, socavó la adhesión de la población a esas disposiciones<sup>9</sup>. Aunque el Ministerio de Salud, inicialmente intentó organizarse para responder a la pandemia, hubo conflictos con el presidente de la república que impidieron la adopción de medidas obligatorias para el control de la Covid-19. Así, luego de la salida de dos ministros civiles por desacuerdos con el presidente, de mayo de 2020 a marzo de 2021 el Ministerio de Salud fue gestionado por militares con un general ministro sin experiencia en salud.

## EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Aún en medio de ese panorama, la estructura descentralizada del Sistema Único de Salud con responsabilidades compartidas con los 26 estados, el distrito federal, y 5.570 municipios ha permitido iniciativas para el control de la pandemia definidas por los gobiernos subnacionales con mucha diversidad. La organización del SUS sigue directrices nacionales para garantizar el derecho a la salud, sin embargo, la responsabilidad de brindar atención está descentralizada, pues Brasil es un país federado. Cada una de las esferas del gobierno tiene responsabilidades en salud y constituye una autoridad sanitaria responsable de la gestión del sistema de salud en su territorio (secretaría de salud), tiene un concejo de salud con participación popular y un fondo financiero de salud. Para la atención primaria y ambulatoria especializada, los servicios se proporcionan en centros de salud públicos y la atención hospitalaria se provee en hospitales públicos y hospitales privados contratados. En el SUS, las Secretarías de Salud de cada nivel de gobierno integran los servicios de salud y las acciones de salud pública de vigilancia epidemiológica y sanitaria. Está en proceso, la organización de regiones de salud en cada estado para enfrentar la fragmentación de la red de atención, producto de la descentralización para los municipios.

Con el SUS, la expansión de los servicios de APS en el país, inclusive en las áreas remotas y desfavorecidas, aumentó el acceso a la atención colectiva e individual, produciendo impactos positivos en la salud de la población.

<sup>9</sup> AQUINO, E. M. L. et al. (2020). “Medidas de distanciamiento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(supl.1): 2423-2446, Jun 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Consultado 17 Ago. 2020.

## LA APS EN EL SUS

En Brasil, desde mediados de la década de 1990, el gobierno federal ha inducido fuertemente un nuevo enfoque en la Atención Primaria de Salud (APS) asumiéndose en la Política Nacional de Atención Básica de 2006, la Salud de la Familia como estrategia prioritaria para reorientar el modelo de atención con orientación comunitaria e incorporación de los atributos de una APS integral.

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se basa en un equipo multidisciplinario compuesto por un médico general, una enfermera, dos técnicos o auxiliares de enfermería y cinco agentes comunitarios de salud (ACS). El equipo de salud de la familia (SF) trabaja con población asignada, definición de territorio, inscripción, seguimiento y responsabilidad por la atención individual y colectiva de la población del territorio. El equipo SF debe ser el primer punto de atención, fácilmente accesible, crear vínculos, cuidar, coordinar la atención integral en la red asistencial y fomentar la participación social.

Un incentivo financiero federal sostenido desde fines de los años 1990 ha impulsado la difusión de la ESF. En marzo de 2020 estaban implantados 45 mil equipos de la ESF y 260 mil agentes comunitarios de salud estaban distribuidos por los 5.570 municipios del país, con una cobertura estimada de este modelo de atención de 65% de la población nacional. Se pretende que la ESF constituya la puerta de entrada al sistema local y sea el primer nivel de atención, lo que implica la integración con la red de servicios de mayor complejidad. Se recomienda que cada equipo sea responsable por un promedio de 3.000 personas que viven en un área geográfica definida, para que conozcan a las familias en su territorio, identifiquen problemas de salud y situaciones de riesgo en la comunidad, desarrollen un cronograma de actividades para enfrentar los determinantes del proceso de salud / enfermedad, desarrollen acciones educativas e intersectoriales y proporcionen asistencia integral a las familias bajo su responsabilidad (MS, 2006). El ACS se selecciona entre los residentes de la comunidad y tiene la función de inscribir a la población, identificar grupos de riesgo y promover acciones de protección de la salud durante las visitas domiciliarias de rutina que realizan a las aproximadamente 150 familias bajo su responsabilidad. La expansión de la Estrategia de Salud de la Familia a lo largo del tiempo expandió el acceso, disminuyó desigualdades y tuvo impactos positivos sobre la salud de la población<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> GIOVANELLA, L. (2015) "Atención Primaria de Salud en Suramérica". Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf> Consultado 17 ago 2020.

Sin embargo, desde el golpe de Estado de 2016 y especialmente desde la revisión de la Política Nacional de Atención Básica de 2017 (PNAB 2017), las directrices del modelo de atención de la ESF de Brasil con su enfoque territorial basado en la comunidad están siendo cambiados por el gobierno federal, acercándose a un modelo de atención individual y reduciendo la responsabilidad por la salud colectiva de la población en el territorio. Cuando la pandemia inició en marzo de 2020 estaba en curso un cambio importante en la financiación de la APS por parte del gobierno federal que eliminó la prioridad de la Estrategia de Salud de la Familia (frente a otros modelos de APS) al reemplazar los incentivos específicos para los equipos de la ESF por un pago por capitación ponderado, calculado según el número de personas inscritas en las unidades básicas de salud, independientemente de la composición del equipo de atención. Dejo de ser obligatoria la incorporación de agentes comunitarios de salud (ACS) en los equipos de APS y el componente multiprofesional se debilitó por la eliminación de la financiación federal para los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF). La posibilidad de una acción interprofesional compartida con el equipo de la ESF ya no se fomenta y la orientación familiar y comunitaria se debilitó<sup>11</sup>.

Esa reorientación del abordaje de la APS en el SUS tuvo impactos en el enfrentamiento de la pandemia. Además, la centralidad en la atención individual para casos graves descuidó el enfoque comunitario necesario para hacer frente a la pandemia de Covid-19 en el SUS, y la potencialidad de la ESF para contribuir efectivamente ha sido ignorada por el gobierno federal.

## LA REINVENCIÓN DE LA APS EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA COVID-19

Los equipos de APS no fueron activados de forma coordinada para el control de la pandemia por el Ministerio de Salud, sin embargo, fueron desarrolladas muchas iniciativas locales innovadoras.

Nuestros equipos ESF conocen sus territorios, su población, sus vulnerabilidades y tienen un papel importante en el enfoque comunitario necesario para el enfrentamiento de cualquier epidemia. Estrategias locales activaron los atributos comunitarios de la ESF, uniéndose a las iniciativas solidarias de las organizaciones comunitarias, se articularon intersectorialmente para apoyar a su población en sus vulnerabilidades y garantizaron la continuidad de las acciones de promoción, prevención y atención, creando nuevos procesos de trabajo.

<sup>11</sup> GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. (2021). "Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?" *Ciência & saúde coletiva*, 25(4):1475-1482, 2020. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en) Consultado: 5 abr 2021

La pandemia de Covid-19 tuvo un impacto complejo en la APS en el SUS. Se observaron cambios y un gran aumento de la demanda de casos sintomáticos respiratorios, problemas con los flujos de información epidemiológica, insuficientes recursos financieros, insumos y elementos de protección individual (EPI), retrasos en la capacitación de los profesionales, problemas para la continuidad de los cuidados de rutina y consecuentemente disminución de la integralidad y de la longitudinalidad de las acciones.

Aunque la falta de coordinación nacional fue el común denominador, la APS sigue siendo fundamental para organizar la respuesta a la pandemia<sup>12</sup> y ha demostrado ser muy adaptable, observándose ampliación del campo de prácticas y reorganización de los procesos de trabajo, expresando el compromiso y la creatividad de los profesionales de la salud en el SUS. Iniciativas municipales y locales han fortalecido la atención primaria, con procesos diversificados en el territorio nacional.

Investigación realizada en junio de 2020 a través de una encuesta en línea (websurvey) con profesionales de la salud de los servicios de atención primaria y gerentes de secretarías municipales de salud brasileñas buscó conocer las experiencias sobre el desempeño de la APS en el escenario pandémico en cuanto a: i) vigilancia de la salud, ii) atención a usuarios con Covid-19, iii) continuidad de la atención ofrecida por la APS, iv) acción comunitaria y apoyo social, además de aspectos de infraestructura de las Unidades Básicas de Salud (UBS) y disponibilidad de insumos para combatir la Covid-19. Fueron encuestadas 2.566 personas (1.908 profesionales de la salud y 658 gerentes de APS), distribuidas en todos los estados de la federación, además del Distrito Federal, en 1.000 municipios<sup>13</sup>.

## VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA APS

Desarrollar acciones de vigilancia en salud es imprescindible para reducir el riesgo de expansión de la epidemia, como se ha demostrado ampliamente en la experiencia de los

---

<sup>12</sup> MEDINA, M. G., et al. (2020). "Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer?" *Cadernos de Saúde Pública* 36:8, 2020. Disponible en: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Consultado: 20 ago 2020

<sup>13</sup> BOUSQUAT, A., et al. (2020). "Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS". *Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil, Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco*. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto 2020. Disponible en: <https://redeaps.org.br/2020/08/30/relatorio-completo-da-pesquisa-desafios-da-ab-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/> Consultado: 12 ene 2021.

países que han conseguido bloquear la pandemia<sup>14,15</sup>. En Brasil, parte de los equipos de APS coordinan en el territorio acciones de prevención primaria y secundaria de la Covid-19. Identifican casos, notifican, apoyan el distanciamiento social y la cuarentena de casos y contactos, realizan el acompañamiento a distancia de los casos en cuidado domiciliar, realizan acciones de educación en salud en los territorios.

El SUS tiene un amplio y estructurado sistema de vigilancia epidemiológica interconectado a nivel nacional con estados y municipios, pero dada la ausencia deliberada de coordinación nacional todo su potencial no fue desarrollado y no se incentivó que la APS ampliase sus acciones<sup>16</sup>. No obstante, la vigilancia de la salud forma parte del modelo de atención de la Estrategia Salud de la Familia y acciones locales fueron desarrolladas. En junio de 2020 la mayoría de los profesionales de la salud informó que realizaba acciones de incentivo al aislamiento social en los territorios (92%), notificación de casos (94%), búsqueda activa de contactos (91%) y monitoreo de cuarentena (86%)<sup>17</sup>.

Un problema identificado para la realización de la vigilancia fue que no siempre se informó a la UBS sobre casos confirmados o sospechosos de Covid-19 en su territorio. Sólo el 71% de los profesionales confirmó esta acción, la cual debería ser rutinaria para permitir el acompañamiento<sup>18</sup>.

Los agentes comunitarios de salud en su trabajo diario en el territorio podrían actuar en vigilancia activa con identificación temprana de casos sospechosos y acciones educativas. Sin embargo, en la investigación llamó la atención que en junio de 2020 solo el 37% de los profesionales informó que los ACS estaban actuando principalmente en los territorios. No obstante, hubo mayor presencia de los ACS en los territorios de la región Nordeste (49%)<sup>19</sup>.

<sup>14</sup> SUMMERS, J., et al. (2020). “Potential lessons from the Taiwan and New Zealand health responses to the COVID-19 pandemic”. The Lancet Regional. 4, nov 2020. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100044> Consultado: 1 abr 2021

<sup>15</sup> TA-CHOU N. G., et al (2020). “Effects of case- and population-based COVID-19 interventions in Taiwan”. MedRxiv, Preprint, 2020. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.17.20176255> Consultado: 10 abr 2021

<sup>16</sup> Medina et al, (2020). Op.Cit.

<sup>17</sup> Bousquat et al, (2020). Op. Cit

<sup>18</sup> Bousquat et al, (2020). Op.Cit.

<sup>19</sup> Bousquat et al, (2020). Op.Cit.

En parte de los municipios, los ACS se mantienen activos en los territorios con visitas peridomiciliares, sin ingresar en los hogares, informando las personas sobre la pandemia y cuidados e higiene para reducir el contagio, y monitoreando grupos de riesgo. Otros ACS monitorean a los usuarios a través de WhatsApp y apoyan a grupos más frágiles y vulnerables que necesitan atención especial en el contexto de la pandemia.

En municipios como Sobral (CE) y Florianópolis (SC), los equipos ESF asumen un rol importante en el desarrollo de acciones de vigilancia de la salud para bloquear y reducir el riesgo de propagación de la epidemia y controlar el contagio en los territorios, con iniciativas de telemonitoreo de casos y contactos<sup>20,21,22,23</sup>.

Los enfoques exitosos para controlar la Covid-19 deben facilitar un aislamiento temprano y dirigido a las personas más infecciosas y sus contactos cercanos. Esto requiere disponibilidad de pruebas diagnósticas para la Covid-19. Los test moleculares son los más adecuados para la identificación oportuna de infectantes. Sin embargo, las pruebas RTC-PCR, que permiten el diagnóstico oportuno en la fase contagiosa y la notificación, fueron inexistentes para más de la mitad de los profesionales (55%) en junio de 2020<sup>24</sup> (Bousquat et al., 2020). Muchos municipios realizan solamente test serológicos que no diagnostican en el periodo de contagio.

## CUIDADO A LOS PACIENTES CON COVID-19 EN LA APS

Para hacer frente a la Covid-19 los procesos de trabajo en las UBS fueron reorganizados con cambios a partir de la separación de flujos de atención y la creación de espacios exclusivos para la atención de sintomáticos respiratorios, casos sospechosos, dentro o fuera de las UBS. En centros de salud más grandes se separaron dentro de las UBS los flujos

<sup>20</sup> SILVEIRA, J. P. M. y ZONTA, R. (2020). "Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis". APS em Revista, 2(2): 91-96, 2020. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122/57> Consultado: 18 abr 2021

<sup>21</sup> RIBEIRO, M. A. (RE) (2020). "Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE". APS em Revista, 2(2): 177-188, 2020. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125/54> Consultado: 18 abr 2021

<sup>22</sup> NETO, F. R. et al. (2020). "A coordenação do cuidado, vigilância e Monitoramento de casos da covid-19 na Atenção primária à saúde". Enfermagem em Foco, 11(1) Especial: 239-245, 2020. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3682> Consultado: 15 abr 2021

<sup>23</sup> GIOVANELLA L., Martufi V., et al. (2020). "A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19". Saúde em Debate. 2020. Disponible em: DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1286. Consultado 4 abr 2021

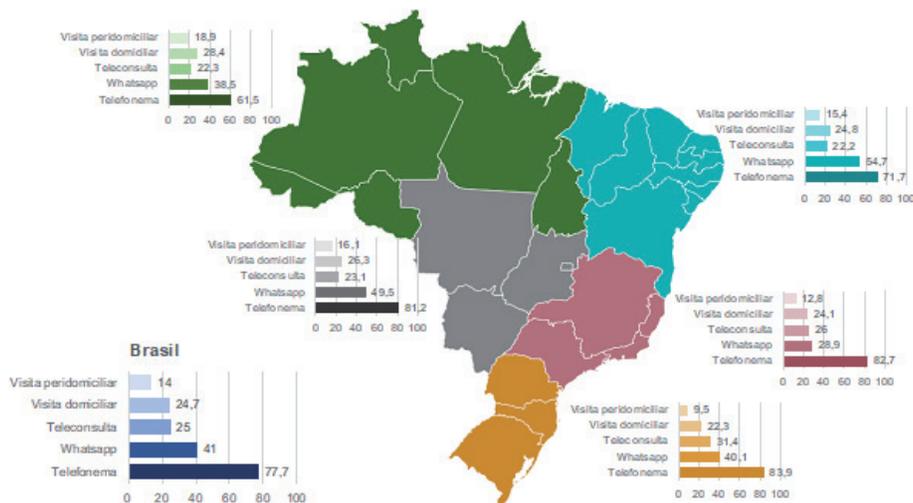
<sup>24</sup> Bousquat et al, (2020). Op.Cit.

de atención de sintomáticos respiratorios para proporcionar atención individual para casos sospechosos y confirmados de Covid-19, al mismo tiempo en que se buscó garantizar la continuidad de la atención de rutina en la APS con reducido riesgo de contagio.

El seguimiento y manejo por parte de los equipos de APS de casos sospechosos y confirmados requirió la creación de rutinas de seguimiento remoto realizadas principalmente por teléfono o mensajes de WhatsApp; aunque la disponibilidad de Internet no siempre era buena para más de la mitad de los encuestados y teléfonos móviles institucionales estaban disponibles únicamente en las UBS del 28% de los encuestados. El 72% de los profesionales utilizó su propio teléfono celular para contactar al usuario, con mayor frecuencia en las regiones Norte y Nordeste (82%), mostrando responsabilidad por el cuidado<sup>25</sup>.

Para el monitoreo de los casos, el uso de llamadas telefónicas fue el procedimiento más frecuente, según 77,7% de los profesionales (oscilando entre 61,5% en el Norte y 83,9% en el Sur); el uso de la aplicación WhatsApp fue reportado por 41% de los profesionales (variando de 28,4% en el Sureste a 49,5% en el Centro Oeste) y el uso de la teleconsulta fue reportado por 25,0% de los profesionales (22.2% en el Nordeste a 31.4% en el Sur). Visitas domiciliarias o adaptadas a la zona peri domiciliaria para el seguimiento de casos fueron reportadas por 38,7% de los profesionales (Mapa 1).

**Mapa 1 – Tipo de seguimiento de los casos de Covid-19, Brasil y regiones, 2020**



<sup>25</sup> Bousquat et al, (2020). Op.Cit.

Los enfermos que necesitan cuidados hospitalarios son remitidos para la red SUS, y los casos que necesitan camas en unidades de cuidados intensivos (UCI) muy frecuentemente son remitidos a municipios más grandes. La mayoría de los 5.570 municipios son pequeños (70% con menos de 20 mil habitantes) y en general las camas de UCI se concentran en pocos grandes centros urbanos en cada estado, lo que implica una importante necesidad de transporte sanitario para referencia rápida cuando necesario<sup>26</sup>.

Un problema grave en Brasil es que a pesar de que estudios internacionales evidencian que no existe un tratamiento específico para Covid-19 el gobierno brasileño recomendó el llamado “tratamiento temprano”, con distribución en diversas localidades del “kit Covid” con medicinas como Hidroxicloroquina e Ivermectina. Si bien, en el inicio de la pandemia no había certeza sobre la ineficacia de estos medicamentos, actualmente resultados de un ensayo clínico internacional, liderado por la iniciativa Solidaridad, coordinada por la OMS, con la participación de 11.000 adultos en 405 hospitales en 30 países muestran que el Remdesivir, la Hidroxicloroquina, el Lopinavir y el Interferón no reducen la mortalidad por Covid-19, evidenciando su ineficacia<sup>27</sup>. Aun así, en Brasil gobiernos y médicos prescriben algunos de estos medicamentos y los colegios médicos lo permiten.

## CONTINUIDAD DE LAS ACCIONES DE RUTINA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La continuidad del cuidado en la APS es imprescindible no sólo para el control de la pandemia, también para contener una sobre carga de demanda mayor sobre la APS ocasionada por los casos de Covid-19, las necesidades en salud agudas y crónicas desatendidas, y los impactos de esas afectaciones (Covid-19 y no Covid-19) sobre la salud mental de la población<sup>28</sup>.

En otras epidemias se ha observado un exceso de muertes por otras causas que son desatendidas y que pueden superar las ocasionadas por la enfermedad emergente. Las mujeres embarazadas, los usuarios hipertensos o diabéticos siguen necesitando atención,

<sup>26</sup> MONITORACOVID-19. (2021). “Nota Técnica 17”, 08 de abril de 2021. *Redes de Atenção à Saúde para Covid-19 e os desafios das esferas governamentais: Macrorregiões de Saúde e a curva que devemos “achatar”*. Disponible en: [https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_17.pdf](https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_17.pdf) Consultado: 13 abr 2021.

<sup>27</sup> WHO SOLIDARITY TRIAL CONSORTIUM. (2021). “Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results”. *New England Journal of Medicine*, 384:497-511, feb 2021. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2023184?articleTools=true> Consultado: 15 abr 2021.

<sup>28</sup> SAVASSI, L. C. M., et al. (2020). “Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária”. *Journal of Management & Primary Health Care JMPHC*, 12(e38): 1-13, 2020. Disponible en: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1006> Consultado: 16 abr 2021

al mismo tiempo que forman parte de los grupos de mayor riesgo de Covid-19. Es necesario dar continuidad a las actividades de rutina de la APS.

Con el aumento de demanda de sintomáticos respiratorios, sospechosos de Covid-19 y buscando evitar el contagio, las actividades rutinarias de la UBS inicialmente fueron parcialmente suspendidas y en grande parte reducidas, pero gradualmente fueron adaptadas y retomadas. En junio de 2020 las actividades de rutina habían sido modificadas (reducidas o adaptadas) debido a la Covid-19 en la mayoría de las UBS del país. Para la mitad de los profesionales (53%) el conjunto de actividades rutinarias en la UBS se había reducido. El 34% de los profesionales reportaron que esas acciones se mantuvieron y 10% de los profesionales informaron que fueron suspendidas<sup>29</sup>.

Análisis realizados a partir de los datos disponibles en los sistemas de información del Sistema Único de Salud mostraron que hubo reducción de las consultas médicas realizadas en la APS, consultas de prenatal y atención a pacientes diabéticos<sup>30</sup>.

Del mismo modo, datos del Sistema Nacional de Información de Atención Primaria muestran que en el periodo entre 2020 y 2019 hubo una reducción en la actuación de los equipos de SF, de 62% para las actividades colectivas (que incluyen grupos de pacientes, acciones colectivas de salud bucal, reuniones del equipo multiprofesional) y de 25% para la atención prestada por profesionales de nivel superior a domicilio (visitas domiciliarias). No obstante, la reducción de consultas individuales fue solo del 7%. Probablemente la reducción de los atendimientos individuales en las actividades de rutina de la APS se vio compensada por el aumento de la demanda de casos sospechosos de Covid-19<sup>31</sup>.

Para garantizar la continuidad del cuidado, con menor riesgo de contagio, se implementaron estrategias de seguimiento remoto de grupos prioritarios (teléfono/ whatsapp/consulta online) según el 60% de los profesionales y en procesos diversificados: busca activa, a partir de listas de usuarios por grupos prioritarios o visitas periferia domiciliarias de los ACS.

<sup>29</sup> Bousquat et al, (2020). Op.Cit.

<sup>30</sup> CHISINI L. A. et al. (2021). "Impact of the COVID-19 pandemic on Prenatal, Diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System". Pre print 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013> Consultado: 16 abr 2021

<sup>31</sup> MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE.(2021). "Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica SISAB". Disponible en: <https://sisab.saude.gov.br/> Consultado: 14 abr 2021.

En general los equipos de salud de la familia disponen de listas de usuarios de grupos prioritarios, instrumento que permite la búsqueda y seguimiento de enfermos crónicos que no han asistido a consulta con regularidad. Para asegurar la continuidad de la atención, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas que necesitan medicamentos de uso continuo, se ha ampliado el plazo de dispensación de prescripciones, permitiendo mantener el tratamiento sin muchas visitas a la UBS y en algunos casos con entrega de los medicamentos a domicilio por el ACS, apoyando el aislamiento social.

Además, el trabajo de los ACS en la ESF tiene un potencial enorme para la continuidad de los cuidados, teniendo en cuenta que en todo el país hay cerca de 260 mil agentes comunitarios de salud actuantes. Sin embargo, en junio de 2020, en la mayor parte de las UBS, los ACS habían sido retirados de su trabajo en campo de visitas domiciliarias en el territorio y estaban actuando en las unidades básicas de salud. No obstante, se observó una mayor presencia de ACS en los territorios en la región Nordeste del país, con poblaciones más desfavorecidas. En la región Nordeste, los ACS hacen búsqueda activa de grupos prioritarios, como por ejemplo las gestantes, en visitas domiciliarias adaptadas hablando con los residentes sin entrar a la vivienda, para reducir el riesgo de contagio.

Experiencias locales destacan como estratégico el papel del ACS en el enfrentamiento de la pandemia. Este actor ha actuado como enlace entre la comunidad y los servicios de salud, apoya las actividades de busca activa de casos y contactos, realiza acciones educativas en los territorios combatiendo las *fakenews* e identifica usuarios en vulnerabilidad<sup>32,33</sup>.

La continuidad de las acciones rutinarias que se ofrecen en la APS de promoción de la salud, prevención de daños y provisión de cuidados, y su adecuación al contexto pandémico indican preocupación de los profesionales del SUS por la preservación de la salud de los usuarios y grupos prioritarios.

---

<sup>32</sup> DUARTE R. B. et al. (2020). “Agentes Comunitários de Saúde frente à covid-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem”. *Enfermagem em Foco*, 11(1) Especial: 252-256, 2020. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597> Consultado: 18 abr 2021

<sup>33</sup> FERNANDEZ M. V.(2020). “Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19”. *APS em Revista*, 2(2): 114-121, 2020. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/84/60> Consultado: 18 abr 2021

## ACCIÓN COMUNITARIA Y APOYO SOCIAL

El abordaje colectivo de la pandemia incluye acciones de soporte a los grupos más frágiles y vulnerables que necesitan atención especial en el contexto de la epidemia, sea por su situación de salud y/o vulnerabilidad social, con el protagonismo de los agentes comunitarios de salud, articulados a iniciativas comunitarias y a otros sectores de políticas públicas.

El modelo atención de la Salud de la Familia está orientado hacia la comunidad, pero no siempre los equipos desarrollan acciones comunitarias. En el contexto de la pandemia iniciativas de apoyo social para los grupos vulnerables y de mayor riesgo en Covid-19 como ancianos, enfermos crónicos, personas en extrema pobreza o con inseguridad alimentaria fueron desarrolladas en diversas comunidades, muchas de ellas iniciadas por organizaciones de la propia comunidad.

Talleres de crisis, comités populares, articulaciones solidarias, observatorios académico-populares, barreras de vigilancia en salud popular, portales de internet para el monitoreo participativo son algunas de las iniciativas que de manera espontánea, han surgido en las favelas y en los territorios de los pueblos tradicionales para hacer frente a la Covid-19, dada la ausencia de políticas efectivas, a nivel federal<sup>34</sup>.

En diversos casos estas acciones fueron coordinadas en el territorio entre los equipos y los líderes y organizaciones comunitarias. En estas iniciativas se buscó garantizar recursos para que las personas pudiesen permanecer en el hogar, para el aislamiento de casos y cuarentena de contactos. Se observaron iniciativas para apoyar la inscripción en programas sociales de transferencia de ingresos, auxilio financiero de emergencia, distribución de canastas básicas de alimentos, mascarillas, materiales de higiene y ayuda a los ancianos en las compras.

## VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN LA APS EN EL SUS

La negociación del gobierno federal de Brasil hizo más difícil para los brasileños acceder a las vacunas frente la escasez en el mercado mundial y las grandes disparidades entre el norte y el sur global en el acceso a vacunas contra Covid-19.

Sin embargo, hay varias dificultades globales, como la escasez de materias primas, las grandes encomiendas de los países ricos, que exceden sus necesidades poblacionales, y las decisiones, de algunos países que concentran industrias farmacéuticas, de prohibir

<sup>34</sup> CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. (2020). *“Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente”*. Trabalho, Educação e Saúde, 18(3): e00298130, 2020.

la exportación de vacunas producidas en sus países<sup>35,36,37</sup>. Estas dificultades son motivo de preocupación no solo desde una perspectiva ética y de justicia social, sino también porque la falta de acceso oportuno a las vacunas puede prolongar aún más la pandemia y aumentar el riesgo de nuevas cepas del virus contra las cuales las vacunas aprobadas pueden no ser eficaces<sup>38</sup>.

Sumado a estos problemas globales, a mediados de 2020, el gobierno brasileño, se negó a negociar y comprar vacunas producidas por el Instituto Butantan de São Paulo y la empresa china Sinovac y rechazó las ofertas de las empresas Pfizer y Jansen. Inicialmente anunció que no participaría de la Covax Facility, la alianza mundial coordinada por la OMS para distribuir inmunizantes a los países de bajos y medios ingresos y posteriormente no aceptó todas las vacunas a las que tendría derecho en la Alianza. Además, el gobierno brasileño votó en contra de la propuesta de India y Sudáfrica en la OMC para suspender las patentes de vacunas, medicamentos y suministros hospitalarios para combatir el Covid-19 mientras dure la pandemia. Brasil es el único país contrario a la idea entre las naciones de ingresos medios y bajos.

Actualmente, abril de 2021, en Brasil contamos con vacunas que están siendo producidas en el país, Coronavac Butantan y Oxford / Astrazeneca / Fiocruz, pero aún continuamos dependientes de insumos farmacéuticos provenientes de China, con frecuentes retrasos.

Además de esta baja disponibilidad de vacunas contra Covid-19, el plan nacional de inmunización demoró en ser elaborado, está incompleto y no hay una definición clara de los grupos prioritarios con constante inclusión de nuevos grupos por presión de clientelas políticas del gobierno federal.

Sin embargo, la capacidad de la APS en el SUS para la inmunización rápida de la población sería enorme. Más de 37 mil centros de atención primaria de salud ofertan vacunación

---

<sup>35</sup> WHO.(2020). “Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX Facility”. OMS. 9 sep 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-through-the-covax-facility> Consultado: 1 mar 2021

<sup>36</sup> WHO. (2021). “WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19”. OMS. 5 Mar 2021. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-5-march-2021> Consultado: 12 mar 2021

<sup>37</sup> WOUTERS, O., et al. (2021). “Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment”. The Lancet, 397(10278): 1023-1034, 2021 Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00306-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00306-8/fulltext) Consultado: 15 mar 2021.

<sup>38</sup> Wouters et al., (2021). Op. Cit

de rutina, disponen de refrigeradores exclusivos para vacunas, tienen condiciones y están participando de la vacunación contra la Covid-19. El proceso de vacunación, mientras tanto es muy lento debido a la baja disponibilidad y distribución de vacunas en el país, pero aun así 35 millones de dosis de vacunas contra Covid-19 fueron aplicadas hasta mediados de abril de 2021.

La vacunación a través de los equipos de APS exige la organización de la UBS para esa actividad; entrenamiento específico pues se utilizan diferentes vacunas, con diferentes formas de aplicación y tiempos para la segunda dosis; registro adecuado en el carnet de vacunación; registro de personas vacunadas en los sistemas de información; y estrategias de vigilancia y seguimiento de posibles efectos adversos.

## NOTAS FINALES

En Brasil, así como en muchos países, las medidas de combate a la Covid-19 se centraron en la ampliación de la capacidad hospitalaria, construcción de hospitales de campaña, compra de respiradores, instalación de camas en cuidados intensivos, con gran difusión en la prensa, de estas iniciativas. El enfoque poblacional imprescindible para controlar la pandemia fue olvidado y la potencialidad de la APS en el SUS desperdiciada.

Se observaron enormes dificultades para la compra de elementos de protección personal, equipos de ventilación, kits y pruebas diagnósticas, dada la inmensa dependencia nacional de la importación de estos insumos. Se hizo evidente la necesidad de expandir la cadena productiva nacional para garantizar la autonomía del país en la producción de medicamentos, equipos, elementos e insumos para fomentar la soberanía sanitaria nacional.

El énfasis de las llamadas medidas no farmacológicas con aislamiento social estuvo centrado en aplanar la curva epidémica para la reducción de la presión de la pandemia sobre el sistema de salud. Este énfasis en aplanar la curva para dar tiempo al sistema de salud para prepararse para atender los pacientes de Covid-19 fue un gran error, pues se descuidaron las iniciativas para controlar la pandemia.

En Brasil, en el momento que escribimos, abril de 2021, es más que evidente que no hay posibilidad real del sistema de salud se preparar adecuadamente frente a tal aumento de demanda de una enfermedad gravísima. Es imposible instalar más camas de UCI en Brasil. No hay más disponibilidad de profesionales de salud o insumos básicos suficiente para enfrentar el enorme aumento de la demanda y la letalidad entre los ingresados en UCI supera los 60%. Con más de tres mil muertes por día, 95% a 100% de las camas de UCI ocupadas, falta de oxígeno en los hospitales inclusive en estado más rico del país, São Paulo.

La situación de los servicios de salud es de saturación y colapso. El momento impone un lockdown nacional con auxilio financiero suficiente para la población quedarse a la casa, pero el gobierno nacional continua con su política genocida.

La negación del gobierno nacional y el énfasis en la atención hospitalaria para responder a la pandemia no priorizando la vigilancia de la salud, la identificación de casos con test RT PCR, la búsqueda de contactos y la disposición de condiciones adecuadas para el confinamiento, no ha permitido controlar la pandemia.

Los países que tuvieron éxito accionaron todo su potencial no apenas para mitigar la pandemia, pero para el control de la pandemia, para suprimir el contagio, enfermedad y muertes – no para aplanar la curva y distribuir las muertes al largo del tiempo<sup>39</sup>.

Los mejores resultados en el control de la pandemia, con menores tasas de mortalidad en los países están relacionados a un conjunto de factores asociados: rapidez de la respuesta del gobierno central con acciones planificadas y coordinadas nacionalmente; comunicación clara y frecuente de los jefes de estado sobre los graves riesgos de la pandemia y la necesidad de medidas preventivas, la vigilancia epidemiológica intensiva con pruebas en todos los casos sospechosos, rastreo de contactos próximos y aislamiento de casos y contactos; el distanciamiento social rígido y el cierre de fronteras<sup>40</sup> (OECD, 2021; Summers et al, 2020).

En Brasil, el gobierno nacional de extrema derecha y ultraneoliberal, además del negacionismo imprime una política de austeridad fiscal draconiana que se asocia a problemas estructurales del SUS. Aunque el SUS está configurado como uno de los sistemas universales más grandes del mundo, desde su nacimiento ha sufrido la competencia del sector privado y las limitaciones que afectan la capacidad del Estado para garantizar el derecho universal a la salud. En los años 2000 con gobiernos de centro izquierda (Luiz Inácio Lula da Silva y Dilma Rousseff) se observó importante expansión de las políticas sociales, aumento de la financiación pública en salud y reducción de la pobreza y desigualdades. Pero, desde el 2015, fuertes conflictos políticos intensificaron una crisis económica, un golpe parlamentar y un ajuste fiscal draconiano. La Enmienda Constitucional 95/2016 congeló el gasto gubernamental durante los próximos 20 años y puso a prueba los fundamentos constitucionales de la Seguridad Social, incidiendo hasta el 2020 en una reducción de más

<sup>39</sup> Summers et al, (2020). Op.Cit.

<sup>40</sup> OECD/EUROPEAN UNION. (2020). “*Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*”. OECD Publishing, Paris, 2020. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en) Consultado: 23 abr 2021.

de 5 mil millones de dólares en el presupuesto federal en salud. El largo tiempo previsto en esta Enmienda es indudablemente suficiente para alterar las bases del SUS y de otras políticas sociales, conformando un Estado que ya no garantizará los derechos sociales.

Poner en acción toda la potencialidad de la Atención Primaria en Salud en un sistema universal como el SUS es imprescindible para la reducción de las profundas desigualdades en salud en Brasil, aunque no es suficiente. El estudio de Rocha et al (2021) mostró que la propagación del Covid-19 se vio más afectada por patrones de vulnerabilidad socioeconómica que por la distribución etaria de la población y la prevalencia de factores de riesgo para la salud. Las desigualdades socioeconómicas existentes, más que la edad, el estado de salud y otros factores de riesgo de Covid-19, han afectado el curso de la epidemia, con una carga adversa desproporcionada para los estados y municipios con alta vulnerabilidad socioeconómica. Aunque las respuestas de los gobiernos locales de los territorios con mayor vulnerabilidad han contribuido en la contención de los efectos de la epidemia, no fueron suficientes para superar las desigualdades.

En un escenario de inmensas desigualdades como Brasil, respuestas inmediatas y equitativas, coordinadas a nivel federal, son imperativas para evitar la rápida propagación del virus y las disparidades en los resultados (Castro et al 2021). ¡Pero lamentablemente eso no es lo que se sucede!

## BIBLIOGRAFÍA

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(supl.1): 2423-2446, Jun 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Consultado 17 Ago. 2020.

ASANO, C. L. et al. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. *Boletim Direito na Pandemia* n 10. CEPEDISA/FSP/USP e Conectas Direitos Humanos. São Paulo: 20.01.2021. Disponible en: [https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2021/01/Boletim\\_Direitos-na-Pandemia\\_ed\\_10.pdf](https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2021/01/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf) Consultado: 12 abr 2021.

BOUSQUAT, A., et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil, Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto 2020. Disponible en: <https://redeaps.org.br/2020/08/30/relatorio-completo-da-pesquisa-desafios-da-ab-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/> Consultado: 12 ene 2021.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3): e00298130, 2020.

CASTRO MC, MASSUDA A, ALMEIDA G, MENEZES-FILHO NA, ANDRADE MV, DE SOUZA NORONHA KVM, ROCHA R, MACINKO J, HONE T, TASCA R, GIOVANELLA L, MALIK AM, WERNECK H, FACHINI LA, ATUN R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303318.

CASTRO, M. C. et al. Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil. *Science eabh1558*, 2021. Disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/early/2021/04/13/science.abh1558/tab-pdf> Consultado: 16 abr 2021.

CHISINI L. A. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on Prenatal, Diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. Pre print 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013> Consultado: 16 abr 2021

DUARTE R. B. et al. Agentes Comunitários de Saúde frente à covid-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 11(1) Especial: 252-256, 2020. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597> Consultado: 18 abr 2021

FERNANDEZ M. V. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *APS em Revista*, 2(2): 114-121, 2020. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/84/60> Consultado: 18 abr 2021

GIOVANELLA L., Martufi V., et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*. 2020. Disponible em: DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1286. Consultado 4 abr 2021

GIOVANELLA L.; VEGA, ROMÁN, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00310142, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310> Consultado: 10 abr 2021

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & saúde coletiva*, 25(4):1475-1482, 2020. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en) Consultado: 5 abr 2021

GIOVANELLA, L. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf> Consultado 17 ago 2020.

MEDINA, M. G., et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? *Cadernos de Saúde Pública* 36:8, 2020. Disponible en: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Consultado: 20 ago 2020

MONITORACOV19. Nota Técnica 17, 08 de abril de 2021. Redes de Atenção à Saúde para Covid-19 e os desafios das esferas governamentais: Macrorregiões de Saúde e a curva que devemos "achatar". Disponible en: [https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_17.pdf](https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_17.pdf) Consultado: 13 abr 2021.

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica SISAB. Disponible en: <https://sisab.saude.gov.br/> Consultado: 14 abr 2021.

NETO, F. R. et al. A coordenação do cuidado, vigilância e Monitoramento de casos da covid-19 na Atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, 11(1) Especial: 239-245, 2020. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3682> Consultado: 15 abr 2021

OECD/EUROPEAN UNION. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2020. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en) Consultado: 23 abr 2021.

RIBEIRO, M. A. (RE) Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS em Revista, 2(2): 177-188, 2020. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125/54> Consultado: 18 abr 2021

ROCHA, R., et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. The Lancet Global Health, abril 2021. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4). Consultado: 15 abr 2021

SAVASSI, L. C. M., et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. Journal of Managent & Primary Health Care JMPHC, 12(e38): 1-13, 2020. Disponible en: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1006> Consultado: 16 abr 2021

SILVEIRA, J. P. M. y ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. APS em Revista, 2(2): 91-96, 2020. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122/57> Consultado: 18 abr 2021

SUMMERS, J., et al. Potential lessons from the Taiwan and New Zealand health responses to the COVID-19 pandemic. The Lancet Regional. 4, nov 2020. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100044> Consultado: 1 abr 2021

TA-CHOU N. G., et al. Effects of case- and population-based COVID-19 interventions in Taiwan. MedRxiv, Preprint, 2020. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.17.20176255> Consultado: 10 abr 2021

WHO SOLIDARITY TRIAL CONSORTIUM. Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results. New England Journal of Medicine, 384:497-511, feb 2021. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2023184?articleTools=true> Consultado: 15 abr 2021

WHO. Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX Facility. OMS. 9 sep 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-through-the-covax-facility> Consultado: 1 mar 2021

WHO. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. OMS. 5 Mar 2021. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-5-march-2021> Consultado: 12 mar 2021

WOUTERS, O., et al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. The Lancet, 397(10278): 1023-1034, 2021 Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00306-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00306-8/fulltext) Consultado: 15 mar 2021.



**PARTE 3**

## **ASPECTOS ESTRATÉGICOS EN LA PANDEMIA Y POST PANDEMIA**



## Un año de pandemia y sus lecciones: por una agenda sudamericana de investigación en salud global y sostenibilidad<sup>1</sup>

Deisy de Freitas Lima Ventura

Helena Ribeiro

Gabriela Marques di Giulio

Patrícia Constante Jaime

João Nunes

Cláudia Maria Bógus

José Leopoldo Ferreira Antunes

Eliseu Alves Waldman

El campo de la salud global volvió a ganar terreno en la comunidad académica, como consecuencia de la pandemia de COVID-19 que ha alcanzado dimensiones inéditas en el período contemporáneo, y sigue fuera de control en numerosos países. Nos referimos aquí a la salud global como un nuevo terreno en el que se reconfiguran las viejas disputas ideológicas, geopolíticas y metodológicas que operan en la esfera internacional, formando un campo que puede tanto ofrecer oportunidades reales para la búsqueda de la equidad<sup>2</sup> como ocultar intereses y agendas particulares los más variados<sup>3</sup>. Tal como ocurrió durante la emergencia internacional del Síndrome Congénito del Virus Zika, de la que Brasil fue epicentro en 2016<sup>4</sup>, la pandemia abrió espacio a la producción científica sobre el COVID-19 en revistas internacionales de gran impacto, que han priorizado y defendido el acceso abierto

<sup>1</sup> Este capítulo es una versión actualizada y ampliada, ahora dirigida a América Latina, de un artículo publicado originalmente en *Cadernos de Saúde Pública*, v. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4): e00040620.

<sup>2</sup> Biehl J, Petryna A (2014). “*Peopling Global Health. Saúde e Sociedade*”, 23(2), 376-389.

<sup>3</sup> Taylor S (2018). “*Global health: meaning what?*”. *BMJ Global Health* 2018;3:e000843.

<sup>4</sup> World Health Organization (2016). “*Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations*”. Disponible en: [https://www.who.int/en/news-room/detail/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr-2005\)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations](https://www.who.int/en/news-room/detail/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr-2005)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations). Acceso enero de 2021.

a las publicaciones como forma de contribuir a la respuesta internacional<sup>5</sup>. Del mismo modo, la investigación sobre el COVID-19 viene siendo inducida por organismos internacionales y universidades bajo los auspicios de importantes financiadores<sup>6</sup>. Sin embargo, la historia de las crisis sanitarias nos enseña que esta prioridad desaparecerá cuando la emergencia COVID-19 deje de estar a la cabeza de las agendas políticas y en los titulares de los principales medios de comunicación. La salud global es víctima de una estrategia cíclica de inversión, cuyo objeto es imprevisible según la emergencia de que se trate.

Como docentes vinculados al Programa de Post Grado en Salud Global y Sustentabilidad de la Universidad de São Paulo, Brasil, proponemos una reflexión sobre el nuevo “boon” de la producción académica en el campo de la salud global, a partir de dos elementos de análisis que consideramos fundamentales. El primero es el importante cambio en el papel que los Estados sudamericanos han desempeñado en las relaciones internacionales, y en particular en los foros internacionales relacionados a la salud y el medio ambiente, incluyendo una importante pérdida de liderazgo con respecto a la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030<sup>7</sup>. La segunda es precisamente la sostenibilidad como eje fundamental de una agenda de investigación en el ámbito de la salud global.

La expresión sostenibilidad, que reconocemos como polisémica y controvertida, se utiliza desde una perspectiva crítica e interdisciplinar, destacando cuestiones relacionadas con la diversidad cultural, la solidaridad con el planeta (y su biodiversidad), los valores éticos y la equidad, la igualdad de derechos, la justicia y la autonomía<sup>8</sup>. En su sentido básico, la sostenibilidad se refiere a la búsqueda de un desarrollo económico y social capaz de satisfacer a las necesidades del presente de manera a no comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer a sus propias necesidades<sup>9</sup>. Es necesario reconocer

<sup>5</sup> Carr D. (2020). “Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak”. Wellcome Trust Statement. Disponible en: <https://wellcome.ac.uk/press-release/sharing-research-data-and-findings-relevant-novel-coronavirus-COVID-19-outbreak>. Acceso enero de 2021.

<sup>6</sup> Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness.(2019). “GloPID-R facing the COVID-19 emergency with its members and partners”. Disponible en: <https://www.glopid-r.org/glopid-r-facing-the-COVID-2019-emergency-with-its-members-and-partners/>. Acceso enero de 2021.

<sup>7</sup> Organização das Nações Unidas-ONU (2015). “Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, 2015. Disponible en: [http://www.itamaraty.gov.br/images/ed\\_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf](http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf). Acceso enero de 2021.

<sup>8</sup> Silva Junior RD, Ferreira LC, Lewinsohn TM.(2015). “Entre hibridismos e polissemias: para uma análise sociológica das sustentabilidades”. Ambiente e Sociedade 2015; 18:4.

<sup>9</sup> World Commission on Environment and Development (1987). “Our common future”. Oxford: Oxford University Press; 1987.

igualmente que la satisfacción de las necesidades actuales de ciertas regiones del mundo ha dado lugar a desequilibrios que dificultan, o más bien imposibilitan, la vida en otras regiones. Sin embargo, una matriz interpretativa multidimensional referente a la sostenibilidad tiene un enorme potencial para pensar sobre los desafíos planteados en la modernidad tardía, que se extienden a través de diferentes dominios y escalas. Caracterizados por incertidumbres, ambigüedades y complejidades<sup>10</sup>, estos retos requieren respuestas e intervenciones que tengan en cuenta la necesidad de cambios profundos en el sistema socioeconómico, sobretudo en los modos de producción y consumo<sup>11</sup> en varios ámbitos, como la energía, la agricultura, el agua, el transporte, la vivienda y la salud. Reconocemos que la pandemia de COVID-19 es un fenómeno político que tiene sus raíces en nuestro reciente pasado neoliberal, como resultado de acciones y omisiones que han reducido la capacidad de los sistemas de salud para vigilar, contener y mitigar las epidemias; y que acentuaron la desigualdad económica, la precariedad laboral y el debilitamiento de los servicios públicos de atención, lo que, a su vez, colocó a una parte importante de la población en una situación de vulnerabilidad ante la enfermedad y de incapacidad para afrontar sus consecuencias<sup>12</sup>. Luego, nuestra visión de sostenibilidad involucra la continuidad de las políticas públicas, como elemento esencial para permitir soluciones estructurales y a largo plazo que realmente promuevan la igualdad, la cohesión y la justicia social, a través de políticas intersectoriales integradas, articuladas o por lo menos coordinadas.

Así, en cuanto a las emergencias internacionales de salud pública, abogamos por una agenda de investigación permanente, que tenga en cuenta no sólo la evolución de algunas enfermedades específicas, sino el impacto de distintas crisis en la salud de las poblaciones, además de investigar las causas sociales, medioambientales, económicas y políticas de las epidemias. De manera similar a la reacción a la emergencia internacional relacionada con el virus del Ébola que se produjo en África Occidental entre 2014 y 2015, una parte importante de la producción científica sobre el COVID-19 ha transmitido discursos de alto contenido normativo, que tienden a enfatizar la necesidad de vacunas y otras tecnologías, así como de construir sistemas de vigilancia internacionales eficaces, capaces de dar una respuesta inmediata y oportuna con vistas a la contención de las epidemias. Sin menospreciar la importancia de estos estudios y acciones, la literatura que se centra en la relación entre la

---

<sup>10</sup> Renn O. (2008). *“Risk governance: coping with uncertainty in a complex world”*. London: Routledge; 2008.

<sup>11</sup> Loorbach D, Frantzeskaki N, Avelino F.(2017). *“Sustainability transitions research: transforming science and practice for societal change”*. *Annu Rev Environ Resour* 2017; 42:599-626.

<sup>12</sup> Nunes, J. (2020). *“A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global”*. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00063120.

salud global y el Antropoceno pone claramente de manifiesto los límites de las soluciones tecnológicas como forma de responder a la aparición de nuevos patógenos, incidiendo también en importantes disfunciones políticas e institucionales<sup>13</sup>.

Consideramos esencial promover la investigación sobre las emergencias de forma continua y sistemática, y no sólo en los momentos de crisis más aguda en los que se exige la pronta actuación de los gobiernos, y cuando pueden causar pánico en la opinión pública. Además de las respuestas rápidas a los problemas emergentes, es necesario centrarse en la investigación interdisciplinaria de los problemas prioritarios de salud pública que no llaman la atención de los dirigentes políticos locales o mundiales porque son endémicos, no modifican rápidamente las tasas de morbilidad y mortalidad de la población y tienen pocas posibilidades de propagarse hacia los países ricos.

En este sentido, para diseñar una respuesta sostenible a las emergencias, es imprescindible profundizar las lecciones aprendidas de las cinco emergencias sanitarias internacionales declaradas anteriormente al COVID-19, de las que se habla raramente. Por ejemplo, poco se sabe hoy día sobre la emergencia relacionada a la propagación del Poliovirus, declarada en 2014<sup>14</sup> y que sigue en curso siete años después<sup>15</sup>. También reciente fue la emergencia del Ebola en la República Democrática del Congo, que ha durado de julio de 2019<sup>16</sup> a junio de 2020<sup>17</sup>. ¿Han sido ambas ofuscadas por el COVID-19, o su invisibilidad es independiente de la coyuntura? La comunidad académica debe investigar las razones por las cuales la atención internacional se centra en ciertas enfermedades y no en otras. La producción de conocimiento debe superar la perspectiva puramente tecnológica

<sup>13</sup> VENTURA, D & RACHED, Giulio G (2020). “Lessons from the Covid-19 pandemic: sustainability is an indispensable condition of Global Health Security”. *Ambiente & Sociedade*, 23, e0108. Epub July 03, 2020

<sup>14</sup> WHO (2014). “WHO statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee concerning the international spread of wild poliovirus”. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus>. Acceso enero de 2021.

<sup>15</sup> WHO (2021). “Statement of the Twenty-Seventh Polio IHR Emergency Committee”. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/19-02-2021-statement-of-the-twenty-seventh-polio-ihr-emergency-committee>. Acceso enero de 2021.

<sup>16</sup> WHO (2019). “Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 17 July 2019”. Disponible en: <https://www.who.int/ihp/procedures/statement-emergency-committee-ebola-drc-july-2019.pdf>. Acceso enero de 2021.

<sup>17</sup> WHO, (2020). “Final Statement on the 8th meeting of the International Health Regulations (2005)” <https://www.who.int/news/item/26-06-2020-final-statement-on-the-8th-meeting-of-the-international-health-regulations>. Acceso enero de 2021.

y biomédica de las emergencias, teniendo en cuenta cuestiones macroestructurales de los procesos de salud-enfermedad y su determinación social<sup>18</sup>. En este sentido, no se puede descuidar la contribución de las ciencias sociales y humanas.

En el caso del síndrome congénito del virus del Zika en Brasil, por ejemplo, la sostenibilidad aparece como una clave importante para el análisis de la emergencia. En primer lugar, porque la detección y la contención de la enfermedad sólo han sido posibles gracias a la existencia de un elemento estructural y permanente, el Sistema Único de Salud (SUS). La presencia de sistemas sanitarios bien estructurados, con capacidad de vigilancia e investigación, dirigidos por una masa crítica de profesionales bien formados y capacitados, es decisiva para la detección y contención de epidemias. En el caso del COVID-10, se constata que decisiones políticas pueden desafortunadamente neutralizar a las ventajas comparativas de sistemas como el SUS. Sin embargo, justamente en el caso de respuestas equivocadas a la pandemia, la existencia de estos sistemas por lo menos minimizó la amplitud de las catástrofes humanitarias. En segundo lugar, porque las principales disfunciones de la respuesta brasileña están relacionadas con el déficit de sostenibilidad de las iniciativas de saneamiento y control de vectores. Sólo el 52,36% de la población brasileña y el 26,7% de la población de la región Nordeste tienen acceso a la recogida de aguas residuales. El aumento de las temperaturas y las malas condiciones de saneamiento favorecen la proliferación de los mosquitos vectores. Así, las acciones de saneamiento sostenible aportarían resultados más beneficiosos que el control de los vectores mediante plaguicidas, que tienen un gran impacto en la salud humana y animal. Las acciones a favor de los derechos de los niños afectados por el síndrome, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres<sup>19</sup>, son también elementos importantes de la agenda de investigación.

La emergencia internacional del COVID-19 requiere, a su vez, investigaciones que se dediquen a la comparación entre las respuestas de los países de Sudamérica, identificando similitudes y diferencias. El rol del populismo y la ascensión de las fuerzas conservadoras en la región merecería especial destaque en estas investigaciones. En este sentido, los efectos restrictivos sobre los derechos de las personas antes, durante y después de las emergencias también merecen la máxima atención de los investigadores. La pandemia

---

<sup>18</sup> NUNES J & PIMENTA DN, (2016). "A epidemia de Zika e os limites da saúde global". Lua Nova 2016; 98:21-46.

<sup>19</sup> VENTURA D et al. (2020). "A rights-based approach to public health emergencies: The case of the 'More Rights', Less Zika' campaign in Brazil, *Global Public Health*". Disponible en DOI: 10.1080/17441692.2020.1830425. Acceso en enero de 2021.

en curso viene dando lugar a discriminaciones por razón de origen<sup>20</sup> y a restricciones injustificadas a la movilidad internacional de las personas<sup>21</sup>.

La deconstrucción del enfoque fragmentario de las emergencias requiere también el estudio de sus orígenes medioambientales y de las posibles repercusiones de la respuesta (o de la falta de ella) en el medio ambiente, la salud y el desarrollo local. En este sentido, pese al protagonismo que algunas de las emergencias internacionales pueden alcanzar, fundamental es reconocer ellas constituyen solamente una parte de un campo más amplio. Este campo debería incluir una mirada crítica a la cooperación internacional en el ámbito de la salud; el estudio de la doble carga de la malnutrición, que implica tanto la desnutrición como la obesidad y exige una orientación sobre los derechos humanos en materia de alimentación y salud<sup>22</sup>; el impacto del cambio climático, con especial énfasis en las relaciones entre los fenómenos globales y locales en la interfaz entre la salud y el medio ambiente; la investigación sobre las políticas exteriores de los Estados en el ámbito de la salud, y la dinámica del poder en las organizaciones internacionales; y la interrelación entre migración y salud, entre otros temas.

El cambio climático representa una emergencia sin precedentes que amenaza el futuro de los derechos humanos, poniendo en riesgo los avances en materia de desarrollo y reducción de la pobreza logrados en los últimos 50 años<sup>23</sup>, profundizando cada vez más las asimetrías entre los Estados, ya que repercute principalmente en los países de renta baja y media. También están presentes en el concepto de una “sindemia global” según el cual las pandemias de obesidad y malnutrición como un gran desafío para los seres humanos, el medio ambiente y el planeta, vinculado a factores fundamentales compartidos en los sistemas agroalimentarios, el transporte, el diseño urbano y el uso del suelo<sup>24</sup>. Con

<sup>20</sup> RIBEIRO, H, LIMA VM, WALDMAN EA (2020). “*In the COVID-19 pandemic in Brazil, do brown lives matter?*”. Publicado en *Lancet Glob Health*, 2020 Aug;8(8):e976-e977.

<sup>21</sup> STANDLEY, C.J., CHU, E., KATHAWALA, E. et al. (2020). “*Data and cooperation required for Venezuela’s refugee crisis during COVID-19*”. *Globalization and Health* 16, 103 (2020).

<sup>22</sup> BUSE K, PATTERSON D, MAGNUSSON R, TOEBES B. (2019) “*Urgent call for human rights guidance on diets and food systems*”. *The BMJ Opinion* 2019; 30 oct. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/10/30/urgent-call-for-human-rights-guidance-on-diets-and-food-systems/>. Acceso enero de 2021.

<sup>23</sup> HUMAN RIGHTS COUNCIL. (2019) “*Climate change and poverty. Report of the special rapporteur on extreme poverty and human rights*”. Publicado en: <https://reliefweb.int/report/world/climate-change-and-poverty-report-special-rapporteur-extreme-poverty-and-human-rights>. Acceso enero de 2021.

<sup>24</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (2019). “*Sindemia global: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas: relatório da Comissão The Lancet*”. [https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the\\_lancet-sumario\\_executivo-baixa.pdf](https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf). Acceso enero de 2021.

sistemas agroalimentarios cada vez más globalizados, los mecanismos de regulación de los alimentos asumen un papel crucial en la agenda internacional de seguridad alimentaria y nutricional, que debe reafirmarse como una cuestión de salud global<sup>25</sup>.

También es de gran importancia dominar las metodologías de investigación empleadas en el campo de la salud global, ampliando la capacidad de los investigadores sudamericanos para dialogar con la literatura internacional en el área, tanto para cuestionarla, como para sumarse a las escuelas críticas que vienen surgiendo en todo el mundo, inclusive en los países en desarrollo. Desde el punto de vista de la cooperación académica internacional, deben priorizarse las iniciativas en Sudamérica y el llamado Sur Global. En ámbito regional, duplos diplomas de grado y post grado, iniciativas de formación continuada y llamadas de trabajos deben ser impulsadas, consolidando una creciente aproximación entre las universidades e institutos de la región que actúan en el campo de la salud. Podrían seguirse caminos metodológicos prometedores, como los estudios sobre la circulación, difusión y transferencia global de las políticas públicas. El desarrollo de la capacidad metodológica para los estudios de casos, así como la mejora de las metodologías para los estudios de casos comparativos son también de gran interés. Sería importante compartir iniciativas de perfeccionamiento de los métodos de investigación de las desigualdades e inequidades en salud que están presentes en toda América Latina, y buscar una armonización de las estadísticas entre los países para facilitar los estudios conjuntos o comparativos.

Por último, es necesario estudiar en profundidad el papel que ha desempeñado la cooperación internacional en Sudamérica, como elemento fundamental de una nueva agenda. Entre 2008 y 2019, gracias a la existencia de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), la región ha podido contar con el Consejo de Salud Sudamericano, integrado por los 12 Ministros de Salud, que han buscado el enfrentamiento colectivo de los países a la pandemia de influenza de H1N1 y de epidemias de dengue; han fomentado acciones comunes contra otras enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, con el apoyo de centenas de técnicos de los ministerios y sistemas de salud de los Estados miembros<sup>26</sup>. En apoyo al Consejo de Salud Suramericano, durante años el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), con sede en Río de Janeiro, además de ser un centro de altos estudios, promovió la producción de conocimiento y la creación de redes de personal técnico, promoviendo “una revolución silenciosa en la diplomacia de la salud

<sup>25</sup> RIBEIRO H, JAIME PC, VENTURA DFL (2017). “Alimentação e sustentabilidade”. *Estud Av* 2017; 31:185-98.

<sup>26</sup> BUSS PM y TOBAR S. (2020). “La COVID-19 y las oportunidades de cooperación internacional” en salud. *Cadernos de Saúde Pública* v. 36, n. 4, e00066920.

en Suramérica”<sup>27</sup>. Parece imprescindible investigar lo que pasó con estas agendas comunes con el cierre del ISAGS y el término de UNASUR, y cual el rol desempeñado por los nuevos mecanismos de integración regional durante la pandemia.

Brasil ocupa especial lugar en esta reflexión porque, en las últimas década,s fue un líder de una visión crítica de la gobernanza sanitaria mundial, con una política exterior en este ámbito cualificada por los principios y la experiencia del SUS<sup>28</sup>. El giro que ahora promueve el ascenso de la extrema derecha al gobierno federal implica el vaciamiento del liderazgo histórico de Brasil en temas de la mayor importancia (VIH/SIDA, propiedad intelectual, acceso a medicamentos esenciales, cooperación Sur-Sur, integración regional, etc.) y el desplazamiento de la acción brasileña en favor de una agenda conservadora, substituyendo el ex Presidente de Estados Unidos, Donald Trump, en el liderazgo de una coalición que reúne gobiernos autoritarios y fundamentalistas religiosos. La nueva correlación de fuerzas en el gobierno federal, que se resiste a abordar la cuestión del clima, y el apoyo político a las prácticas agrícolas depredadoras también deberían agravar este escenario, haciendo que los estudios críticos sobre el futuro de la implementación de la Agenda 2030 sean aún más importantes. En este sentido, Brasil pasa a formar parte de una alianza internacional con un potencial especialmente dañino para la salud de las poblaciones menos favorecidas del mundo y el medio ambiente. En un escenario de descrédito de la educación y la ciencia, es aún más importante que los investigadores en el campo de la salud global sean conscientes de los temas en los que el nuevo papel internacional de Brasil tiene un mayor impacto, como las cuestiones relacionadas con la democracia y los derechos humanos, y en particular las cuestiones de género. Por otro lado, es fundamental estudiar las perspectivas que la nueva administración de los Estados Unidos puede traer para el equilibrio de fuerzas políticas en la región.

Desafiando el predominio del hemisferio norte en la agenda de investigación en salud global, e incorporando la sostenibilidad como referencia capaz de orientar una visión crítica de los ciclos de interés dedicados al campo, los investigadores sudamericanos pueden al mismo tiempo enfrentar la importación automática de una producción normativa centrada en los intereses del mundo desarrollado, y contribuir a la consolidación de enfoques de salud global en los que las personas y el medio ambiente están de hecho en primer lugar<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> HERRERO, M. B. Y TUSSIE, D. (2015) “UNASUR Health: A Quiet Revolution in Health Diplomacy in South America”, *Global Social Policy*, vol. 15, núm. 3, 2015, pp. 261-277.

<sup>28</sup> BUSS PM. (2018). “Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS”. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1881-90.

<sup>29</sup> BIEHL J, & PETRYNA A (2014). “Peopling Global Health”. *Saúde e Sociedade*, 23(2), 376-389.

## Acceso a Equipamientos, Medicamentos, Vacunas e Insumos en la pandemia

Francisco Augusto Rossi Buenaventura<sup>1</sup>

Claudia Marcela Vargas Peláez<sup>2</sup>

La necesidad imperiosa de una narrativa desde el sur, sobre el acceso a vacunas, tratamientos, insumos y equipos para la pandemia

William Ospina<sup>3</sup>, escritor colombiano, inicia uno de sus libros diciendo:

*“Los pueblos americanos fuimos el primer fruto de eso que ahora se llama globalización, pero no acabamos de creer que el fenómeno exista. Quienes padecen los males de un planeta integrado pero injusto, no creen tener derechos que reclamar; quienes se benefician de un intercambio desigual no creen tener responsabilidades planetarias.”*

El mundo enfrenta una terrible pandemia, que para la mayoría de nosotros será la más grave emergencia global que veremos en nuestras vidas. Ha sido brutal la forma en que todos nos hemos visto afectados en términos sociales, familiares y ciertamente en los aspectos económicos. El continente americano, con cualquier referencia que uno quiera utilizar y en la que tenga razonable confianza, ha sido y es el más severamente afectado, con el triste liderazgo en personas infectadas y en muertes.

<sup>1</sup> El Dr. Francisco Augusto Rossi Buenaventura es Médico y epidemiólogo con una larga experiencia en medicamentos y se desempeña como investigador de la Fundación IFARMA/Colombia

<sup>2</sup> La Dra. Claudia Marcela Vargas Peláez es química farmacéutica. MsC. Farmacología, PhD en Farmacia y se desempeña como investigador de la Fundación IFARMA/Colombia

<sup>3</sup> Ospina, W. (2002). *Los nuevos centros de la esfera*. Bogotá. Colombia: Talleres gráficos D´Vinni.

Los países latinoamericanos hemos puesto una alta cuota de muertes en términos absolutos y relativos, que aún no sabemos o no queremos saber si se deben a las grandes desigualdades económicas y sociales (seguimos siendo el continente más inequitativo del planeta), a las grandes inequidades en el acceso a servicio de salud, a nuestras altas tasas de pobreza, hacinamiento e informalidad, o si enfrentamos un enemigo malévolo, un virus más inteligente que toda la inteligencia humana, un enemigo colosal que debemos enfrentar todos unidos, eso sí cerrando fronteras, encerrándonos en casa y rodeando a nuestros gobernantes de turno contra el enemigo común.

Pero a pesar de nuestro peso específico en los efectos de la pandemia, no formamos parte del círculo en el que se discuten las causas, se observan las tendencias, se eligen escenarios y, sobre todo, se toman decisiones. Ni siquiera podemos manejar los números. Hacemos nuestros reportes locales, pero existen unas grandes y respetables instituciones, todas en el norte global, que nos califican, nos contabilizan y nos llevan de la mano.

No hemos podido conseguir espacio para presentar una narrativa latinoamericana sobre esta pandemia. No desde nuestros gobiernos, más preocupados por conseguir un lugar en la fila para obtener números irrisorios de vacunas que por responder a la altura del reto que les ha tocado, pero tampoco desde la academia o desde los movimientos sociales, desde la sociedad civil.

No ha sido falta de entusiasmo, o de conciencia o de voluntad. Es que el mundo, y especialmente la denominada “comunidad *Internacional*” dejó de ser ese espacio ideal en el que los referentes eran la democracia, la igualdad, la solidaridad, el respeto a los derechos de todos los seres humanos, seres humanos iguales. Llegó la pandemia y las únicas voces que se oyeron fueron las de los países del norte, las de los países ricos, las de los ricos del mundo. Las de los beneficiarios de un orden económico internacional, que ha hecho todo lo que está en sus manos para que la pandemia se convierta en una nueva oportunidad de negocio, ha despreciado todos los valores de la civilización occidental, puso en jaque al multilateralismo y nos tiene observando, como espectadores impotentes, que a mitad de febrero del 2020, 10 países concentren el 75% de las vacunas disponibles mientras hay países enteros que no han recibido ni una. Que algunos países hayan adquirido vacunas para 3 o 4 veces su población mientras otros no tienen ni una. Que los países más ricos, que pagaron más que los otros, ya han vacunado fracciones del 50% o más de sus habitantes y otros ninguno.

Dentro de nuestra propia región y haciendo gala del nacionalismo que tanto se ha diseminado durante la pandemia, las diferencias entre nuestros propios países también son absurdas y obedecen a la capacidad de negociación política y económica. Algunos han

podido negociar mejor por su peso específico, o porque tienen capacidad de producción en su territorio, mientras otros aceptaron la prescripción de la tecnocracia internacional de especializarse en aquello en lo que tenían ventajas comparativas.

Así se desprende de la siguiente tabla, en la que, solamente 5 países han llegado a superar la cifra del 1% de su población total, a pesar de haber hecho, en todos los casos, un despliegue propagandístico enorme, cuando no han terminado en escándalos por favorecer a los altos funcionarios o los familiares de los responsables del proceso de vacunación.

Personas con al menos una vacuna contra COVID-19 en América Latina, al 26 de Febrero de 2021				
País	Población	Número de vacunados	Porcentaje vacunado	Nombre de vacunas por recibir
Chile	19,000,000	3,290,000	17.2%	Pfizer, Sv,AZ,J&Jc covax
Brazil	211,000,000	8,000,000	3.8%	AZ, SV
Costa Rica	5,500,000	101,000	2.2%	Pfizer, AZ
Panamá	4,200,000	93,000	2.2%	Pfizer, AZ, Covax,J&J
Argentina	45,000,000	903,000	2.1%	AZ,J&KSf, Sputnik,
Peru	32,500,000	254,000	.77%	SF,AZ,Pfizer, Covax
Rep. Dominicana	11,200,000	26,000	.26%	AZ, SV,Covax
Colombia	51,000,000	66,000	.13%	Pfizer,SV AZ Mod.J&J
Bolivia	11,500,000	10,000	.09%	Sputnik,AZ, SF,covax
Ecuador	18,200,000	8,100	.05%	Pfizer, AZ, Covax
Paraguay	7,000,000	1,300	.02%	covax
Uruguay	3,400,000	0	0%	ND
Honduras	10,000,000	0	0%	Pfizer, AZ, Covax
Guatemala	17,500,000	0	0%	Pfizer, mod. J&J
El Salvador	6,500,000	0	0%	AX, covax
Cuba	11,500,000	0	0%	soberano1 y 2*
Venezuela	28,500,000	0	0%	Sputnik,Covax,soberano
México	128,000,000	ND	ND*	AZ, sputnik,covax cansinbio

SV: Sinovac, J&J: Johnson & Johnson, AZ: Astra Zeneca SF: Sinofarm, Mod: Moderna, Soberano: vacuna de Cuba aun no disponible. ND: Sin data.

Tabla hecha por Richard Stern and Melvin Gonzales.

## AQUÍ LLEGAMOS PORQUE PARA AQUÍ VENÍAMOS

La pandemia ha servido, sobre todo, para mucha retórica política. Es la mayor amenaza del siglo contra nuestra forma de vivir, el mayor peligro de nuestros tiempos, el enemigo silencioso y un largo etcétera, que sin duda alude a la retórica de la guerra contra un enemigo externo, contra una amenaza que viene de fuera, y que se refleja en las palabras que elegimos, o que eligen nuestros gobernantes en el mundo entero para reclamar el liderazgo del guerrero, exigir a la manada rodear a su líder y cerrar filas a su alrededor. Retórica que ha servido para todas las guerras de que tenemos noticia y que sirvió para justificar y apuntalar las restricciones a las libertades ciudadanas en tiempos de guerra y en tiempos de pandemia.

La pandemia llega también en el período en el que más nos tenemos que preocupar por la tragedia ambiental en que nos hemos convertido con nuestra forma de vivir, que representa el cambio climático y el calentamiento global.

Algunas voces se han levantado aquí y allá para desafiar ese discurso y cuestionar, precisamente, nuestro modo de vivir. Nuestra cultura de la obsesión por el crecimiento, por la acumulación, por el desperdicio, por el consumo. Cultura de la inmediatez y de la irresponsabilidad que, como dijera el gran jefe Seattle al Presidente de los Estados Unidos hace más de dos siglos *“La tierra es preciosa, y despreciarla es despreciar a su creador. Los blancos también pasarán; tal vez más rápido que todas las otras tribus. Contaminen sus camas y una noche serán sofocados por su propia basura”*.

Todos hemos visto con pánico los documentales y las fotos de las islas de desechos de plástico en los mares del mundo. Pero preferimos refugiarnos en la narrativa de la catástrofe natural, que nos quita la angustia de no haber hecho algo relevante para detener a los que nos condujeron a donde estamos, a los beneficiarios de este desorden.

La ciencia ya no discute que estamos ante un virus zoonótico, resultado de una mutación muy probablemente originada en murciélagos y transmitida a cerdos o a pequeños mamíferos como el pobre pangolín. Pero más allá de las apasionantes elucubraciones virológicas, las cada vez más frecuentes epidemias tienen su origen en la forma en que corremos cotidianamente las fronteras agrícolas y acabamos las reservas naturales, la forma en que el tráfico de especies exóticas sustenta economías, la forma en que “cultivamos” intensivamente cerdos, pollos y vacunos para alimentar las enormes cantidades de seres humanos que hoy somos.

Todos vimos conmovidos las imágenes de animales salvajes invadiendo los parques urbanos en las épocas de cuarentena estricta. Osos irrespetando los semáforos en rojo. Uno

se pregunta si una pandemia como ésta, que no es la primera y parece que no será la última, pudiera ser una voz de alerta del planeta para que paremos esta carrera desenfrenada que amenaza nuestra supervivencia como especie. Pero también podría pensarse que es la vida misma del planeta la que actúa en defensa propia.

Para nuestra sorpresa, la cantidad de personas que han acogido la tesis del que fuera Presidente de los Estados Unidos, según la cual la pandemia es el resultado de una “conspiración” de los Chinos contra occidente, o en el mejor de los casos, de un error que ha sido escondido con la complicidad de la OMS, es enorme. Y el que la ciencia haya descartado esta hipótesis no impidió que la OMS fuera obligada a destinar una importante cantidad de recursos a enviar una misión de expertos a la China a verificarla. Lo que un científico tiene que hacer cuando un virus se convierte en un asunto brutalmente politizado<sup>4</sup>.

## LAS RAZONES DE LA PANDEMIA Y LA DISCUSIÓN SOBRE EL REGRESO A LA NORMALIDAD

Sostener que la pandemia es solamente el resultado de la rapidez con la cual un virus puede mutar, resulta sumamente útil para argumentar que el objetivo fundamental es pasar la crisis, sobre todo del colapso de las escasas unidades de cuidado intensivo, recuperar la economía y volver a la normalidad. Y en ese empeño, contar con una vacuna a la mayor brevedad posible, sería el triunfo de la ciencia y de la humanidad sobre la naturaleza.

Semejante sobresimplificación es de gran utilidad para no cuestionar el modelo económico y su sustento ideológico y político.

Las cifras, especialmente en América, han mostrado que se mueren más los pobres, los que viven en condiciones de hacinamiento, los que poco pueden respetar las normas de distanciamiento y confinamiento por trabajar al día y en la informalidad.

Al mismo tiempo nos vimos sorprendidos por la forma en que los recursos de salud habían sido sometidos a un proceso de racionamiento para maximizar los beneficios y minimizar los gastos y el desperdicio, mientras el personal sanitario experimentó una precarización en sus condiciones laborales. En países europeos, herederos de una lógica de sociedad de bienestar como Italia y España, se pudo observar una reducción de camas hospitalarias y de servicios de salud pública (como la vigilancia epidemiológica) en los últimos 10 años, producto del giro hacia enfoques más neoliberales, eficientistas.

<sup>4</sup> OMS. (2020). *WHO.int*. Obtenido de Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA 73.1: Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_R1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf). Acceso enero de 2021.

Colombia es uno de los países que se ponen como ejemplo a seguir por sus avances en la cobertura universal basada en el aseguramiento individual para la reducción del riesgo financiero de los hogares, que hoy impulsa la OMS, derrotada por los bancos en su empeño de mantener la Atención Primaria como el modelo más apropiado para países en desarrollo. Al inicio de la pandemia, el país re-descubrió que los trabajadores de la salud eran, en su gran mayoría, trabajadores independientes, pues las formas de contratación estable y permanente se reservaron en el país para el personal de las áreas administrativas y financieras. Pasado un año del inicio de la pandemia y a pesar de promesas y promesas, la situación poco ha cambiado<sup>5</sup>. Di

Con tantos personajes que se beneficiaban del Status Quo, que además se han sabido acomodar para beneficiarse de la crisis, uno puede entender que se concentren los esfuerzos en eludir la crítica y el cuestionamiento, se busque desesperadamente la vacuna y se evite cualquier esfuerzo de cambio, especialmente de cambios estructurales.

## LAS OPCIONES DE RESPUESTA POSIBLE. UTOPIÁS.

Una vez instalada la pandemia y superada la inacción de los primeros meses en las que solamente se podía recurrir al confinamiento forzado, llorar a los muertos y esperar que las Unidades de Cuidado intensivo fueran suficientes, el mundo se concentró en la búsqueda de un tratamiento eficaz, pero sobre todo de una vacuna que pudiera cortar la transmisión. Conseguida la inmunidad de rebaño, podríamos regresar a la normalidad.

Pero cómo conseguir de manera rápida, una vacuna eficaz que ayudara a todos a resolver el problema que todos estábamos enfrentando? Varias respuestas eran posibles.

La primera que saltó a la luz muy temprano, fue la que propuso el Secretario General de la ONU, Antonio Guterres. Fundamentalmente orientada a calificar una vacuna como un “*bien público global*”, la propuesta contenía elementos, cuando menos, inspiradores.

Tan temprano como el 24 de abril de 2020, en el lanzamiento de la Declaración de compromiso y la Convocatoria de apoyo para la colaboración global para acelerar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las nuevas herramientas COVID-19,

<sup>5</sup> Notinetlegal, P. I. (2020). Notinetlegal. Dponible en: <https://www.notinetlegal.com/precarizacion-laboral-en-el-sector-salud--642.html>. Acceso enero de 2021.

António Guterres dijo a los líderes globales:

*“La salud humana es el bien público mundial por excelencia. Y hoy, nos enfrentamos a un enemigo público global como ningún otro.*

*En un mundo interconectado, ninguno de nosotros está a salvo hasta que todos estemos a salvo. COVID-19 no respeta fronteras. COVID-19 en cualquier parte, es una amenaza para todas las personas, en todas partes.*

*El mundo necesita el desarrollo, la producción y la entrega equitativa de vacunas, terapias y diagnósticos para la COVID-19 seguros y eficaces. No una vacuna o tratamientos para un país, una región o la mitad del mundo, sino una vacuna y un tratamiento asequibles, seguros, eficaces, de fácil administración y universalmente disponibles para todos, en todas partes.*

*Un mundo libre de COVID-19 requiere el esfuerzo de salud pública más masivo de la historia. Se deben compartir datos, preparar la capacidad de producción, movilizar recursos, involucrar a las comunidades y dejar de lado la política. Sé que podemos hacerlo. Sé que podemos poner a las personas primero.*

*Estas nuevas herramientas deben ser un ejemplo muy claro y esencial de un bien público global.*

*Durante demasiado tiempo, hemos infravalorado y subinvertido en bienes públicos mundiales: un medio ambiente limpio, ciberseguridad, paz, y la lista continúa.*

*Entonces, que esta sea una lección vital de esta pandemia: la necesidad de una nueva urgencia en apoyo de los bienes públicos mundiales y la cobertura sanitaria universal.*

*Estamos en la lucha de nuestras vidas. Estamos juntos en esto. Y saldremos más fuertes, juntos”.*<sup>6</sup>

*No dijo más. No dijo menos.*

El mundo se enredó en un debate del concepto de bienes públicos, el multilateralismo fue sometido a una intensa presión, el entonces Presidente Trump chantajeó abiertamente

---

<sup>6</sup> GUTERRES, A, (2020) “Remarks at the launch of Statement of Commitment and Call for Support for the Global Collaboration to Accelerate the Development, Production and Equitable Access to New Covid-19 Tools. 24 de Abril de 2020. Disponible en: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2020-04-24/statement-of-commitment-and-call-for-support-for-the-global-collaboration-accelerate-the-development-production-and-equitable-access-new-covid-19-tools>. Acceso enero de 2021.

a todas las instituciones multilaterales con reducciones de sus aportes obligatorios y primero amenazó con retirarse de la OMS, lo que después cumplió con más terquedad que inteligencia, pues ya la había inmovilizado solamente con las amenazas.

Por la misma época, el Presidente de Costa Rica, Dr Carlos Alvarado Quesada y su Ministro de Salud, Dr. Daniel Salas Peraza, dirigieron al director de la OMS una carta, proponiendo un esquema intermedio, en el cual, los Derechos de propiedad intelectual sobre medicamentos, vacunas, dispositivos e insumos para la pandemia, fueran “compartidos” en un “pool” de licencias voluntarias concedidas por los titulares de la patentes a la OMS y a la comunidad internacional.

El resto del mundo no dijo nada. En la práctica y con una importante contribución de lo que hoy se ha denominado el “filantropo capitalismo”, los que vieron en la pandemia una oportunidad de negocio, consiguieron que todos los gobernantes, especialmente los de los países ricos, apostaran por las opciones basadas en el mercado, fundamentadas en el uso de la propiedad intelectual y destinadas a grandes ganancias. El papel de la fundación de Bill y Melinda Gates y de la iniciativa GAVI fue determinante para que el mundo optara por lo que hoy tenemos. A fin de cuentas, unos y otros han sido los grandes beneficiarios del modelo de mercado basado en los incentivos de la propiedad intelectual para incentivar la innovación, ya sea en el sector de la tecnología y la informática o en el sector farmacéutico.

## EL DEBATE SOBRE EL MODELO DE INNOVACIÓN

ADPIC<sup>7</sup> no fue el resultado de una decisión voluntaria y los países en desarrollo fueron empujados a conceder patentes para medicamentos si querían formar parte del comercio mundial y si querían exportar, sin aranceles, sus bananos, su café, sus camarones o sus flores.

La participación de la industria farmacéutica multinacional detrás de los países desarrollados para “convencer” a los países pobres de vincular medidas contrarias a la

<sup>7</sup> ADPIC se refiere al “Acuerdo sobre los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio” (ADPIC), en particular su Artículo 73, plantea las excepciones relativas a la seguridad y plantea que cualquier Miembro de la Organización Mundial del Comercio puede adoptar “las medidas que estime necesarias para la protección de los intereses esenciales de su seguridad”. El uso de esta excepción estará plenamente justificado para obtener productos tales como medicamentos y vacunas y dispositivos médicos o para utilizar las tecnologías para fabricarlos, según sea necesario, a fin de hacer frente a la actual emergencia de salud. Ver: [https://www.wto.org/spanish/docs\\_s/legal\\_s/27-trips.pdf](https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf). Acceso enero de 2021.

competencia (como son todas las de propiedad intelectual) en nombre del “Libre Comercio” ha sido ampliamente documentada<sup>8</sup>.

Después de ADPIC, se generó en el mundo un fenómeno de concentración de la innovación farmacéutica en aquellas empresas y en aquellos países capaces no solo de utilizar la propiedad intelectual en su beneficio, sino de “captar” las inversiones necesarias para la investigación y para el desarrollo de nuevos productos. Inversiones que aspiraban a obtener retornos de alta rentabilidad, que era justamente la promesa de la propiedad intelectual.

Muy rápidamente se iniciaron en el mundo entero, y en particular en el seno de la OMS, debates intensos por las implicaciones en los precios y en el acceso a las innovaciones para los países en desarrollo. La aparición del VIH (la pandemia del siglo pasado) y la aparición de medicamentos que, por primera vez en la historia de la medicina, significaban la diferencia entre la vida y la muerte, convirtieron este debate en algo realmente dramático.

Más allá de la gran cantidad de literatura existente sobre las contradicciones entre propiedad intelectual y acceso a medicamentos en el VIH y el SIDA, lo que sucedió con los medicamentos fue que llegaron con 10 y más años de retraso a los países más pobres, y mientras tanto, murieron en esos países millones de personas. En otras palabras, el mundo y la comunidad internacional prefirió la rentabilidad de un modelo de innovación basado en propiedad intelectual, que las vidas humanas.

Esas no fue una decisión fácil y el nivel de los debates fue, en aquel entonces, tan intenso o más que el que hoy enfrentamos a propósito del acceso a las vacunas. Pero más que un problema de razonamientos, de principios o de argumentos, ha sido un problema de poder político y poder económico.

Hemos de decir que, si bien los problemas derivados de los precios y sus consecuencias en el acceso, eran por sí solos suficiente argumento para la controversia sobre el modelo de innovación, pues significaban entonces y significan hoy un acceso condicionado a la capacidad económica, fueron apareciendo nuevos argumentos, que hoy se vuelven más relevantes en la pandemia.

El primero y gran importancia a la luz de la propuesta del Secretario General de las Naciones Unidas, es el del secretismo en la investigación. La invitación a enfrentar como

---

<sup>8</sup> Drahos, P. (2008). “Trust me: Patent offices in developing countries”. Canberra, Australia.: Centre for governance of knowledge and development. Working paper. Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1028676>. Acceso enero de 2021.

humanidad esta tragedia, era a juntarnos todos y poner nuestro concimiento y nuestras capacidades al servicio de todos. Era una invitación a un esquema de ciencia abierta en el que todos los investigadores compartieran sus avances, sus resultados y ganáramos tiempo en llegar rápidamente a una solución para todos.

Así no funciona la innovación basada en propiedad intelectual y orientada a la búsqueda de la rentabilidad. La única manera de obtener una patente es demostrando que nadie había hecho lo que el solicitante logró, que nadie había inventado lo que inventó. Y para ello existen protocolos de confidencialidad y contratos destinados a que la información sobre investigaciones en salud no se divulgue, pues perdería sus ventajas comerciales. Los secretos industriales.

Estamos hablando de la salud de las personas en todas partes. En el marco de la peor emergencia sanitaria de este siglo. Pero en lugar de procurar ganar tiempo y concentrarse en la mejor opción para todos, el mundo prefirió gastar grandes cantidades de recursos en más de 300 proyectos, cada uno protegido por acuerdos de confidencialidad, apostando a que, los que primero pudieran mostrar resultados, serían los ganadores de una carrera por el negocio del siglo.

Desde una lógica eficientista, se trata de un modelo costoso, fragmentado y a todas luces inconveniente por ineficiente. De nuevo, esto ha sido el resultado de los balances, o desbalances de poder político y económico.

Un segundo aspecto negativo del modelo de innovación basado en los incentivos que provee la propiedad intelectual, es la coordinación entre los investigadores. Esto se traduce en que se investiga sobre todo, a la espera de que aparezca una molécula o un producto que pueda resultar en un buen negocio. Como consecuencia, no son las necesidades de salud o las prioridades sanitarias, las que direccionan los proyectos de investigación y el desarrollo de productos.

Este problema es mucho más grave para la humanidad en su conjunto, si se mira la forma en que se asignan prioridades con la lógica del mercado. Médicos Sin Fronteras, y su organización hija, Drugs for Neglected Diseases initiative, DNDI<sup>9</sup>, llamaron la atención sobre

<sup>9</sup> Drugs for Neglected Diseases initiative -DNDI o su traducción al español Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas es una organización sin ánimo de lucro que, orientada por las necesidades de los pacientes, se dedica a la investigación y desarrollo (I+D) de medicamentos para enfermedades olvidadas (enfermedades de los pobres) como la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas la enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana humana o TAH), la malaria, el SIDA infantil. Para mayor información acceder a: [https://dndi.org/viewpoints/2021/who-2030-ntds-roadmap-how-science-and-partnerships-can-support-fight-end-neglected-diseases/?gclid=Cj0KQjw78yFBhCZARIsA0xgSx260eOFJTe7YFKxp3SRWchOFgOIUc4rJEWuIS-7kd-Ae1ngrqETI4aApwyEALw\\_wcB](https://dndi.org/viewpoints/2021/who-2030-ntds-roadmap-how-science-and-partnerships-can-support-fight-end-neglected-diseases/?gclid=Cj0KQjw78yFBhCZARIsA0xgSx260eOFJTe7YFKxp3SRWchOFgOIUc4rJEWuIS-7kd-Ae1ngrqETI4aApwyEALw_wcB). Acceso Mayo de 2021.

la forma en que aquellas enfermedades sin buenas expectativas de mercado, eran condenadas al olvido mientras los esfuerzos y recursos se concentraban en productos rentables. Son muchos los ejemplos; malaria, Chagas, zika y chicungunya, dengue, tripanosomiasis, leishmaniasis, las mordeduras de serpientes, son enfermedades “negligenciadas” (anglicismo para hacer referencia a enfermedades olvidadas con negligencia). Mientras tanto disponemos de un importante grupo de medicamentos para la calvicie, para los excesos en la comida y la bebida, para la disfunción eréctil. El suero antiofídico escasea globalmente pero disponemos de Botox (un derivado del veneno de una especie de serpientes) para fines estéticos<sup>10</sup>.

La importancia que se le ha asignado a los incentivos tiene una cara perversa que se expresa en la tendencia en la gran industria farmacéutica a interesarse más por el valor de las acciones que por el desarrollo o incluso la venta de productos. Ni hablar de interesarse por la salud. En el caso de la pandemia, fue muy evidente el efecto de los anuncios y la forma en que fueron manejados, sobre el valor de las acciones. Los resultados de las primeras pruebas en humanos fueron reportados a los medios por los propios CEO de las empresas pioneras, y ciertamente sus acciones subieron como espuma. Subieron sin haber vendido ni una vacuna y sin haber pasado por el examen de las autoridades regulatorias o la evaluación por pares, cuando se trata de asuntos de ciencia. La tendencia a privilegiar la especulación financiera sobre la investigación, sobre la salud e incluso, sobre la comercialización ha sido recientemente objeto de análisis y, ciertamente, de preocupación<sup>11</sup>.

Falta mencionar la promesa no cumplida de la transferencia de tecnología y la forma en la que la propiedad intelectual ha tenido como resultado la ampliación de la brecha entre los países desarrollados y sus industrias farmacéuticas innovadoras, y los países pobres y sus industrias basadas en productos competidores, recordando los tiempos del colonialismo.

## LA RESPUESTA GLOBAL. EL REALISMO CÍNICO

Llegó la pandemia y después del desconcierto general y de los llamados de los líderes por la búsqueda de una solución equitativa, eficaz y rápida, afloraron poco a poco los intereses

<sup>10</sup> Velasquez, G. (2020). “*Repensando la I+D para productos farmacéuticos después del choque de la coronavirus COVID 19*”. Ginebra. Suiza.: South Centre. Policy Brief No 75. Disponible en: <https://www.southcentre.int/wp-content>. Acceso enero de 2021.

<sup>11</sup> Lazonic, W., Hopkins, M., K, J., Saking, M., & O., T. (2017). “*US Pharma’s financialized business model*”...: Institute for new economic thinking. Working paper series No 60. Disponible en: Available at SSRN. <https://ssrn.com/abstract=3035529>. Acceso enero de 2021.

que se fueron posicionando por encima de los valores de la comunidad internacional de una manera, si no sorprendente, ciertamente desesperanzadora.

La primera víctima de lo que algunos han denominado el realismo cínico, fue el multilateralismo. Esa institucionalidad que inventamos los occidentales para evitar los conflictos y desarrollar un paquete de valores internacionalmente aceptados que nos permitiera avanzar hacia sociedades más igualitarias, incluyentes, democráticas y participativas. Con la diplomacia que obliga a estas instituciones, una a una fueron puestas contra la pared, sitiadas con las amenazas, especialmente de los Estados Unidos, de recortes o incumplimientos de las cuotas obligatorias. Ya mencionamos el retiro de los Estados Unidos de la OMS. También el desprecio a las propuestas del Secretario General de las Naciones Unidas y del Presidente de Costa Rica. No trascendió tanto la presión sobre la propia OMC, cuyo Director General prefirió renunciar.

En cada país se abrieron paso, con mayor o menor complacencia y a pesar de las diferencias entre los regímenes políticos de todos los países, el autoritarismo y el nacionalismo, así como los regímenes de excepción que permitieron medidas excepcionales en lo político, lo económico y lo social. Todos los países cerraron sus fronteras a pesar de saber, a ciencia cierta, que el virus ya circulaba en su territorio y que los virus poco respetan fronteras, no requieren pasaporte ni requieren visas.

Al mismo tiempo, el mundo enfrentó, en uno de sus peores momentos, una triste crisis de liderazgo. Los líderes globales, cuando no actuaron de manera grotesca, irreflexiva y agresiva, asumieron una actitud pasiva permitiendo que los grandes poderes económicos capturaran los espacios de decisión para defender intereses corporativos. Hicimos alusión anteriormente al papel que jugó la filantropía global en defensa de la propiedad intelectual, a la que tanto le debe. El espectáculo de un Presidente conminando a la agencia regulatoria a aprobar la primera vacuna en una noche, pasó a la historia y esperemos que no se olvide y que no se repita.

El Director General de la OMS, en el Consejo Ejecutivo de enero de 2021, consideró que el manejo de la pandemia, y en especial las previsiones de la distribución de vacunas en el mundo entero, constituyen un *fracaso moral*. En similar sentido se pronunció el Papa Francisco. Pero los que tienen poder político y económico prefirieron embarcarse en una defensa feroz del Status Quo.

El 2 de octubre de 2020, África del Sur y la India, presentaron al Consejo de los ADPIC una comunicación en la que propusieron una exención temporal de algunas de las disposiciones

sobre los derechos de propiedad intelectual para enfrentar la pandemia<sup>12</sup>. La argumentación, contenida en esa comunicación, es impecable y se fundamenta en los principios y en los procedimientos previstos en el marco del Consejo de los ADPIC. Rápidamente, un grupo de países en desarrollo, rodearon la propuesta y se convirtieron en sus patrocinadores.

La respuesta de los países ricos fue contundente. No vamos a permitir cambios en un sistema que nos beneficia no importa la gravedad de la situación. Desde entonces, y casi que una vez por semana, la comunicación y la propuesta que contiene, ha sido discutida en la OMC sin que los países ricos cambien su postura. El debate se ha desviado hacia asuntos de procedimiento y hacia discusiones accesorias como si las flexibilidades existentes son suficientes y, en tal caso, la exención temporal no sería necesaria. Se han escuchado rumores en el sentido de que algunos países han sido chantajeados a no apoyar la propuesta o a combatirla, si quieren recibir dosis de vacunas de origen Europeo o estadounidense.

### **El fin de las patentes. El fin de la segunda esclavitud.**

**Algún día recordaremos a las patentes,  
con la misma condena moral  
que hoy recordamos a la esclavitud ...**

***Luis Guillermo Restrepo***

Durante las negociaciones del Tratado de Libre Comercio-TLC entre Colombia y Perú y los Estados Unidos (2002 – 2006) se celebraron varios encuentros en la ciudad de Cartagena, la ciudad más turística de Colombia. En ella existe una importante proporción de personas afrodescendientes y en su historia se encuentran muchos relatos de la participación de esclavos y de piratas en su configuración, sin olvidar a los cimarrones, los esclavos que consiguieron su libertad mediante la fuga (ilegal, debe recordarse) y que se organizaron en palenques, en las primeras luchas por la libertad en tierras americanas.

No parece necesario recordar que la esclavitud solamente fue posible por la fuerza, pero que, con el tiempo, fue posible por el mandato de la ley y de los acuerdos internacionales. Eso permitió a uno de los representantes del Gobierno de Colombia proponer la comparación entre los derechos de propiedad intelectual y los derechos sobre los esclavos, que dicho sea de paso, no desaparecieron en América en el siglo XIX y dejaron una herencia de racismo sobre la que no hace falta abundar.

<sup>12</sup> OMC. (2020). “Comunicación de África del Sur y la India al Consejo de los ADPIC. Exención de determinadas disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC para la prevención, contención y tratamiento de la Covid 19”. Disponible en Organización Mundial del Comercio. Documento IP/C/W/669: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/C/W669.pdf&Open=True>. Acceso enero de 2021.

Si conviene resaltar que las patentes farmacéuticas fueron impuestas por la fuerza y que hoy se mantienen gracias a las leyes, los acuerdos internacionales y los procedimientos multilaterales, asunto en el que comparten coincidencias con la esclavitud.

También es bueno recordar que los hoy países desarrollados, fundamentaron en la explotación del trabajo esclavo la prosperidad y la acumulación que apuntaló su riqueza y su bienestar. Mientras tanto, los países hoy en desarrollo fueron, en una importante proporción, colonias. Y una institución sistemáticamente presente en la colonización fue el monopolio de la metrópoli sobre la colonia. Monopolio sobre los textiles, sobre la sal, sobre el tabaco. Monopolio que tenía por objeto, transferir recursos desde las colonias hacia las metrópolis. Tal y como hoy lo hacen las patentes en beneficio de empresas y en beneficio de los gobiernos de los países ricos.

La comparación puede parecer odiosa o agresiva. Pero si se miran sus consecuencias y sus efectos y se estudia su historia, las coincidencias son notables.

## BIBLIOGRAFÍA

OMC (1994) *“Acuerdo sobre los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio (ADPIC)”*. Disponibles en: [https://www.wto.org/spanish/docs\\_s/legal\\_s/27-trips.pdf](https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf). Acceso enero de 2021.

CULTURAINQUIETA.com. (1886). *“Carta del jefe Seattle al Presidente de los Estados Unidos”*. Obtenido de Cultura inquieta.com: <https://culturainquieta.com/es/inspiring/item/15949-la-carta-que-el-jefe-indio-seattle-envio-al-presidente-de-estados-unidos.html>. Acceso enero de 2021.

DRAHOS, P. (2008). *“Trust me: Patent offices in developing countries”*. Canberra, Australia.: Centre for governance of knowledge and development. Working paper. Available at SSRN. <https://ssrn.com/abstract=1028676>. Acceso enero de 2021.

GUTERRES, A, (2020) *“Remarks at the launc of Statement of Commitment and Call for Support for the Global Collaboration to Accelerate the Development, Production and Equitable Access to New Covid-q9 Tools. 24 de Abril de 2020.* Diponible en: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2020-04-24/statement-of-commitment-and-call-for-support-for-the-global-collaboration-accelerate-the-development-production-and-equitable-access-new-covid-19-tools>. Acceso enero de 2021.

LAZONIC, W., HOPKINS, M., K, J., SAKINÇ, M., & O., T. (2017). *“US Pharma’s financialized business model”*. Available at SSRN. <https://ssrn.com/abstract=3035529>: Institute for new economic thinking. Working paper series N° 60.

NOTINETLEGAL, P. I. (2020). Notinetlegal. Diponible en: <https://www.notinetlegal.com/precarizacin-laboral-en-el-sector-salud--642.html>. Acceso enero de 2021.

OMC. (2020). *Comunicación de Africa del Sur y la India al Consejo de los ADPIC. Exención de determinadas disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC para la prevención, contención y tratamiento de la Covid 19.* Obtenido de Organización Mundial del Comercio. Documento IP/C/W/669: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/C/W669.pdf&Open=True>. Acceso enero de 2021.

OMS. (2020). *WHO.int*. Obtenido de Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA 73.1: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_R1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf). Acceso enero de 2021.

Velasquez, G. (2020). *Repensando la I+D para productos farmacéuticos después del choque de la coronavirus COVID 19*. Ginebra. Suiza.: South Centre. Policy Brief No 75. Disponible en: <https://www.southcentre.int/wp-content>. Acceso enero de 2021.





**PARTE 4**

**EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN TORNO A LA  
NEGOCIACIÓN POLÍTICA Y LA GOBERNANZA  
EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA**





## Agenda Sanitaria Internacional: vivencias en el campo de la negociación política

Julio Mercado<sup>1</sup>

El objetivo del presente artículo es compartir algunas lecciones aprendidas en el ámbito multilateral, luego de liderar procesos de elaboración de resoluciones y conducir negociaciones en el área de la salud internacional, como parte de la tarea diplomática. Las lecciones presentadas a continuación, pueden servir como elementos de aportes para contribuir al abordaje de los desafíos que presenta la pandemia de covid-19 para los países desde inicios de 2020.

La declaración de la pandemia de covid-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud – OMS el 11 de marzo de 2020 puso en evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de respuesta de los países y de la comunidad internacional para enfrentar una amenaza de tales características. Esta situación no creó una nueva necesidad sino que demostró algo que ya se había resaltado en distintos ámbitos multilaterales que era la importancia de reforzar los sistemas de salud para hacer frente a un desafío de salud global. La OMS, en diversas oportunidades, había advertido sobre el riesgo constante de que se produzca una pandemia de gripe con repercusiones sanitarias, económicas y sociales potencialmente devastadoras, particularmente para los países en desarrollo.<sup>2</sup> En un mundo

---

<sup>1</sup> **Julio Mercado** (Argentina): Licenciado en Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Córdoba y Diplomático Argentino, ocupando actualmente director de la Dirección de América del Norte de la Cancillería Argentina.

<sup>2</sup> OMS (2010) “Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios”. Informe del Grupo de Trabajo de Composición Abierta de Estados Miembros sobre Preparación para una Gripe Pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios -64 AMS – Documento A64/8 – 5 de Mayo 2011. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_8-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_8-sp.pdf). Acceso en enero de 2021.

crecientemente globalizado e interconectado, la cuestión no era saber si existía la posibilidad que se desate una nueva pandemia de gripe sino cuándo ocurriría, y muchos expertos advertían que una pandemia grave podía ser el evento más devastador para la salud mundial y dejar secuelas a largo plazo<sup>3</sup>.

Las respuestas eficaces a los desafíos globales de salud como el que presenta la pandemia de covid-19 requieren la transformación de cómo se abordan los temas de salud, es decir de avanzar de una mirada sectorial a ser un tema de preocupación política y económica central en los gobiernos y en las sociedades debido a la interdependencia creciente entre los sectores de salud y otros sectores que hacen al desarrollo. La necesidad sin precedentes de que la diplomacia contribuya a la búsqueda de soluciones a los problemas de salud ha creado desafíos y oportunidades para los que diseñan la política exterior y para quienes realizan la actividad diplomática en los distintos foros internacionales. En ese contexto, a continuación se presentan las lecciones aprendidas que podría compartir:

1. Necesidad de una respuesta global coordinada a los desafíos de la salud internacional. La palabra clave aquí es liderazgo, pero no solo de los organismos multilaterales en salud, sino especialmente de los países que los conforman a partir de la cooperación internacional, la unidad, la solidaridad global y la acción colectiva. El número de actores globales de salud, estrategias, iniciativas, foros diplomáticos y mecanismos de financiamiento se han multiplicado en los últimos años, lo que exige que la articulación de su trabajo sea clave. En este sentido, la Asamblea General de NU reconoció en su Resolución sobre Salud Mundial y Política exterior<sup>4</sup>: fortalecimiento de la gestión de las crisis sanitarias internacionales (Res 70/183) la importancia de promover las sinergias y la colaboración con otros agentes pertinentes dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI, la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomiéltis, el Banco Mundial, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, y de incluir otras esferas, como la agricultura, a la hora de elaborar los sistemas de salud en general, en particular los sistemas de vigilancia de las enfermedades, la financiación de la salud, las adquisiciones y la cadena de suministro, así como el trabajo del personal

<sup>3</sup> OMS (2019) "Estrategia Mundial contra la Gripe 2019-2030". Organización Mundial de la Salud, Marzo de 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-contragripe-2019-2030>. Acceso en enero de 2021.

<sup>4</sup> AGNU (2013). "Salud mundial y política exterior: fortalecimiento de la gestión de las crisis sanitarias internacionales – Resolución 70/183. Aprobada por la Asamblea General de NU el 17 de diciembre de 2015. Disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/67/81>. Acceso enero de 2021.

sanitario, a nivel nacional, regional y mundial. El trabajo coordinado en este contexto tan complejo solo se logra con una fuerte capacidad de liderazgo de los Estados que conforman la comunidad internacional.

2. Necesidad de un enfoque multisectorial para abordar la naturaleza compleja de la salud mundial, lograr resultados y contribuir a la estabilidad social, en los que se tengan en cuenta las estrechas relaciones existentes entre la salud y los derechos humanos, la erradicación de la pobreza, el hambre y la nutrición, la educación, la igualdad entre los géneros, la reducción de las desigualdades, las actividades humanitarias, la situación de los migrantes y el desarrollo sostenible.<sup>5</sup>
3. Necesidad de reforzar todos los foros de salud. Se necesitan instituciones internacionales sólidas para que acompañen el liderazgo internacional. En este contexto, las organizaciones regionales son las que mejor conocen la realidad regional y de los países que la conforman y pueden fortalecer la cooperación así como promover la cooperación entre países. Por otra parte, es necesario incluir y articular el trabajo con otras organizaciones internacionales que trabajan en temas tales como la migración, el trabajo, cuestiones humanitarias, etc., incorporando el elemento de salud.
4. Es necesario transformar a la salud internacional para que no solo sea abordada en foros de salud internacional sino también que se aborde como una temática de relevancia política y económica y forme parte de la agenda en foros de dicha naturaleza. En este aspecto, el G20 es uno de los foros más propicios para hacer esta transformación.
5. Promover un enfoque integral de los derechos humanos en las medidas adoptadas frente a la pandemia, con un enfoque de género. Desde el comienzo de la pandemia, los distintos actores del sistema universal de protección de los derechos humanos de las Naciones Unidas han venido advirtiendo sobre la importancia de aplicar un enfoque holístico en el marco de las medidas adoptadas para luchar contra el Covid-19. Asimismo, han alertado sobre la necesidad de tomar decisiones proporcionadas e indispensables para el abordaje del problema. Finalmente, han señalado la especial situación de los grupos en situación de vulnerabilidad y la necesidad de reforzar las políticas de cuidados sobre los grupos excluidos, sin dejar a nadie atrás.
6. Desarrollar el potencial de las tecnologías digitales para respaldar los sistemas de salud. Durante el transcurso de la pandemia la sociedad se vio sometida a

---

<sup>5</sup> Salud mundial y política exterior – Nota del Secretario General – A/65/399

una digitalización forzada y masiva que puede considerarse una oportunidad para incorporar las herramientas que la tecnología digital ofrece en el sector de salud. Pero el uso debe ser transparente, legal y justificado por objetivos legítimos de salud pública. Deben establecer salvaguardias contra el uso indebido de estas tecnologías a la vez que tender a reducir la brecha digital entre los países.

7. Promover un mayor entendimiento del impacto de la salud global en las cadenas de suministro, así como un flujo abierto de comercio e inversión. En ese marco, es importante promover la interacción entre los especialistas de salud y los especialistas en comercio e inversiones. El comercio transfronterizo y los flujos de inversión tienen un rol muy importante que jugar en los esfuerzos para combatir las pandemias, fomentar la recuperación y fortalecer los sistemas de salud. Debido a ellos, promover un flujo abierto de comercio e inversión es fundamental para proteger los empleos, evitar el colapso de las cadenas de suministro y garantizar que los productos vitales sean accesibles para los consumidores.

Finalmente, y a modo de conclusión, es necesario reiterar que la pandemia de Covid-19 demostró que el abordaje de la salud global no puede hacerse en soledad sino que requiere organismos internacionales fuertes así como liderazgos decididos de parte de los países que los conforman. Los organismos internacionales no pueden ser mejores que los gobiernos que los integran. La clave para lograr organismos internacionales de salud más fuertes y mejor preparados para dar respuestas a los desafíos de la salud global es la voluntad política y el liderazgo que los países que conforman la comunidad internacional logren demostrar cuando las circunstancias lo exigen.

## Las reformas de la Organización Mundial de la Salud en la época de COVID-19<sup>1</sup>

Germán Velásquez<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido objeto de muchas reformas e intentos de reforma desde su creación en 1948. Esas reformas han sido impulsadas en gran medida por diversos directores generales que, a lo largo de la existencia de la OMS, han tratado de dejar huella en los logros de su administración.

La reforma que se está debatiendo en 2020 se ha visto impulsada por la crisis sanitaria sin precedentes provocada por la pandemia COVID-19. La comunidad internacional ha reconocido las insuficiencias estructurales jurídicas y financieras de la OMS para satisfacer sus expectativas.

Desde la creación de la OMS, sus Estados Miembros no siempre han apoyado a la organización. En diferentes momentos de su historia, algunos países la han debilitado, en lugar de fortalecerla:

---

<sup>1</sup> El presente artículo ha sido divulgado en su versión en francés en el sitio Web del South Center, Document de Recherche 121, Janvier 2021. Disponible en: <https://www.southcentre.int/document-de-recherche-121-janvier-2021/>. Acceso enero de 2021.

<sup>2</sup> El Dr. Germán Velásquez es licenciado en Filosofía Letras, ostenta un Master en Economía y un Doctorado en Economía de la Salud por la Sorbona de París. Se desempeña como Asesor Especial de Política y Salud en el Centro Sur, Ginebra. El autor agradece al Dr. Carlos Correa y a la Dra. Viviana Muñoz sus valiosos comentarios. Las opiniones presentadas en este documento son, sin embargo, responsabilidad exclusiva del autor.

En 1986, Jonathan Mann, Director del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA (conocido por su sigla en inglés como el GPA), organizó una estrategia de acción directa; para proporcionar tratamiento y realizar/coordinar investigaciones por un equipo de 200 científicos y un gasto de 70 millones de dólares de los EE.UU. por año, lo que llevó a un enfrentamiento con el entonces Director General, Hiroshi Nakajima del Japón<sup>3</sup>. Debido a este enfrentamiento, Mann abandonó la OMS, y los Estados Unidos y otros países decidieron retirar el GPA<sup>4,5</sup> de la OMS. Después de algunos años de discusión y debate, el ONUSIDA fue fundado en 1994-1995 bajo el liderazgo de Peter Piot<sup>6</sup>.

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (conocido como “el Fondo Mundial”), fue creado en 2002 como un mecanismo de financiación innovador que busca recaudar y desembolsar rápidamente fondos para programas que reduzcan el impacto del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en países de ingresos bajos y medios<sup>7</sup>. La idea del Fondo Mundial surgió de la administración Brundtland, que lo concibió como un mecanismo innovador para financiar la OMS. En este contexto, la administración Brundtland pidió un “Ataque masivo a las enfermedades de la pobreza” en diciembre de 1999<sup>8</sup>. El Fondo Mundial se estableció finalmente en enero de 2002, al margen de la OMS, tras negociaciones en las que participaron donantes, gobiernos de los países, organizaciones no gubernamentales (ONG), el sector privado y las Naciones Unidas<sup>9</sup>.

<sup>3</sup> Mann, Jonathan M. (1987) “*The World Health Organization’s Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS*”. West J Med., 147(6): 732–734 (diciembre de 1987).

<sup>4</sup> Krim, Mathilde (1998). “Jonathan Mann 1947–1998”, Nature Medicine, vol. 4 (octubre de 1998), pág. 1101. DOI <https://doi.org/10.1038/2592>.

<sup>5</sup> Michael Merson and Stephen Inrig, (2018) “*End of the Global Programme on AIDS and the Launch of UNAIDS*”, en *The AIDS Pandemic: Searching for a Global Response*. (Springer, 2018). Disponible en [https://doi.org/10.1007/978-3-319-47133-4\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-319-47133-4_16).

<sup>6</sup> Fee, Elizabeth, Parry Manon, “*Jonathan Mann, HIV/AIDS, and Human Rights*,” Journal of Public Health Policy vol. 29 (2008), pp. 54–71. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1057/palgrave.jphp.3200160#citeas>.

<sup>7</sup> Schocken, Celina “*Overview of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*”. Disponible en <https://www.cgdev.org/sites/default/files/archive/doc/HIVAIDSMonitor/OverviewGlobalFund.pdf>.

<sup>8</sup> WHO Commission on Macroeconomics and Health, Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health (World Health Organization, 2001). Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42435>.

<sup>9</sup> Every CRS Report, “*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria: Background 2003 – 2006*”. Disponible en <https://www.everycrsreport.com/reports/RL31712.html>.

El Programa Ampliado de Inmunización fue lanzado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1974. La Alianza para la Vacunación, conocida como GAVI, es una alianza de organizaciones, instituciones y gobiernos de los sectores público y privado, la Fundación Bill y Melinda Gates, el UNICEF, el Banco Mundial, la OMS, los fabricantes de vacunas, las ONG y los institutos técnicos y de investigación en materia de salud, se estableció en la Reunión de la Junta Directiva en Seattle el 12 de julio de 1999. Una vez más, una iniciativa desarrollada dentro de la OMS para apoyar el programa mundial de inmunización se creó fuera de la OMS.

UNITAID, una iniciativa de los Gobiernos de Francia y el Brasil, se creó en 2006 con el apoyo de Chile, Noruega y el Reino Unido y promueve el acceso al tratamiento de enfermedades como el SIDA, la malaria y la tuberculosis en poblaciones de países en vías de desarrollo. Esta innovadora iniciativa de financiación está auspiciada por la OMS, pero es un organismo independiente que funciona de manera autónoma.

COVAX es el pilar de las vacunas del *Acelerador de Acceso a los Instrumentos COVID-19 (ACT)* de la OMS, conocido oficialmente como “el Servicio de Acceso Mundial a las Vacunas COVID-19”. (en inglés conocida como “COVAX facility”). Fue creado en abril de 2020 y está codirigido por GAVI, la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la OMS. La financiación y la capacidad de actuación están, una vez más, fuera de la OMS.

Parece que, en cada crisis sanitaria, ya sea el SIDA, las vacunas o COVID-19, los países miembros de la OMS optaron por asignar la financiación y el poder de actuar fuera de la OMS.

En la actual crisis sanitaria sin precedentes provocada por COVID-19, algunos países industrializados parecen haber tomado conciencia de los problemas estructurales de la OMS, tal como se expone en un “documento oficioso” (Non-Paper)<sup>10</sup> presentado en agosto de 2020 por Francia y Alemania, o como se refleja en la intervención del presidente de Suiza en la 74<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, realizada del 18 al 19 de mayo de 2020<sup>11</sup>. Otras sugerencias fueron presentadas en septiembre de 2020 por Chile (junto con el Uruguay, el Paraguay y Bolivia) y los Estados Unidos. Estas dos últimas propuestas

<sup>10</sup> “Non-Paper on Strengthening WHO’s leading and coordinating role in global health. With a specific view on WHO’s work in health emergencies and improving IHR implementation”, 1 de agosto de 2020. Disponible en <http://g2h2.org/wp-content/uploads/2020/08/Non-paper-1.pdf>.

<sup>11</sup> Comunicado de prensa del Consejo Federal Suizo, 18 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.admin.ch/gov/en/start/documentation/media-releases.msg-id-79150.html>.

no se analizarán en el presente documento, ya que sólo se refieren al proceso y la metodología para el examen del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y del alcance y la transparencia de las declaraciones de la OMS sobre la pandemia de una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC).

En el presente documento se procura determinar los principales problemas con que se enfrenta la OMS a la luz de la crisis de COVID-19, y sugerir los elementos clave que habría que examinar para reformar la organización, sobre la base de algunas propuestas pertinentes del documento oficioso presentado por Francia y Alemania y teniendo en cuenta las preocupaciones y necesidades de los países del Sur.

## ANTECEDENTES

La primera gran reforma de la OMS fue dirigida por Halfdan Mahler (Director General 1973- 1988). La Declaración de Alma-Ata, proclamada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud el 12 de septiembre de 1978, subrayó la urgencia de promover la atención primaria de salud y el acceso a un nivel de salud aceptable para todos<sup>12</sup>. El objetivo de Mahler de alcanzar “*Salud para todos en el año 2000*” cambió significativamente la orientación de la organización.

La Directora General de la OMS de 1998 a 2003, Gro Harlem Brundtland, hizo la reforma más importante de la organización después del cambio de orientación provocado por la conferencia de Alma-Ata (1978). Una reforma descrita por muchos como neoliberal, Brundtland inició lo que se ha denominado la “*privatización de la OMS*”<sup>13,14</sup>. El llamamiento “*debemos llegar al sector privado*” fue lanzado por Brundtland en su primera Asamblea Mundial de la Salud<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> OMS Déclaration d’Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septembre de 1978. Disponible en [https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=25123#.X3WE\\_2gzabg](https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=25123#.X3WE_2gzabg).

<sup>13</sup> Nitsan Chorev, “Restructuring neoliberalism at the World Health Organization,” *Review of International Political Economy* 20(4) (August 2013). DOI: 10.1080/09692290.2012.690774.

<sup>14</sup> Germán Velásquez, “Qué remedios para la Organización Mundial de la Salud”, *Le Monde Diplomatique* N° 253 (November 2016).

<sup>15</sup> Gro Harlem Brundtland Director-General Elect, The World Health Organization, “Speech to the Fifty-first World Health Assembly Geneva”, 13 May 1998, A51/DIV/6 13. Disponible en [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA51/eadiv6.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/eadiv6.pdf).

En mayo de 2011, unos meses antes de finalizar su primer mandato, Margaret Chan (Directora General, 2007-2017) lanzó, en sus propias palabras, “*la reforma más importante de la historia de la OMS*”<sup>16</sup>. Una reforma ambigua y desarticulada que en los cinco años de su segundo y último mandato no logró concluir sobre las cuestiones más urgentes y controvertidas, como la cuestión de los agentes no estatales. Tedros Adhanom Ghebreyesus, elegido Director General de la OMS en 2017, anunció en su discurso de apertura del primer Consejo Ejecutivo (enero de 2018) un plan para transformar la OMS. El plan de transformación se interrumpió con la llegada de COVID-19 en diciembre de 2019.

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades chinas comunicaron varias docenas de casos de neumonía de causa desconocida. El 20 de enero de 2020, la OMS comunicó los primeros casos confirmados en China, Tailandia, Japón y Corea del Sur, y el 30 de enero de 2020, el Director General declaró que el nuevo brote de coronavirus era una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC), el nivel de alarma más alto de la OMS<sup>17</sup>.

En un contexto de críticas, principalmente por parte del Gobierno de los Estados Unidos, a la forma en que la OMS ha manejado la pandemia, en particular sobre las razones de un supuesto retraso en el anuncio del nivel más alto de alarma y la queja de los Estados Unidos sobre la influencia de China en el anuncio de la pandemia, el Presidente Trump anunció la salida de los Estados Unidos de la OMS<sup>18</sup>.

## COVID-19 Y LAS REFORMAS DE LA OMS

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la necesidad de un órgano rector de la salud mundial fuerte e independiente, capaz de gestionar una crisis sanitaria mundial. Durante los primeros seis meses de la pandemia se habló mucho de lo que hace o no hace la OMS y de lo que podría o no hacer. Como señalaron recientemente Gostin, Moon y Mason Meier, “*el mundo se enfrenta a una amenaza sanitaria mundial sin precedentes,*

<sup>16</sup> Chan, Margaret ( “Introductory Remarks on Programs and priority Setting at the Executive Board Special Session on Who Reform” (Ginebra, Suiza, 11 de Noviembre de 2021) disponible en: [https://www.who.int/dg/speeches/2011/reform\\_priorities\\_01\\_11/en/](https://www.who.int/dg/speeches/2011/reform_priorities_01_11/en/).

<sup>17</sup> Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.

<sup>18</sup> BBC News Mundo, “*Estados Unidos se retira de la OMS: Trump notifica oficialmente a Naciones Unidas de la salida de su país*”, 7 de julio de 2020. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-53329647>.

y la respuesta está poniendo de relieve las limitaciones estructurales de la capacidad de las organizaciones internacionales para coordinar a los Estados nacionalistas”<sup>19</sup>.

Ante el irresponsable anuncio del Gobierno de los Estados Unidos de retirarse de la OMS, Alemania y Francia decidieron iniciar un proceso de “*reforma de la OMS desde el exterior*” presentando, como se ha señalado anteriormente, un documento titulado “*Non-Paper on Strengthening WHO’s leading and coordinating role in global health*”. Con una visión específica sobre la labor de la OMS en las emergencias sanitarias y la mejora de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional – RSI –”. (en adelante “el documento oficioso”)<sup>20</sup>.

El documento oficioso se basa en la resolución aprobada por la 73ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2020) en la que se pide al Director General que “*inicie, lo antes posible y en consulta con los Estados Miembros, un proceso gradual de evaluación imparcial, independiente y exhaustiva, utilizando incluso los mecanismos existentes, según proceda, para examinar la experiencia adquirida y las enseñanzas extraídas de la respuesta sanitaria internacional coordinada por la OMS a, entre otras cosas, COVID-19*”:

- i) la eficacia de los mecanismos de que dispone la OMS;
- ii) el funcionamiento del RSI y el estado de aplicación de las recomendaciones pertinentes de los Comités de Examen del RSI anteriores;
- iii) la contribución de la OMS a los esfuerzos del sistema de las Naciones Unidas en su conjunto;
- iv) y las medidas y calendarios de la OMS en relación con la pandemia de COVID-19, y formular recomendaciones para mejorar la prevención de la pandemia mundial, la preparación y la capacidad de respuesta, incluso mediante el fortalecimiento, según proceda, del Programa de Emergencia Sanitaria de la OMS”<sup>21</sup>.

En medio de la crisis sanitaria más intensa de los últimos cien años, la OMS, en su calidad de organismo especializado de las Naciones Unidas para la salud, se encuentra ante lo que probablemente sea el mayor desafío de su historia. Se trata de una profunda crisis

<sup>19</sup> GOSTIN, L., MOON, S. y MASON MEIER, B. (2020). “Reimagining Global Health Governance in the Age of COVID-19”, *American Journal of Public Health* 110(11):615-619, (octubre de 2020). DOI: 10.2105/AJPH.2020.305933.

<sup>20</sup> Gostin, Moon, y Meier (2020). Op. Cit.

<sup>21</sup> WHO (2020). WHA73.1 “*Respuesta a la Covid-19*”. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_R1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf). Acceso en Mayo de 2021

de identidad, ya que la Secretaría de Ginebra se ve debilitada por los desequilibrios en las relaciones internacionales que se reflejan en los enfrentamientos entre algunos gobiernos del Norte y del Sur, la retirada de los Estados Unidos de la organización y la influencia exagerada de los sectores privado y filantrópico en el establecimiento de su agenda. Todo ello conduce, lamentablemente, a una pérdida de credibilidad sin precedentes a los ojos de la opinión pública. Este es el reto al que se enfrenta la OMS en la actualidad, y los países deberían ver en COVID-19 una oportunidad para crear un organismo dirigido por sus miembros más fuerte, en lugar de atacarlo o permitir una mayor influencia del sector privado y la filantropía.

En la primera mitad de 2020, la Secretaría de la OMS se mostró particularmente activa en el suministro de información, recomendaciones y directrices para la gestión de COVID-19<sup>22</sup>. Más de 400 documentos de orientación para personas, comunidades, escuelas, empresas, industrias, personal sanitario, instalaciones de salud y gobiernos relacionados con diferentes aspectos de la pandemia de COVID-19 fueron producidos por la Secretaría de la OMS en el primer semestre de 2020. Lo que ocurrió y lo que sigue ocurriendo es que algunos países no siguieron las recomendaciones de la OMS, por muy oportunas y pertinentes que fueran. Lo que se necesita hoy, en vísperas de la llegada de una posible vacuna, es una organización fuerte e independiente capaz de ayudar a los países a abordar problemas como los que está causando actualmente COVID-19.

Hoy más que nunca es necesario formar una coalición fuerte de países dispuestos a defender el carácter público, la autoridad y la independencia de la OMS, a fin de permitirle establecer normas de salud pública a nivel mundial con la capacidad y los instrumentos necesarios para poner en práctica esas normas.

Según el documento oficioso, las expectativas con respecto al mandato de la OMS son inmensas. La organización debe establecer normas y estándares sanitarios, promover la vigilancia y la aplicación en una amplia gama de esferas de la salud, establecer el programa de investigación, articular políticas sanitarias éticas y basadas en pruebas, reaccionar ante los brotes de enfermedades en todo el mundo y, por último, vigilar la situación sanitaria mundial.

Lamentablemente, para cumplir este mandato, la OMS no dispone actualmente de los instrumentos jurídicos, financieros o estructurales necesarios, dice el documento oficioso.

---

<sup>22</sup> Ghebreyesus, T. A. (2020). "Discurso inaugural del Director General de la OMS en la reunión del Consejo Ejecutivo". Sesión especial sobre la respuesta de COVID-19, 5 de octubre de 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-executive-board-meeting>. Acceso enero de 2021.

Más concretamente, no es que la OMS no disponga de los instrumentos para cumplir su mandato, sino que no puede utilizarlos. El elevado desequilibrio entre las cuotas financieras de los Estados Miembros y el alto nivel de financiación voluntaria (pública y privada) y filantrópica, contribuye al problema.

La forma más lógica de enfocar un proceso de reforma es empezar por identificar los problemas, de modo que sepamos exactamente lo que queremos reformar y cómo vamos a reformarlo. Hay tres problemas/cuestiones principales que una reforma de la OMS tendría que abordar, como se explica en los tres puntos siguientes.

### Problema 1: El dilema entre el sector público y el privado

La OMS fue creada en 1948 como organismo público especializado del sistema de las Naciones Unidas para mejorar y mantener la salud en todo el mundo.

Durante muchos años, este organismo se financió con fondos públicos procedentes de las contribuciones regulares obligatorias de los 194 países miembros.

En los últimos 20 años, las contribuciones voluntarias (privadas o públicas) han crecido rápidamente.

El mayor problema de la OMS hoy en día, y al mismo tiempo la causa de muchos otros males, como se afirma en el documento oficioso, es la pérdida de control sobre el presupuesto ordinario. Esto ha llevado a una “privatización” progresiva del organismo. *“En el momento en que los 194 Estados Miembros de la OMS, tras largas negociaciones, aprueban el presupuesto programa, sólo se puede prever una financiación parcial (aproximadamente el 20% de las cuotas)”*<sup>23</sup>. Aproximadamente el 80% del presupuesto está en manos de contribuyentes voluntarios (públicos y privados), incluidas entidades filantrópicas como la Fundación Bill y Melinda Gates y un pequeño grupo de países industrializados, que hacen donaciones para fines específicos elegidos a menudo por ellos de manera unilateral. La dependencia excesiva de las contribuciones voluntarias (privadas o públicas) da lugar a la incapacidad de establecer prioridades basadas en las prioridades mundiales de salud pública. Los Estados Miembros tratan de establecer prioridades, pero los fondos se destinan a cuestiones específicas, seleccionadas por un pequeño número de donantes que desempeñan un papel decisivo en la decisión de lo que hace o no hace la organización. Como se indica claramente en el documento oficioso franco-alemán: *“(…) la financiación*

<sup>23</sup> “Non-Paper on Strengthening WHO’s leading and coordinating role in global health. With a specific view on WHO’s work in health emergencies and improving IHR implementation”. Elaborado por los Gobiernos de Alemania y Francia, agosto de 2020.

*que llega se basa en gran medida en los intereses individuales de los donantes (...) la forma actual de financiación de la OMS ha dado lugar a un alto riesgo de vulnerabilidad y dependencia de los donantes...*<sup>24</sup>

Es sorprendente que los organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas puedan depender cada vez más de las contribuciones voluntarias (privadas o públicas), lo que hace imposible que los Estados miembros definan las prioridades mundiales. Es urgente que la Asamblea General de las Naciones Unidas defina criterios y principios claros para la financiación de todo el sistema. ¿Por qué no definir, como norma obligatoria, que al menos el 51% del presupuesto debe provenir de las cuotas de los gobiernos? Y para preservar el carácter multilateral y democrático de los organismos, también sería urgente definir el porcentaje máximo (10 ó 15%, por ejemplo) que un solo contribuyente (privado o público) puede aportar a la organización. En la actualidad, no parece haber ningún obstáculo que impida que una sola entidad contribuya con una gran parte, incluso más del 50%, del presupuesto de la OMS.

En su discurso ante la 74a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2020, la Presidenta de Suiza, Simonetta Sommaruga, explicó que la OMS, que actualmente depende de las contribuciones voluntarias para el 80% de su presupuesto, necesita una financiación sostenible para poder cumplir su importante función. Añadió: *“Preguntémonos: ¿es justo esperar tanto de la OMS mientras se la financia de manera tan arbitraria?”*<sup>25</sup>.

La reforma más urgente de la organización que deben abordar los Estados Miembros no es la falta de financiación, como sugieren algunos países industrializados<sup>26</sup>, sino cómo y quién financia este organismo. Se trata de cómo recuperar progresivamente el carácter público y multilateral de la institución. Se trata de una condición fundamental para poner efectivamente a la OMS al servicio de la salud pública mundial. El aumento del presupuesto público ordinario permitirá a la OMS dedicarse a las prioridades establecidas por todos los Estados Miembros sin tener que seguir constantemente las prioridades de una agenda establecida por los donantes.

<sup>24</sup> “Non-Paper on Strengthening WHO’s Leading and Coordinating Role In Global Health”. Op.Cit.

<sup>25</sup> Non-Paper on Strengthening WHO’s Leading and Coordinating Role In Global Health”. Op.Cit.

<sup>26</sup> Ver intervención de Alemania en nombre de la Unión Europea, Executive Board special session on the COVID-19 response. 5 de octubre de 2020. Disponible en <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-executive-board-meeting>.

Estrechamente relacionado con la función pública/privada de la OMS, está el debate conocido como FENSA<sup>27</sup> (Framework of Engagement with Non State Actors) “*Colaboración de la OMS con los actores no estatales*” que la reforma de Margaret Chan dejó inconcluso.

Tras cinco años de complejas y lentas negociaciones sobre la reforma de la OMS, la 69ª Asamblea Mundial de la Salud (2016) aprobó una resolución sobre la “*Colaboración de la OMS con los actores no estatales*” como parte de la reforma iniciada por la entonces Directora General Margaret Chan en 2011. El proceso de la FENSA fue esencialmente un debate/negociación sobre la naturaleza de la organización y el papel que el sector privado desempeñaría en ella. Hablar del “*sector privado*” en el contexto de la OMS es complicado porque entre los “*agentes no estatales*” que trabajan en el ámbito de la salud se incluyen agentes no estatales sin fines de lucro, como las ONG como Médicos Sin Fronteras. Sin embargo, la OMS también define a los agentes no estatales como entidades privadas con fines de lucro, como las empresas farmacéuticas, así como las fundaciones filantrópicas, y cabe preguntarse si algunas de estas últimas tienen fines de lucro o no<sup>28</sup>.

El principal punto de controversia para la adopción de la FENSA fue el debate sobre la definición de una política clara y de mecanismos para evitar los conflictos de intereses que podrían surgir en la interacción de la OMS con el sector privado, punto sobre el que lamentablemente no se llegó a una conclusión clara. Sólo se llegó a un consenso para excluir totalmente los fondos de la industria armamentista y tabacalera, pero se dejó la puerta abierta de par en par para el dinero de la industria farmacéutica o de ciertas industrias “*menos sanas*”.

En mayo de 2020, el Director General de la OMS anunció la creación de la Fundación de la OMS<sup>29</sup>, una entidad independiente de concesión de subvenciones que apoyará el presupuesto de los esfuerzos de la Organización para hacer frente a los problemas de salud mundial. Con sede en Ginebra, jurídicamente separada de la OMS, la fundación aceptará contribuciones a la OMS del público en general, de los principales donantes individuales y de los asociados privados empresariales. La Fundación de la OMS simplificará la tramitación

<sup>27</sup> El Marco para la Colaboración de Actores no Estatales, por su sigla en inglés FENSA fue aprobado por la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada del 23 al 28 de mayo de 2016 y aprobada por la Resolución WHA69.10 Disponible en: [https://apps.who.int/gb/s/s\\_wha69.html](https://apps.who.int/gb/s/s_wha69.html). Acceso mayo de 2021.

<sup>28</sup> Astruc, Lionel. “L’art de la fausse générosité : la fondation Bill et Melinda Gates”, (Paris, Actes Sud Editions, 2019).

<sup>29</sup> “Establecida la Fundación pro OMS para apoyar necesidades cruciales en materia de salud mundial”, (OMS, Ginebra, 27 de mayo de 2020). Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/27-05-2020-who-foundation-established-to-support-critical-global-health-needs>.

de las contribuciones filantrópicas en apoyo de la OMS y aceptará contribuciones en apoyo de todos los aspectos de la misión del organismo<sup>30</sup>. Con la creación de la Fundación de la OMS como forma independiente y flexible de financiar la OMS, el desequilibrio entre el sector privado y el público en la OMS corre el riesgo de empeorar.

## Problema 2: El dilema entre las recomendaciones voluntarias y los instrumentos vinculantes en el ámbito de la salud

Una responsabilidad fundamental e histórica de la OMS ha sido la gestión de la acción mundial contra la propagación internacional de enfermedades. De conformidad con el apartado a) del artículo 21 y el artículo 22 de la Constitución de la OMS<sup>31</sup>, la Asamblea Mundial de la Salud está facultada para adoptar reglamentos “para la prevención de la propagación internacional de enfermedades” que, una vez adoptados por la Asamblea de la Salud, surtirán efecto para todos los Estados Miembros de la OMS “salvo los que los rechacen expresamente dentro del plazo establecido”.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) fue adoptado por la AMS en 1969 y revisado en 2005 debido a la limitación del número de enfermedades de declaración obligatoria (fiebre amarilla, peste y cólera). El RSI de 2005, si bien no limita el número de enfermedades, impone una limitación a las medidas que pueden afectar al tráfico o el comercio internacional. El propósito del RSI (2005) es *“prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra dicha propagación, controlarla y dar una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos de salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con los viajes y el comercio internacionales”*<sup>32</sup>.

---

30 “WHO establishes foundation to help address global health challenges”, PND, (31 de mayo de 2020). <https://philanthropynewsdigest.org/news/who-establishes-foundation-to-help-address-global-health-challenges>.

31 WHO (2014). “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Publicado en Documentos Basicos 48 Edición. Con la modificación adaptada hasta el 31 de diciembre de 2014. La Constitución en su Artículo 21 de la Constitución de la OMS: “La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar reglamentos referentes a: a) requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades; b) nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salubridad pública; c) normas uniformes sobre procedimientos de diagnóstico de uso internacional; d) normas uniformes sobre la seguridad, pureza y potencia de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional; e) propaganda y rotulación de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional”. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1>. Acceso 31 de mayo de 2021.

32 WHO (2005). “International Health Regulations” (2005). Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/39/es/>. Acceso 31 de mayo de 2021.

En este contexto, podría decirse que en la primera mitad de 2020 muchos países actuaron en violación del RSI<sup>33</sup>, y el hecho de que el documento oficioso y gran parte de las intervenciones de los países en la reunión especial del Consejo Ejecutivo sobre la respuesta de COVID-19, celebrado el 5 de octubre de 2020, pidieran una revisión urgente del RSI de 2005<sup>34</sup>, sirve de reconocimiento de que los instrumentos de que dispone actualmente la OMS son insuficientes.

Paradójicamente, si bien las normas de comercio internacional de la Organización Mundial del Comercio (OMC) son vinculantes, la OMS no dispone de los medios jurídicos necesarios para hacer cumplir disciplinas que son vitales para la protección de la salud mundial.

## Artículo 19 de la Constitución de la OMS

El artículo 19 de la constitución de la OMS dice: *“La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar convenciones o acuerdos respecto a cualquier asunto que esté dentro de la competencia de la Organización. Se requerirá el voto de las dos terceras partes de la Asamblea de la Salud para la adopción de tales convenciones o acuerdos, que entrarán en vigor para cada Miembro cuando sean aceptados por estos de acuerdo con sus procedimientos constitucionales”*<sup>35</sup>.

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución que pretendía cambiar el modelo dominante de la OMS de *“recomendar”*<sup>36</sup>. Esta resolución tenía por objeto introducir un modelo alternativo al de investigación y desarrollo (I+D) de productos farmacéuticos pidiendo que se iniciaran negociaciones para un tratado internacional vinculante como medio de financiar la investigación de medicamentos.

Un tratado o convención mundial vinculante, negociado en la OMS, podría permitir la financiación sostenible de la investigación y el desarrollo de medicamentos útiles y

<sup>33</sup> BUSSARD Stéphane, *“La plupart des Etats ont violé le texte fondamental de l’OMS”*, Le Temps. 15 de junio de 2020.

<sup>34</sup> SOUTH CENTER (2020). *“WHO’s Executive Board assesses current COVID-19 response and requests to be more involved in the review processes”*, Cfr. SOUTHNEWS, No. 346, South Centre, 20 de octubre de 2020. Disponible en <https://us5.campaign-archive.com/?u=fa9cf38799136b5660f367ba6&id=a2e651d8f1>. Acceso: Enero de 2021.

<sup>35</sup> WHO (2014). *“Constitución de la Organización Mundial de la Salud”*. Publicado en Documentos Basicos 48 Edición. Con la modificación adaptada hasta el 31 de diciembre de 2014. Artículo 19 de la Constitución de la OMS. Disponible en [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-sp.pdf#page=7](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=7). Acceso mayo de 2021.

<sup>36</sup> CORREA, Carlos (2016) *“Una Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. Curar la enfermedades de los pobres?”* Publicado en Le Monde Diplomatique, febrero de 2016. Disponible en <https://mondiplo.com/curar-por-fin-las-enfermedades-de-los-pobres>. Acceso: Enero de 2021.

seguros a precios asequibles para la población y los sistemas públicos de seguridad social. La aprobación de una convención de ese tipo en el marco de la OMS, basada en el artículo 19 de su constitución, también podría permitir examinar la forma en que funciona la OMS en un sentido más amplio. La negociación de “*instrumentos mundiales y vinculantes sobre cuestiones de salud de interés mundial*”<sup>37</sup> es tal vez la vía más prometedora para el papel que podría asumir la OMS en el futuro.

En toda su historia, la OMS sólo ha utilizado una vez el artículo 19 de su constitución para negociar una convención de carácter vinculante. En mayo de 2003, tras tres años de negociaciones y seis años de trabajo, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó por unanimidad el **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco**<sup>38</sup>, que ya ha sido firmado por 177 países. Esta fue la primera – y hasta ahora la única – vez que la OMS ejerció la facultad de adoptar un tratado internacional en una esfera sustantiva para dar una respuesta jurídica a una amenaza para la salud mundial.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco permitió a los 177 países signatarios adoptar progresivamente legislación para abordar el problema del tabaquismo. El tratado no establece normas convenidas, pero alienta a las partes a adoptar medidas más estrictas mediante leyes y reglamentos aprobados por los parlamentos u otros órganos nacionales competentes. Este es sin duda uno de los mayores logros de la OMS en toda su historia. ¿Por qué no aprovechar este ejemplo de éxito?

La recomendación de iniciar negociaciones sobre un acuerdo de investigación y desarrollo de medicamentos no ha podido avanzar debido a la falta de un amplio apoyo entre los miembros de la OMS y a la oposición de los países industrializados donde se encuentra la poderosa industria farmacéutica. La crisis provocada por COVID-19 es una oportunidad histórica para volver a examinar esta cuestión y ayudar a recuperar la credibilidad de la organización.

### Problema 3: El dilema entre los reglamentos y la ayuda humanitaria

Otra cuestión importante que debe abordarse es el dilema entre un órgano normativo encargado de la formulación y creación de normas e instrumentos, incluidos los de carácter vinculante, y de la administración de reglamentos sanitarios internacionales, frente a un organismo encargado de prestar asistencia humanitaria en casos de emergencias sanitarias,

<sup>37</sup> CORREA, Carlos (2016). Op. Cit.

<sup>38</sup> OMS (2003) “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”. Disponible en: [https://www.who.int/fctc/text\\_download/es/](https://www.who.int/fctc/text_download/es/). Acceso mayo de 2021.

con lo que se compite con y se duplican esfuerzos otros organismos como el Fondo Mundial, GAVI (incluido el servicio COVAX), Unitaid, otros organismos de las Naciones Unidas como UNICEF, el ONUSIDA o el PNUD, y grandes ONG como MSF.

De hecho, la gestión de las emergencias sanitarias mundiales por parte de la OMS no ha sido la más brillante de los últimos años. ¿Fue el H1N1 una operación de la industria, una falsa pandemia, como preguntó la propia Directora General Margaret Chan, reflejando las críticas que muchos observadores y países hicieron en su momento: *“En primer lugar, ¿ha tomado la OMS la decisión correcta? ¿Fue una verdadera pandemia o no? Y en segundo lugar, ¿las decisiones, el asesoramiento y las acciones de la OMS estaban determinadas de alguna manera por los vínculos con la industria farmacéutica? En otras palabras, ¿declaró la OMS una falsa pandemia para llenar los bolsillos de la industria?”*<sup>39</sup>

A raíz de los errores cometidos por la OMS en la gestión de la epidemia de gripe H1N1, Zika y Ébola, se ha observado en los últimos años una tendencia a reforzar el papel de la OMS en la labor de emergencia y ayuda humanitaria. En el documento oficioso franco-alemán también se sugiere fortalecer la labor en situaciones de emergencia. Ello daría a la organización una doble misión: una normativa y una humanitaria. Sin embargo, hay muchos<sup>40,41,42</sup> que creen que la OMS debería dar prioridad a sus funciones normativas y dejar la labor humanitaria de salud a otros organismos.

La coordinación por parte de la OMS de agentes como GAVI (incluido el servicio 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.

<sup>39</sup> WHO (2011) *“Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General”*. 64.a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 16 de mayo de 2011. Disponible en [https://www.who.int/dg/speeches/2011/wha\\_20110516/es/](https://www.who.int/dg/speeches/2011/wha_20110516/es/). Acceso enero de 2021.

<sup>40</sup> GOSTIN, Lawrence O.; SRIDHAR, Devi; and HOUGENDBLER, Daniel, “The Normative Authority of the World Health Organization”, *Public Health*, Forthcoming, (2015). Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2634181>.

<sup>41</sup> YACH, D., *“World Health Organization reform – A normative or an operational organization?”*, *Am J Public Health*, 106(11): 1904–1906. (Noviembre de 2016). Disponible en <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2016.303376>.

<sup>42</sup> CLIFT, Charles. “The Role of the World Health Organization in the International System”, *Centre on Global Health Security Working Group Papers, Working Group on Governance | Paper 1*, (London, Chatham House, 2013). Disponible en <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/publications/research/2013-02-01-role-world-health-organization-international-system-clift.pdf>. Acceso enero de 2021.

Los países miembros de la OMS y su Secretaría tendrán que elegir entre una oficina de gestión de proyectos financiados principalmente por el sector privado y filantrópico, o la reconstrucción de un organismo internacional público independiente para promover, preservar y regular la salud mediante la recomendación o el establecimiento de normas, estrategias y estándares. Este es un dilema clave para la OMS.

Habrà que elegir entre lo que unos pocos donantes quieren que sea o haga la OMS y lo que el mundo necesita hoy en día de un organismo de las Naciones Unidas dedicado a la salud. Para aquellos que todavía creen que las Naciones Unidas tienen que desempeñar un papel de liderazgo en el área de la salud, e incluso más aún para aquellos que quieren ofrecer soluciones y contribuir a la reforma de la OMS, la pandemia de COVID-19 será quizás la última oportunidad para este organismo.

## EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI)

El RSI (2005) es un acuerdo internacional firmado por 196 países<sup>43</sup>, incluidos todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es ayudar a la comunidad internacional a prevenir y responder a los graves riesgos para la salud pública que pueden traspasar las fronteras y amenazar a la población mundial. La finalidad y el alcance del RSI (2005), que entró en vigor en 2007, es “prevenir y proteger contra la propagación internacional de enfermedades, controlarlas y dar una respuesta de salud pública a las mismas, todo ello en proporción a los riesgos que plantean a la salud pública y evitar interferencias innecesarias en los viajes y el comercio internacional”<sup>44</sup>.

El propósito del RSI revisado (2005) es prevenir, proteger, controlar y dar una respuesta a cualquier emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC) (art. 2 del RSI).

Tanto el virus del Ébola en 2014 como el Zika en 2016 se consideraron acontecimientos extraordinarios que creaban riesgos para la salud pública de otros Estados y requerían una respuesta internacional coordinada (PHEIC) (art. 1 del RSI). COVID 19 es el caso más reciente y grave de PHEIC que ha tratado la OMS. Durante una PHEIC, el Director General de la OMS puede emitir recomendaciones temporales. Sin embargo, debido a su carácter de “*recomendación no vinculante*” (art. 1 del RSI), los Estados pueden seguirlas o no. Las recomendaciones temporales emitidas durante la crisis del virus del Ébola, por ejemplo, fueron ampliamente ignoradas con efectos devastadores.

<sup>43</sup> Los 194 Estados miembros más dos Estados no miembros de la OMS: la Santa Sede y Liechtenstein.

<sup>44</sup> OMS, (2016) “¿Qué son el Reglamento Sanitario Internacional y los Comités de Emergencias?”. Disponible en <https://www.who.int/features/qa/39/es/>.

## Adoptar un enfoque directo: Modificar el RSI

La forma más fácil de abordar uno de los problemas que deben ser abordados por la reforma de la OMS es, obviamente, modificar el RSI. Sólo hay que cortar una sola palabra: *“I art. 1 del RSI podría modificarse en la medida en que las recomendaciones temporales se definan como medidas ‘vinculantes’. A la luz de la práctica reciente de los Estados, este enfoque parece, sin embargo, no ser viable”*<sup>45</sup>.

En el documento oficioso se señala acertadamente que *“Si bien otros instrumentos mundiales jurídicamente vinculantes incluyen mecanismos de incentivo para la aplicación y la presentación de informes, el RSI no prevé actualmente esos mecanismos”*<sup>46</sup>. Esto significa que la capacidad de la Secretaría de la OMS es bastante limitada y depende de la buena voluntad de los países para cooperar. Otros marcos jurídicos vinculantes, como los acuerdos comerciales de la OMC, incluyen procedimientos específicos de notificación y transparencia que permiten a sus miembros supervisar la medida en que otros miembros cumplen sus obligaciones. Además, las normas de la OMC establecen que un miembro que no cumpla su conducta con cualquiera de las obligaciones de los acuerdos abarcados por la organización puede sufrir la suspensión de los beneficios comerciales. En el lenguaje común, esta consecuencia se denomina “sanciones comerciales”<sup>47</sup>.

El artículo 21 de la Constitución de la OMS establece que la Asamblea de la Salud tiene la autoridad para adoptar reglamentos sobre, entre otros, requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades. El Artículo 22 estipula que “Los reglamentos adoptados de conformidad con el Artículo 21 entrarán en vigor para todos los Miembros después de que la Asamblea de la Salud haya notificado debidamente su adopción, excepto para aquellos Miembros que puedan notificar al Director General el rechazo o las reservas dentro del período establecido en el aviso ”. Sin embargo, no existen mecanismos para hacer cumplir las normas adoptadas si no las cumplen los miembros que no las han rechazado o formulado reservas. Esta es la brecha que debe abordarse con el fin de empoderar a la OMS para proteger eficazmente la salud pública mundial en caso de un PHEIC.

<sup>45</sup> FRAU, Robert, (2016) “*Creating Legal Effects for the WHO’s International Health Regulations (2005) – Which way forward?*” *Völkerrechtsblog*, 13 de abril de 2016. DOI: 10.17176/20171201-133647.

<sup>46</sup> “Non-Paper on Strengthening WHO’s leading and coordinating role in global health. With a specific view on WHO’s work in health emergencies and improving IHR implementation”. Elaborado por los Gobiernos de Alemania y Francia, agosto de 2020

<sup>47</sup> CEPAL (2013). “*Tipología de instrumentos internacionales*” LC/L.3719, 2013 [https://www.cepal.org/rio20/noticias/noticias/1/50791/2013-861\\_PR10\\_Tipologia\\_instrumentos.pdf](https://www.cepal.org/rio20/noticias/noticias/1/50791/2013-861_PR10_Tipologia_instrumentos.pdf). Acceso enero de 2021.

## PROPUESTAS DE ACCIÓN DEL “NON PAPER”

La reforma propuesta en el documento oficioso contiene 10 acciones, de las cuales varias son de gran relevancia.

**Acción 1:** considerar un aumento general de las contribuciones financieras regulares. Esta propuesta de Francia y Alemania es un paso importante en el debate sobre la reforma de la OMS. Admitir que la organización debe ser una entidad pública es la primera condición para cualquier reforma coherente de la OMS. Durante más de 20 años, el presupuesto ordinario de la OMS ha estado congelado por Estados Unidos y otros países industrializados que exigían un crecimiento cero.

A principios de la década de 1980, la AMS introdujo una “política de crecimiento real cero” para el presupuesto regular. Esta política congeló las cuotas de los miembros en términos de dólares reales para que solo la inflación y los tipos de cambio influyeran en las contribuciones financieras regulares de los miembros. En 1993, la AMS votó a favor de una política presupuestaria más estricta, trasladando a la organización de un “crecimiento real cero” a un “crecimiento nominal cero” para las contribuciones financieras regulares. Este cambio de política hizo que la organización dependiera cada vez más de fondos extrapresupuestarios<sup>48</sup>.

**Acción 2:** Fortalecer la función normativa de la OMS. Ante la multiplicación de actores internacionales en el campo de la salud, el fortalecimiento de la capacidad normativa de la OMS es una forma de devolverle su identidad y especificidad y permitir que otros actores público-privados, y filántropos, sigan actuando, respetando y aplicando los estándares de la OMS. Esta segunda acción propuesta en el documento oficioso no va lo suficientemente lejos, ya que no menciona cuáles serán los instrumentos para asegurar el cumplimiento de los estándares que lógicamente deberían ser a través del artículo 19, y el desarrollo de normas bajo los artículos 21 y 22 de la Constitución.

**Acción 3:** Establecer estructuras de gobernanza sólidas y sostenibles que permitan a los Estados Miembros de la OMS proporcionar una supervisión y orientación adecuadas a la labor de la OMS en las emergencias sanitarias. Una lección clara de COVID-19 es que la OMS debe tener “estructuras de gobernanza sólidas y sostenibles”, pero esta acción es insuficiente si no se identifican estructuras de gobernanza sólidas. El documento oficioso

<sup>48</sup> REDDY, S., MAZHAR, S. & LENCUCHA, R. (2018), “*The financial sustainability of the World Health Organization and the political economy of global health governance: a review of funding proposals*”. *Global Health* 14, 119 (2018). Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0436-8>. Acceso enero de 2021.

simplemente menciona que debería establecerse un subcomité del Consejo Ejecutivo para vigilar las emergencias y crisis sanitarias.

Las declaraciones del nivel más alto de crisis de salud (PHEIC) deben ir acompañadas de mecanismos de cumplimiento efectivos que se activarán en tiempos de crisis de salud global, por ejemplo, para garantizar que los diagnósticos, tratamientos y vacunas relacionados con la pandemia sean accesibles y asequibles para todos.

Las acciones 8 y 9 del documento oficioso se refieren a la reforma del PHEIC y la implementación transparente de la normativa sanitaria a nivel nacional. Como ya se mencionó, la declaración de una PHEIC debe ir acompañada explícitamente de la posibilidad de utilizar mecanismos de cumplimiento basados en normas vinculantes. En cuanto a la transparencia de la aplicación del RSI a nivel nacional, el documento oficioso pide una mejor colaboración y el fortalecimiento del sistema de notificación de brotes o PHEIC. La notificación inmediata de tales problemas debería ser obligatoria.

## LA REUNIÓN ESPECIAL DEL CONSEJO EJECUTIVO DEL 5 AL 6 DE OCTUBRE DE 2020

En el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, la resolución WHA 73 “Respuesta al COVID-19” (mayo de 2020) y el documento oficioso presentado por Francia y Alemania, la reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo los días 5 y 6 de octubre 2020 se convirtió en una especie de foro sobre cómo abordar la reforma de la OMS.

En la reunión extraordinaria, varios países se refirieron en sus intervenciones al documento oficioso presentado unas semanas antes, por Francia y Alemania, así esta estrategia diplomática entro a formar parte del debate sobre la reforma de la OMS.

El segundo día de la reunión extraordinaria estuvo dedicado a la revisión de los avances de dos comités y un panel que están a cargo de la implementación de la resolución WHA 73: “Respuesta COVID-19”, de mayo de 2020<sup>49</sup>:

- El Panel Independiente de Respuesta a la Preparación para una Pandemia (IPPR)
- El Comité de Examen del RSI
- El Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión del Programa de Emergencias de la OMS

<sup>49</sup> WHO (2020). WHA 73 Draft Resolution on COVID-19 Response, May 2020. Disponible en [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_CONF1Rev1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_CONF1Rev1-en.pdf).

Los dos comités y el panel están compuestos por reconocidos expertos internacionales nombrados por el Director General de la OMS. Se espera que las propuestas para la implementación de la resolución WHA73, ahora asumida como parte de una reforma de la OMS, se envíen a estos órganos, o al menos al segundo “Comité de Revisión del RSI” que está considerando la revisión del RSI.

## OBSERVACIONES FINALES

Los tres principales problemas identificados en relación con la incapacidad de la OMS para responder a situaciones como la planteada por la crisis del COVID-19 requieren una discusión de:

1. Carácter público y función de la OMS.
2. La ausencia de mecanismos vinculantes para el cumplimiento de sus directivas, normas y estándares.
3. El dilema entre la función normativa y humanitaria de la OMS.

Una reforma de la OMS que tenga como objetivo dar respuesta a los problemas estructurales existentes debería entonces: definir mecanismos para recuperar progresivamente el carácter público de la organización, de manera que se controle al menos el 51 por ciento del presupuesto en un período, por ejemplo, de 7 años . Esto significa que las contribuciones señaladas obligatorias periódicas de los Estados miembros deberían representar al menos el 51% del presupuesto total del organismo.

La coordinación efectiva por parte de la OMS de los temas de salud global requiere el uso de los artículos 19, 20 y 21 de su Constitución para la aprobación de instrumentos vinculantes y mecanismos de cumplimiento que aseguren la aplicación efectiva de las directivas, reglamentos y estándares emitidos por la organización.

El tercer punto de la reforma es quizás el más complejo y controvertido: el dilema entre el papel normativo y humanitario de la OMS. Por las razones explicadas a lo largo de este trabajo, y teniendo en cuenta la multiplicación de actores que abordan temas de salud, y los errores y retrasos en el manejo de epidemias anteriores (H1N1, Zika, Ébola), la OMS debe concentrarse como una prioridad en su labor normativa.

Los más de 400 documentos relevantes y de alta calidad producidos por la OMS durante los primeros seis meses de 2020 son una señal clara y positiva de lo que esta agencia puede hacer. Si se encontraran las herramientas y los instrumentos para hacer que las normas pertinentes sean aplicables, el mundo estaría mucho mejor.



## Multilateralismo global y la pandemia

Paulo Marchiori Buss

Santiago Luis Bento Fernández Alcázar

Sebastián Tobar

### ¿CÓMO LA GOBERNANZA GLOBAL Y EN SALUD HAN RESPONDIDO A LA PANDEMIA?

¿Ante la amenaza que representa la COVID-19 para el mundo, se puede hablar de una gobernanza global en el área de la salud? ¿Como ha sido la respuesta que ha dado Naciones Unidas a tan apremiante desafío?

La Asamblea General de Naciones Unidas (AGNU) adoptó dos resoluciones sobre el tema en el mes de abril<sup>1,2</sup>, otras dos en setiembre, al cierre de la 74ª sesión<sup>3</sup> y más cuatro en diciembre<sup>4</sup>. El Consejo Económico y Social (ECOSOC), dedicó sus tres sesiones

<sup>1</sup> AGNU (2020). “Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19)” Documento 74/270. Resolución aprobada por la Asamblea General el 3 de abril de 2020. Ver: <https://undocs.org/en/A/RES/74/270>. Acceso:28ago2020.

<sup>2</sup> AGNU (2020) “Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, vacunas y equipo médico para hacer frente al COVID-19” Documento A/RES/74/274. Resolución aprobada por la Asamblea General el 20 de abril de 2020. Ver: <https://undocs.org/es/A/RES/74/274>. Acceso:28ago2020.

<sup>3</sup> AGNU (2020) “Respuesta integral y coordinada a la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)” <https://undocs.org/en/A/RES/74/306> y AGNU (2020) “Respuesta unificada contra las amenazas para la salud mundial: la lucha contra la COVID-19” <https://undocs.org/en/A/RES/74/307>. Acceso:14oct2020.

<sup>4</sup> AGNU (2020) “Día Internacional de la Preparación Ante las Epidemias” <https://undocs.org/es/A/RES/75/27>; “Salud mundial y política exterior: fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud proporcionando atención médica asequible a todas las personas” <https://undocs.org/es/A/RES/75/130>; “Fortalecimiento de la respuesta rápida a nivel nacional e internacional al impacto frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en las mujeres” <https://undocs.org/es/RES/75/156>; “Las mujeres y las niñas y la respuesta a la enfermedad por coronavirus (COVID-19)” <https://undocs.org/es/A/RES/75/157>.

substantivas de julio de 2020 al impacto de la pandemia sobre los logros alcanzados en la implementación de la Agenda 2030 y sus ODS que, aunque pequeños y desiguales, pueden borrarse por completo, sin excluir la posibilidad de volver “al normal” de hace dos generaciones<sup>5</sup>. En agosto, el Consejo de Seguridad hizo una teleconferencia sobre el tema *consolidación y sostenimiento de la paz: la pandemia y los retos de sostener la paz*<sup>6</sup>, sugiriendo quizá que la pandemia no pasa de un estorbo a los acuerdos de paz. El 26 de febrero, de 2021, el Consejo de Seguridad adoptó una resolución verdaderamente histórica<sup>7</sup>.

A esas iniciativas habría que agregar, por otro lado, aquellas del sistema ONU, con sus 15 agencias especializadas, sus 11 programas y fondos, comisiones, comités y secretariados. Toda esa compleja estructura ha dedicado un espacio a la Covid-19 en sus iniciativas durante el año de 2020.

El Secretario General de Naciones Unidas ha hecho inúmeros pronunciamientos y una serie de informes<sup>8</sup>, muy útiles para ayudar a encontrar soluciones e involucrar a toda la comunidad internacional. ¿Podemos decir que el Sistema ha tenido una respuesta cabal al desafío de la pandemia? Se supondría que Naciones Unidas hubiera dedicado una sesión especial de su Asamblea General para este tema, pero tardó en hacerlo. De hecho, fue solamente en los días 3 y 4 de diciembre que la Asamblea General dedicó su 31ª sesión especial a la Covid-19.

En 2001, cuando se contaban 33 millones de personas infectadas por la pandemia del HIV-SIDA y aproximadamente 14 millones de muertos, la AGNU convocó la 26ª sesión especial para realzar la importancia global del tema. Quince años separan el primer caso de Sida de la convocatoria para una sesión especial. En comparación, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la Covid-19 como pandemia, el 11 de marzo, hasta fines de marzo del 2021, hay, según la OMS, casi 130 millones de casos confirmados de infección y 2,8 millones de muertes. Hasta la fecha fueron administradas casi 500 millones de dosis de vacunas. La economía no andaba bien en 2001, pero eso nada tenía que ver con el Sida. Ahora la economía se encuentra en punto muerto, y eso sí es por la pandemia.

<sup>5</sup> Ver Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC). Ver: <https://www.un.org/ecosoc/en/home>. Acceso: 25ago2020.

<sup>6</sup> UNITED NATIONS SECURITY COUNCIL (2020) “VTCs and meetings of the Security Council members and outcomes during the COVID-19 pandemic (March-August 2020)” Ver: <https://www.un.org/securitycouncil/content/meetings-2020-rtc>. Acceso: 27ago2020.

<sup>7</sup> CONSEJO DE SEGURIDAD DE NACIONES UNIDAS (2021) “Mantenimiento de la paz y de la seguridad internacionales <https://undocs.org/es/S/RES/2565/2021>.”

<sup>8</sup> <https://www.un.org/en/coronavirus/un-secretary-general> ver en *Statements y Reports*.

El brote de Ébola en África Occidental, en 2013-14, también mereció la atención de la AGNU, aunque no la haya dedicado una sesión especial. El Secretario General estableció un panel de alto nivel (HLP) para tratar de lo que tendría que ser una respuesta global a crisis en salud, pues otras enfermedades transmisibles venideras podrían convertirse en amenazas graves sobre las cuales habría que precaverse<sup>9</sup>. En 2016, la 70ª sesión de la AGNU adoptó el informe de aquel panel, que se intituló *Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias: informe del grupo de alto nivel sobre la respuesta mundial a las crisis sanitarias (A/70/723)*<sup>10</sup>.

El informe del HLP es un documento substantivo, con 27 recomendaciones para los niveles nacional, regional e internacional, que demandan involucrar a todas las instancias gobierno (*all-government*) y al conjunto de la sociedad (*all-society*). Las recomendaciones instaban al fortalecimiento de los respectivos sistemas de salud, de la OMS, el aumento de las contribuciones en, por lo menos un 10%, la creación de un consejo de alto nivel sobre crisis en la salud pública global y, *last but not least*, la convocación de una reunión de cumbre mundial, en 2018.

La epidemia no se convirtió en pandemia. El consejo de alto nivel se transformó en una fuerza tarea, copresidida por funcionarios de Naciones Unidas, OMS y el Banco Mundial. La reunión cumbre nunca fue convocada. El informe del HLP, que tan sabias recomendaciones contenía, se archivó.

Ya el anuncio de la pandemia por Covid-19 vino acompañado de una caída de las principales bolsas de mercado. Las oficinas se vaciaron, los comercios cerraron sus puertas, el mercado informal desapareció, entrando la economía en punto muerto. Todos buscaron respuestas. La AGNU formuló resoluciones, que es su *modus operandi*.

El 2 de abril, adoptó la resolución intitulada “*Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19)*”. El 20 de abril adoptó la resolución “*Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, vacunas y equipo médico para hacer frente al COVID-19*”. Llama la atención que esas dos resoluciones hayan sido puestas bajo el punto 123 de la agenda – *Fortalecimiento*

<sup>9</sup> UN (2015) Secretary-General Appoints High-Level Panel on Global Response to Health Crises. Press Release. SG/A/1558. 2 APRIL 2015. Ver: <https://www.un.org/press/en/2015/sga1558.doc.htm>. Acceso: 25ago2020.

<sup>10</sup> AGNU (2016) “*Salud Mundial y Política Exterior: Fortalecimiento de la Gestión de Crisis Sanitarias Internacionales*”. Resolución A/RES/70/183 aprobada por la 70ª. Asamblea General, 17-12-2015. Ver: <https://undocs.org/es/A/RES/70/183>. Acceso: 25ago2020.

del sistema de Naciones Unidas, aunque fuera mejor ubicarlo en el punto Salud mundial y política exterior: *un enfoque inclusivo para el fortalecimiento de los sistemas de salud*<sup>11</sup>.

Los títulos son importantes. La primera resolución busca una solidaridad mundial, importante en aquel momento, cuando lo que se observaba era justamente su ausencia. La segunda resolución pone el acento en la cooperación para asegurar el acceso global a los productos de salud esenciales para combatir la Covid-19. Hay una sutileza importante en el título de esa resolución: se trata de asegurar el *acceso mundial*, o sea, en todas partes. No dice *acceso universal*, que sería para todos en todas partes. En una pandemia es evidente que los productos cruciales para combatirla tienen que ser disponibles en todas partes, pero también que lo sean para todos. Los redactores del texto no ignoran esto. La pregunta es por que las delegaciones la aceptaron de manera acrítica. Los párrafos operativos 2 y 5 instan al Secretario General *identificar, recomendar y coordinar* los esfuerzos para garantizar la disponibilidad de aquellos productos. La responsabilidad recae sobre el Secretario General, no sobre los Estados miembros que podrían utilizar las flexibilidades contenidas en el Acuerdo ADPIC y la Declaración de Doha.

La tercera resolución, *“Respuesta unificada contra las amenazas para la salud mundial: la lucha contra la Covid-19”*, adoptada el 15 de setiembre, reafirma el valor de la cobertura universal en salud, hace hincapié en el respeto a los derechos humanos, condenando cualquier tipo de discriminación, racismo y xenofobia, pide acciones puntuales de lucha contra la pandemia sin descuidar de la oxigenación de la economía para no perder los avances logrados en los ODS.

La cuarta, *Respuesta integral y coordinada a la pandemia de enfermedad por coronavirus (Covid-19)*, también adoptada el 15 de setiembre, aunque venía siendo negociada por un buen tiempo. Más ambiciosa, solicita el pleno cumplimiento de los ODS, recuerda el compromiso y la obligación que tienen los Estados en la cooperación mutua, de acuerdo con la Carta de Naciones Unidas, bien como los compromisos logrados en las principales conferencias de la Organización, vincula el multilateralismo con la solidaridad y reafirma el valor de las flexibilidades contenidas en el Acuerdo ADPIC y en la Declaración de Doha sobre salud pública y propiedad intelectual.

<sup>11</sup> Ver Minister of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand (2007) *“Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time”*. The Lancet Health Policy. vol. 369, issue 9570, P1373-1378 april 21, 2007. Ver: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60498-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60498-X/fulltext). Acceso 15Oct 2020.

Las otras cuatro resoluciones adoptadas por la AGNU se refieren a la 75ª sesión, que se inaugura, como de costumbre, en la 3ª semana de setiembre. Las cuatro son interesantes y merecen comentarios breves y nos exhaustivos por falta de espacio. La primera de ellas, aprobada el 7 de diciembre de 2020 se intitula “*Día Internacional de la Preparación ante las Epidemias*”, por la cual proclama la celebración de aquel día los 27 de diciembre. La resolución es importante por reafirmar la importancia de la Agenda 2030 y por reconocer que la erradicación de la pobreza es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo. Expresa grave preocupación porque las epidemias tienen repercusiones devastadoras para la vida humana; la urgencia en disponer de sistemas de salud sólidos y resilientes; la importancia de la cooperación internacional y del multilateralismo en la respuesta a problemas globales. Es importante notar que esa resolución entra en el punto de agenda de la AGNU bajo el título “Salud mundial y política exterior”, cuyo origen se remonta a la Declaración de Oslo Salud Global, un tema urgente de la política exterior, firmada por 7 cancilleres<sup>12</sup>, en Marzo de 2007.

La siguiente resolución es justamente “*Salud mundial y política exterior: fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud proporcionando atención médica asequible a todas las personas*”. La particularidad de esta resolución es el hacer referencia a todos los mas importantes instrumentos adoptados por Naciones Unidas: de la Agenda 2030, a la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre financiamiento para el desarrollo, a los diversos actos internacionales sobre derechos humanos, la Declaración de Oslo y todas las resoluciones de la AGNU sobre la Covid-19, la Declaración de Doha sobre los ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio), entre otros. La resolución es, quizá, el instrumento mas importante que tienen los países en desarrollo para avanzar agendas progresistas en el entorno de Naciones Unidas.

Las otras dos resoluciones, “*Fortalecimiento de la respuesta rápida a nivel nacional e internacional al impacto frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en la mujeres*” y “*Las mujeres y las niñas y la respuesta a la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*” hacen hincapié en la Agenda 2030 y demás instrumentos citados en la resolución anterior y resaltan que son ellas, las mujeres y las niñas, las que más sufren el impacto de enfermedad por coronavirus.

Como se podrá observar, las cuatro resoluciones de la 75ª sesión de la AGNU son mas “fuertes” que las de la 74ª sesión. Expresan mayor preocupación ante los números asustadores que todos los días estampan los noticieros de todo el mundo. Hay, se podría

---

<sup>12</sup> África del Sur, Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal y Tailandia.

decir, una consciencia más aguda frente a la tragedia humana y al calamitoso “normal” que nos condujo hasta acá. Es instructivo volver la mirada hacia atrás para ver la lenta evolución de los acontecimientos, durante el año de 2020, bajo la 74ª sesión de la AGNU. Nos habíamos detenido sobre las cuatro resoluciones adoptadas en aquella ya distante sesión. Pero no terminamos de verlo todo.

Quedaba aún la iniciativa de Costa Rica<sup>13</sup> – *Un llamado a la acción* – sobre la cual habían trabajado destacados activistas de ONGs. Previendo que los derechos de propiedad intelectual tendrían un papel crucial en el tratamiento de la Covid-19, habían incluido ideas para que los conocimientos y las tecnologías relevantes para la misma fueran depositados en repositorios abiertos (*open patent pools*). Lamentablemente, el llamado a la acción fue desinflándose. En vez de convertirse en una magnífica resolución de la 73ª Asamblea Mundial de la Salud, se metamorfoseó en un documento de naturaleza desconocida (no es una resolución, ni tampoco una decisión), quedando en una expresión de deseo, loable, pero nada más. Hubo, en ese momento, un gran desánimo con respecto al multilateralismo.

El pesimismo acechaba. Quizá la 75ª sesión de la AGNU soplaría una brisa de esperanza, que de hecho sería diferente, como vimos arriba en las cuatro resoluciones adoptadas. El 21 de setiembre, de 2020, se celebró el 75 aniversario de Naciones Unidas en una sesión especial, donde los Estados miembro recordaron los logros de la Organización, pero también la necesidad de adaptarla a los nuevos desafíos del presente. Es cierto que hay fallas y deficiencias en su estructura, como por ejemplo la no adopción de la noción de que amenazas a la salud pueden desestabilizar a los países, que el funcionamiento del Consejo de Seguridad no puede limitarse a cinco miembros permanentes con derecho a veto, que falta una representatividad más amplia e inclusiva y que el sistema actúe en red, como un solo cuerpo. El evento, significó un voto de confianza en el multilateralismo y en las Naciones Unidas, única vía para la solución de los desafíos mundiales.

La sesión especial adoptó una Declaración<sup>14</sup> que es un verdadero testimonio de apoyo a Naciones Unidas. El texto registra los elementos básicos que deben estar presentes en la respuesta de todos a la pandemia y los desafíos mundiales: a) no dejar a nadie atrás; b) proteger el planeta; c) promover la paz y prevenir conflictos; d) guiarse por el derecho internacional; e) poner a las mujeres y a las niñas en el centro; f) construir

<sup>13</sup> Noticias ONU (2020) “La OMS y Costa Rica lanzan iniciativa para que las vacunas contra el coronavirus estén disponibles para todos”. Ver: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1475182> Acceso: 31ago2020.

<sup>14</sup> <https://undocs.org/A/75/L.1> “Declaración sobre la conmemoración del 75o aniversario de las Naciones Unidas”

confianza; g) mejorar la cooperación digital; h) actualizar las Naciones Unidas; i) asegurar el financiamiento sostenible; j) impulsar las asociaciones; k) escuchar y trabajar con los jóvenes; l) estar preparado.

El 22 de setiembre, de 2020, comenzó el debate general, ocasión en que los Estados miembros ponen a luz los principales asuntos de sus respectivos gobiernos. Como ya es tradición, se elige un tema común para el debate. Este año el tema elegido fue *El futuro que queremos, las Naciones Unidas que necesitamos: reafirmando nuestro compromiso colectivo con el multilateralismo*.

El Secretario General hizo un verdadero *tour de table* de todos los puntos de la agenda multilateral. Recordando el alerta que hiciera en enero de este año sobre los cuatro jinetes del apocalipsis que amenazan al mundo – la mayor tensión geo-estratégica, crisis climática, desconfianza mundial en ascenso, el lado oscuro del mundo digital – habría que sumar la pandemia de la Covid-19, que no solamente expone nuestras fragilidades sino que las agudiza. Los fundadores, decía el Secretario General, conocieron una pandemia, una depresión económica mundial, un genocidio y dos guerras mundiales. Tenían consciencia del costo de la discordia y el valor de la unidad. Hoy se vuelve a vivir un momento decisivo. Esta crisis es un ensayo para otras que vendrán, dice el Secretario General. La unión, la solidaridad, la ciencia y el atenerse a la realidad son cruciales para salir de ella. Pero lo que hay que retener de su ponencia es la afirmación que en el plano nacional necesitamos un nuevo contrato social y en el internacional, un nuevo pacto mundial. Necesitamos, continua, cobertura universal en salud, renta mínima universal y dedicarnos en lleno a las cuestiones de clima.

De modo general, las intervenciones de los Estados miembros destacaron el papel del multilateralismo y de Naciones Unidas, poniendo de relieve la Covid-19, ateniendo al tema propuesto y reafirmando que no hay solución fuera de la Organización. Ninguna, sin embargo, se mostró a la altura de la pandemia. Ninguna propuso algo o se comprometió con algo que podría señalar el camino a seguir. China reiteró lo que ya había dicho en la 73ª sesión de la Asamblea Mundial de la Salud: la vacuna contra la Covid-19, cuando disponible, será declarada un bien público mundial. No está claro el alcance de aquella promesa, ni como será puesta en marcha. Y eso fue todo. Nada más. Muy poco para ir contra la amenaza mas grande a la salud de este siglo XXI.

Para responder a nuestra pregunta– ¿Cómo la gobernanza global y en salud han respondido a la pandemia?– habría que tener en cuenta la limitada capacidad de respuesta que ha demostrado la Organización, que tiene inscrito en el preámbulo de su Carta

constitutiva la misión de salvar a las futuras generaciones del azote de las guerras. Se podría argumentar que la Covid-19 no es un enemigo contra el cual se tenga que guerrear, ¿pero entonces por qué se dice que representa una amenaza contra la humanidad, la más grande desde la Segunda Guerra?

¿Qué llevó, en Marzo, a Xi Jinping, Emmanuel Macrón, Boris Johnson, Ángela Merkel, Donald Trump y al propio Secretario General de Naciones Unidas a recurrir a metáforas de guerra para decir que hacía falta unión para enfrentar a aquella amenaza? Parece que solamente al echar mano de metáforas belicosas se consigue unir a los pueblos y a los países. Es curioso que para enfrentar una crisis sanitaria se eche mano de un imaginario de guerra, que es precisamente lo que nos habíamos resuelto, hace 75 años, a evitar para salvar a las generaciones venideras.

En este contexto, no es solamente Naciones Unidas la que no está a la altura de los acontecimientos, sino los propios países que se desgarran por dentro y llevan sus tensiones a donde sea. Aquí lo que se ve es la falencia de las políticas de mercado, que nos han conducido hasta este desastre y que ahora, como no se sabe lo que hay que hacer, echan mano de metáforas para pedir la unión de los átomos que ellos mismo partieron en pedazos.

Esa era la circunstancia con la cual teníamos que atenernos en el año de 2020. Parecía como si ante la enorme tragedia humana los instrumentos multilaterales que habíamos creado sufrían de una inexplicable para parálisis. No servían para salvarnos de la pandemia. No se adaptaban al nuevo contexto y, así, parecían condenadas a la extinción, como todo aquello que se pone al margen de la evolución. Pero no fue así. Las cosas empezaban a cambiar, a mostrarse diferentes, a sorprendernos. El órgano más anquilosado de Naciones Unidas, el Consejo de Seguridad, produjo movimientos en una dimensión para el desconocida y hasta pareció tener un rostro humano.

El 26 de febrero, de 2021, adoptó una resolución verdaderamente histórica. Aprobada por todos sus miembros, contó además con el copatrocinio de 112 países. La resolución parece salida del Consejo de Derechos Humanos o del Consejo Económico y Social, cuando trata de la Agenda 2030. El texto enfatiza, por ejemplo, *la unidad, el origen común y la solidaridad de la humanidad, bien como la intensificación de la colaboración internacional frente a la amenaza de pandemias que afectan a todos*. Como si fuera poco, la resolución del Consejo de Seguridad llama la atención al alerta de la OMS, según el cual la variantes del coronavirus exige más colaboración científica, más transparencia y más compartimiento de datos. Reconoce, además, el papel crucial de la OMS y de la iniciativa ACT-A (Access to Covid-19 Tools Accelerator), aunque no priorizada por las economías avanzadas del planeta, como se observa por el nacionalismo de las vacunas. Pantagrúel se sentiría en

casa en ese escenario obscuro. Nada, sin embargo, parece detener el espíritu humano que sopla en aquella resolución y por ello declara que el acceso equitativo a las vacunas es esencial para vencer a la pandemia. Y para no dejar dudas, plantea que la inmunización extensiva constituye un bien público global. Apenas si tenemos tiempo de reponernos de la sorpresa, cuando afirma el papel crucial de la OMS en combatir la desinformación (fake news), especialmente con respecto a las vacunas.

Nuevos vientos parecen soplar en las latitudes multilaterales, aunque aún queda mucho por hacer.

## CONSIDERACIONES FINALES

La descripción y análisis de los procesos de enfrentamiento a la pandemia de la Covid-19, en los planos global y regional en Latinoamérica, demuestran la fragilidad del multilateralismo, a los 75 años de existencia de Naciones Unidas.

La ‘onda rosa’ que se produjo en América del Sur, con el conjunto de gobiernos nacionales progresistas, propició un importante espacio político de integración, por lo menos en los primeros 15 años del presente siglo, en el cual la cooperación en salud tuvo un papel de destaque.

Con el debilitamiento, que se observó en los últimos cinco años, de las instituciones y mecanismos regionales y subregionales de naturaleza política y diplomática en América Latina, vino junto a un desgaste de la presencia colectiva en la gobernanza global y regional en salud. Las iniciativas de sus organismos multilaterales en el palco internacional, de que son ejemplos las negociaciones realizadas con otras instancias multilaterales o en el espacio político de Naciones Unidas, se mostraron tímidas frente al enorme desafío.

Según Fortín, Heine y Ominami<sup>15</sup>, la pandemia de Covid-19 subrayó la indefensión de una Latinoamérica dividida ante los desafíos mundiales; aunque el virus tardó en llegar a la región, una vez instalado en ella recibió una respuesta más bien caótica. Completan los autores que, aunque puede durar un par de años, esta pandemia, como todas, pasará; en cambio, creen que no pasará la impotencia de una región fragmentada ante otros desafíos mundiales. Imparten, entonces, la opción del “*no alineamiento activo*”, que consiste en maximizar los beneficios para el desarrollo nacional de la integración a los flujos de comercio, inversión y financiamiento internacionales, pero preservando los espacios y los instrumentos de

<sup>15</sup> FORTIN, C; HEINE, J.; y OMINAMI, C. (2020) “*Latino América: No Alineamiento y la Segunda Guerra Fría*”. Publicado en Foreign Affair Latinoamérica Volumen 20-No 3. Julio-Septiembre 2020. Ver: <http://revistafal.com/fal-20-3/>. Acceso: 28ago2020.

política necesarios para definir e implantar un modelo de desarrollo propio. Al mismo tiempo, sustentan los autores, también es clave contribuir a un régimen de gobernanza internacional democrático e incluyente, que combine interdependencia global y autonomía nacional.

Celso Amorim<sup>16</sup> considera el lugar posible de América latina y el Caribe en la construcción de un nuevo orden pós-Covid-19. Menciona que una opción sería la actuación aislada de los países, cada uno buscando obtener el máximo de ventajas que tendrían al asociarse a uno de los grande polos estratégicos que tiende a formarse (Estados Unidos – China, contrabalanceados por Rusia – Europa). Esa opción, que resultaría en un relacionamiento subalterno, puesto en marcha, de hecho, por algunos gobiernos, dejaría a la región rehén de los intereses del país al que se rindiera pleitesía. Siempre que el interés del país o de la región entrara en choque con los de la potencia hegemónica, aquellos países tenderían a perder o a ceder. En la dimensión de los valores, ideas como solidaridad, cooperación y diálogo “entre iguales” serán puestas de costado, en razón de manifiesto destino del país líder.

Para aquel autor, pareciera más lógico, en una multipolaridad (aún con trazos de bipolaridad) que se avecina, que las regiones de Latinoamérica y el Caribe actúen de forma tan unida como posible, teniendo en cuenta que son todos países en desarrollo y que aún necesitan capacitarse para los grandes desafíos económicos y tecnológicos del futuro.

A la pregunta que hacíamos al inicio de este artículo – *¿hay una gobernanza global en salud?* – habría que responder con reticencia en la medida en que la pandemia ha puesto al descubierto fragilidades del multilateralismo en general. Por un lado, las propuestas que emanaron de la Asamblea General de Naciones Unidas no parecen a la altura de los acontecimientos. Estamos, se dice, frente a la amenaza más grande a nuestras vidas desde la Segunda Guerra Mundial. El impacto sobre la economía es el más severo desde la Gran Depresión. Mirando a lo que se produjo es muy poco.

Con relación a Latinoamérica lo que salta a la vista no es solamente la fragilidad de los distintos mecanismos de integración, sino la perspectiva, real, de que se perderá aún más la poca independencia que nos queda. La opción por la integración, la cooperación y la solidaridad es la única para que no perdamos nuestra identidad latinoamericana. Tal vez el momento pandémico, nos haga oportuno avanzar en las ideas de San Martín, Bolívar, O’ Higgins, Sucre, Artigas y otros líderes independentistas que postulaban el camino de la integración latinoamericana como la alternativa para el bienestar de la región.

<sup>16</sup> Noticias ONU (2020) “La OMS y Costa Rica lanzan iniciativa para que las vacunas contra el coronavirus estén disponibles para todos”. Ver: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1475182> Acceso: 31ago2020.

## Multilateralismo en América Latina y la pandemia

Sebastián Tobar

Paulo Marchiori Buss

Santiago Luis Bento Fernández Alcázar



*Los hermanos sean unidos  
Porque esa es la ley primera  
Tengan unión verdadera  
En cualquier tiempo que sea  
Porque si entre ellos se pelean  
Los devoran los de afuera*  
(José Hernández, Martín Fierro, 1872)

### INTRODUCCIÓN

El inicio del siglo XXI marca 200 años de independencia de gran parte de los actuales Estados naciones de Latinoamérica, iniciada con Haití, en 1804, y finalizada en 1838, con un puñado de países centro-americanos. En el año 1826, con casi toda América Latina independiente, las nuevas naciones se reunieron en el Congreso del Panamá, en el cual Bolívar defendió un amplio proyecto de solidaridad e integración política económica. Estados Unidos e Inglaterra se opusieron a este proyecto, que amenazaba sus intereses económicos en el continente. Con esto, Latinoamérica se quedó fragmentada.

El resultado del proceso de independencia no significó una transformación radical de la situación socioeconómica que vivían las poblaciones latinoamericanas. De hecho, reconocemos que la dependencia económica en relación a las potencias capitalistas y la conservación de los privilegios de las elites locales hicieron que muchos de los problemas perduraran en la historia latinoamericana.

En este contexto, este artículo<sup>1</sup> aborda la evolución reciente de los procesos de integración de Latinoamérica y las implicaciones que han tenido en la salud de la población y los sistemas de salud de la región. Además, discute el papel de los organismos regionales en la gobernanza sanitaria regional en el enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19.

En América Latina hay instancias multilaterales que podrían contribuir para el encaminamiento de soluciones para la pandemia, pero estas o han sido extintas, como la Unasur, o se encuentran disminuidas en su ambición de integración, como el Mercosur y la CELAC. La pregunta que hay que hacerse es para adonde quieren ir los países de la región. ¿Para donde quiere avanzar, efectivamente, este espacio geográfico de más de 21 millones de kilómetros cuadrados; con 20 naciones; donde se hablan 2 idiomas principales; que no conoce ningún conflicto grave; que tiene abundancias de agua y de recursos naturales? Sea como fuere, no estaría mal recordar las palabras de José Hernández en su epopeya Martín Fierro, en el epígrafe de este artículo.

## COMO LA GOBERNANZA LATINO-AMERICANA EN SALUD HA RESPONDIDO A LA PANDEMIA?

Latinoamérica no es un todo homogéneo políticamente. Ni nunca lo fue. El multilateralismo en la región está constituido por la Organización Panamericana de la Salud – OPS y por los bloques subregionales, como MERCOSUR, Comunidad Andina, Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), y la extinta UNASUR (2009-2018), paradójicamente una organización de efímera duración, pero que tal vez fue el ejemplo más destacado de una estructura multilateral subregional. ALADI y el SELA son otros ejemplos, de mas corto alcance, que pueden haber tenido sus días de gloria, pero hoy solo con una presencia formal.

La OPS es la instancia regional de salud donde participan todos los Estados y Territorios de las Américas. En septiembre se realizó virtualmente, el 58° CD de la OPS, que aprobó la Resolución “*Pandemia de Covid-19 en la Región de las Américas*”<sup>2</sup>. Se trata de una resolución que insta a los Estados miembros a continuar promoviendo y profundizando

<sup>1</sup> El artículo está basado en el acompañamiento sistemático del enfrentamiento de la pandemia hecho por el Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS-Fiocruz) en los niveles global y regionales, que viene a luz próximamente, en la forma de un ‘*instant e-book*’. Ver: BUSS, PM; FONSECA, LE (org.)(2020). “*Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio do caminho*” Editora Fiocruz (en publicación, lanzamiento previsto para septiembre de 2020).

<sup>2</sup> OPS. 58° Sesión del Consejo Directivo. Resolución 166/ 5. (2020) “*Pandemia de Covid-19 en la Región de las Américas*”. Sesión virtual del 28 al 29 de septiembre del 2020. <https://www.paho.org/es/documentos/cd58-6-s-covid-19>. Acceso 5Oct 2020.

políticas, estrategias y medidas sostenibles, que abarquen todos los sectores del gobierno, entre otras recomendaciones.

La resolución mandata a la Directora de la OPS recomendaciones más generales y, específicamente, a mantener la red regional de vigilancia de la influenza y otros virus respiratorios, ampliándola mediante 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 o 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.

Desde los inicios de la pandemia, la OPS ha impulsado acciones sobre la base de un sistema de información sobre la Covid-19, formuló inúmeras orientaciones políticas y técnicas, en temas tan variados como servicios de salud pre-hospitalarios y hospitalarios, manejo clínico, dispositivos médicos, Covid-19 en poblaciones especiales como los indígenas y afrodescendientes, además de informes diarios y abordaje de muchos otros temas relevantes sobre la pandemia en la región<sup>3</sup> (Cuadro N°1)

**Cuadro N°1:** Cifras Claves de la Respuesta de la Región de las Américas a la Covid19

Respuesta de la OPS	 <b>126</b> Recomendaciones y guías técnicas propias o adaptadas a partir de materiales de la OMS	 <b>18,5 millones</b> de pruebas PCR para COVID-19  <b>6,3 millones</b> de pruebas PDR-Ag enviadas* a 36 países y territorios	 <b>&gt;239</b> Sesiones de capacitación virtual y presencial a nivel de país y regional sobre pruebas, localización y atención, entre otros	La OPS ha hecho 145 envíos de EPP a 36 países y territorios	
	 <b>6,2 millones</b> de guantes	 <b>2,13 millones</b> de batas	 <b>38,1 millones</b> de mascarillas médicas y N95	 <b>371.000</b> Gafas protectoras	
Preparación a nivel regional	 <b>32/35</b> Número de países con planes nacionales de preparación y respuesta a la COVID-19	 <b>38/51</b> Número de países y territorios con capacidad para hacer pruebas moleculares de diagnóstico de la COVID-19	 <b>21/35</b> Número de países que usan los sistemas de vigilancia de infección respiratoria aguda grave y pseudogripe para la COVID-19	 <b>17/22</b> Número de países donde al menos el 50% de los centros de salud tienen capacidad de triaje	 <b>33/35</b> Número de países que presentan información que tienen planes nacionales de PCI y agua y saneamiento para los centros de salud

Fuente: OPS. Informe N045. 22 de Febrero de 2021.

## INTEGRACIÓN Y PANDEMIA

Durante el siglo XX, a la luz del imperativo económico, se constituyó una gobernanza para la integración regional con la idea de crear un espacio económico amplio, superando las barreras para el comercio, generando acuerdos de aranceles preferenciales, áreas de

<sup>3</sup> OPS (2020) Technical Documents – Coronavirus Disease (COVID-19). Ver: <https://www.paho.org/en/technical-documents-coronavirus-disease-covid-19>. Acceso:31ago.2020

libre comercio, uniones aduaneras y mercados comunes, como sugerido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

De 1960 a 1980 se crean las siguientes iniciativas de integración: i) Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC); ii) Mercado Común Centroamericano, posteriormente Sistema de Integración Centroamericana (SICA); iii) Comunidad Andina de Naciones (CAN); iv) Asociación de Integración Latinoamericana (ALADI); v) Organismo del Tratado de Integración Amazónico (OTCA), y vi) Mercado Común del Sur (MERCOSUR).

Estas iniciativas fueron, poco a poco, incorporando aspectos sociales y vinculados a la salud, desarrollando ámbitos institucionales para tal. De esta manera, se fue pasando de un regionalismo económico a un regionalismo social, muchas veces motivado por las situaciones de pobreza y de altas inequidades en la región, generando toda una gobernanza asociada a estas temáticas.

A inicios del siglo XXI, nuevos procesos de integración se pusieron en marcha.

La Alianza Bolivariana de los Pueblos de Nuestra América (ALBA) enfatiza, como sus principios, la solidaridad, la complementariedad, la justicia y la cooperación, para generar transformaciones estructurales y el sistema de relaciones necesarias para alcanzar el desarrollo integral. Es integrada por Venezuela, Cuba, Bolivia, Nicaragua, Ecuador, Dominica, São Vicente y Granadinas, Antigua y Barbuda y Santa Lucía. ALBA realizó una *Conferencia de Alto Nivel sobre Economía, Finanzas y Comercio y Covid-19*, en junio de 2020, en la cual acordaron cooperar para acciones conjuntas y oportunas<sup>4</sup>, aunque todavía no se materializaran.

La UNASUR se consolidó, a su tiempo, como un proyecto de integración, bajo principios de democracia, inclusión social y derechos humanos, y teniendo como objetivo construir, de manera participativa y por medio del consenso, un espacio de articulación en los ámbitos cultural, social, económico y político entre sus pueblos. Priorizaba, entre otras, la política de salud.

En 2009, a la luz de un episodio con potencial pandémico de influenza A (H1N1), los Jefes de Estado de UNASUR crearon el Consejo Suramericano de Salud<sup>5</sup>, integrado por los doce Ministros de Salud del sub-continente y denominado, in short, UNASUR Salud.

<sup>4</sup> ALBA-TCP (2020). *En cuadro apretado frente a la COVID-19*. Ver: <http://www.granma.cu/mundo/2020-06-10/en-vivo-conferencia-de-alto-nivel-del-alba-tcp-sobre-economia-finanzas-y-comercio-frente-a-la-covid-19-10-06-2020-13-06-19> Acceso: 31 ago 2020.

<sup>5</sup> Desde su creación en 2008 hasta julio de 2015, el Consejo realizó ocho reuniones sobre temas como la epidemia de H1N1, la elección de la dirección de la OPS y la creación de un banco regional de precios de medicamentos, entre otros.

Con la inaceptable extinción de UNASUR, en abril de 2019, patrocinada por los gobiernos de Brasil, Chile, Argentina, Colombia y otros, se ha perdido un importante espacio político y sanitario regional de América del Sur, en un momento de extrema necesidad, para coordinar esfuerzos e implementar la cooperación. ¿Quién sería capaz de sustituirla?

El Foro para el Progreso de América del Sur – PROSUR, creado en 2019, propuesto por los presidentes de Colombia y de Chile, tiene la ambición de favorecer la integración en Sudamérica, en reemplazo de UNASUR. Durante el 2020, realizaron cuatro reuniones virtuales de Presidentes y Jefes de Estado (16 de marzo de 2020, 6 de Abril 2020, 19 de Mayo de 2020 y 27 de Agosto de 2020). Emitieron dos Declaraciones Presidenciales<sup>6,7</sup> que enfatizan la voluntad del trabajo acercando criterios para la toma de decisiones acerca de la COVID-19; Coordinar las migraciones y tránsito fronterizo; el intercambio de informaciones epidemiológicas, Esfuerzos conjuntos sobre desarrollo y acceso a las vacunas y medicamentos como la compra conjunta; Coordinar esfuerzos para acceder a créditos (BID, CAF y FMI); Coordinación de Instituciones científicas para la innovación para el Covid.19.

Como arreglos de gobernanza han creado cuatro mesas y un grupo de trabajo ad-hoc:

- 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.

Al iniciar la pandemia, los Ministros de Salud se reunieron en forma virtual tres veces (4 de marzo de 2020, 23 de marzo de 2020 y 4 de mayo de 2020). Posteriormente ha ido bajando su nivel de participación, haciéndolo solo los puntos focales de salud que solo participan en la mesa de trabajo de Criterios Epidemiológicos y Disponibilización de Datos y en la de Compras Conjuntas. Es de destacar, que en la mesa de trabajo de Tránsito de Personas que discutiría la idea de una apertura coordinada de las fronteras, no participan actores de los Ministerios de Salud

<sup>6</sup> PROSUR (2020). “*Declaração presidencial do PROSUL sobre ações conjuntas para enfrentar a pandemia do coronavírus*”. Ver: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/21459-declaracao-presidencial-do-prosul-sobre-aco-es-conjuntas-para-enfrentar-a-pandemia-do-coronavirus>. Acceso: 31ago2020.

<sup>7</sup> PROSUR (2020). “*Declaração Presidencial do PROSUL*”. Ver: <http://relacoesexteriores.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/21708-declaracion-presidencial-de-prosur>. Acceso: 31ago2020.

La Comunidad de Estados Latino-Americanos y Caribeños (CELAC) es la más reciente y amplia iniciativa de integración de la región. Si bien no cuenta con un ámbito específico de salud, ha tenido actuación, a su tiempo, frente a la amenaza epidémica del virus del Ebola y Zika.

CELAC presenta dificultades para su pleno despegue<sup>8</sup>. Habiendo desarrollado reuniones técnicas para monitorear la Covid-19 y, posteriormente, una Reunión Ministerial sobre Asuntos de Salud (26 de marzo), con la participación de CEPAL, SEGIB, CARICOM y OPS<sup>9</sup>, no ha logrado estructurar una agenda regional en salud efectiva, con acciones comunes específicas frente a la pandemia.

Recientemente, el 17 de agosto, realizó una reunión virtual de Ministros de Relaciones Exteriores para abordar el “*Acceso Latino Americano y Caribeño a la Vacuna Experimental para la Covid-19*”. En dicha ocasión presentó una “*Alianza para la Producción de la Vacuna Sars-Covid-19 para América Latina*”, con presencia de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. El Canciller de México mencionó dos temas guías para un frente regional contra la pandemia: la cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico con los que hacer frente a la Covid-19, y la necesidad de modelos de cooperación multilateral para la producción y acceso a medicamentos para la región.

La iniciativa presentada por México<sup>10</sup> como “*non profit*” agrupa a intereses privados o filantropistas como la Fundación Slim, Mabxience (Argentina), AstraZeneca (inglesa), Universidad de Oxford, Liomont (México), pero planteando que los países coloquen sus órdenes de compra y anticipos a la brevedad ante AstraZeneca, que realizará el proceso de distribución a los mismos.

En la iniciativa referida no quedan claro los papeles de los gobiernos de Argentina y México, así como prescinde de los mecanismos regionales (OPS) y mundiales (OMS) para el acceso a la vacuna.

<sup>8</sup> Brasil como un gran actor regional salió de la CELAC y México como presidencia pro t mpore viene liderando con un protagonismo de Argentina.

<sup>9</sup> CELAC (2020). “*La unidad regional ante la crisis del COVID-19*”. Ver: <http://revistafal.com/celac-la-unidad-regional-ante-la-crisis-del-covid-19/> Acceso: 31ago2020

<sup>10</sup> Gobierno de México (2020). “*México presente en la alianza internacional para el desarrollo, producción y distribución de la vacuna contra Covid-19*” (Comunicado No. 208). Ver: <https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-presente-en-la-alianza-internacional-para-el-desarrollo-produccion-y-distribucion-de-la-vacuna-contra-covid-19> Acceso: 31ago2020.

Diversas iniciativas se observan también a nivel de otros bloques subregionales.

*El Sistema de Integración Centro Americano (SICA)*<sup>11,12,13</sup> *el Organismo Andino de Salud*<sup>14</sup> *y el Organismo del Tratado de Cooperación Amazónico (OTCA)*<sup>15</sup> *tuvieron un papel importante en su actuación de la pandemia*

Luego de algunas tensiones experimentadas entre los presidentes de Argentina y Brasil, MERCOSUR convocó reunión virtual extraordinaria en marzo de 2020, en la cual los presidentes suscribieron una Declaración<sup>16</sup> que destina US\$ 16 millones del Fondo para la Convergencia Estructural del Mercosur (FOCEM) al combate coordinado de las autoridades nacionales de los cuatro Estado Partes contra la Covid-19. Los Ministros de Salud del MERCOSUR lanzaron una *Declaración de la XLVI Reunión*<sup>17</sup>, pero hasta el momento no se ha traducido en cursos de acción. Entre sus declarandos proponen: Intensificar la cooperación horizontal entre los Estados Partes del MERCOSUR con un enfoque multisectorial y de todos los niveles de gobierno con el fin de contener y controlar la pandemia de COVID-19 y mitigar sus efectos; 2) Alentar la implementación efectiva de transferencia de tecnologías y desarrollar la realización de acuerdos de licenciamiento voluntario 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; 3) Desarrollar estrategias regionales que permitan remover las barreras de acceso a las vacunas y tratamientos, en especial aquellas ocasionadas

<sup>11</sup> SICA (2020) “*Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de Belize, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana ante la pandemia de COVID-19*”. Ver: <https://www.sica.int/Content/images/coronavirus/01.jpg>. Acceso: 31ago2020.

<sup>12</sup> SICA (2020) “Plan de Contingencia Regional de Centro América y República Dominicana frente a la Covid-19”. Ver: <https://www.sica.int/coronavirus/plan>. Acceso 31ago2020.

<sup>13</sup> SICA (2020). “*Observatorio Regional SICA para la Covid-19*”. Ver: <https://www.sica.int/coronavirus/observatorioSICACOVID19>. Acceso: 31ago2020.

<sup>14</sup> Organismo Andino de Salud (2020), Covid-19. Ver: <http://orasconhu.org/portal/node/596>. Acceso: 30Jul2020.

<sup>15</sup> BID.(2020) “*Plan de contingencia para la protección de la salud en pueblos indígenas altamente vulnerables y en contacto inicial*” fue aprobado por el BID 2020-Bienes Públicos Regionales. Ver <https://www.iadb.org/es/sectores/comercio/bienes-publicos-regionales/results-2020>. Acceso: 30jul2020

<sup>16</sup> MERCOSUR. (2020) “*Declaración de los Presidentes del Mercosur sobre la Coordinación Regional para la Contención y Mitigación del Coronavirus y su impacto*”. 18 de Marzo de 2020. Ver: <https://www.mercosur.int/documento/declaracion-de-los-presidentes-del-mercursosur-covid19/> Acceso: 30jul2020.

<sup>17</sup> RMSM/MERCOSUR. (2020) “*Declaración de la XLVI Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR*” (virtual). PPTP. 18 Julio 2020. Ver: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/7875> Acceso: 30 julio 2020.

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; 4). Articular con las áreas técnicas pertinentes del MERCOSUR “Salud” para el desarrollo de propuestas armonizadas para la vigilancia epidemiológica en las fronteras, al igual que para el control sanitario ante un eventual proceso de desescalada y reapertura gradual de las fronteras, tomando en consideración lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional 2005 Artículo 2º “Finalidad y alcance”. Habiendo transcurrido mas de un año de la pandemia, son escasas las actividades que han desarrollado para operativizar estos ejes.

De hecho, en el marco de el Aniversario de los 30 Años del MERCOSUR, los Presidentes de los Estados Parte del MERCOSUR se reunieron en forma virtual con la participación de los Presidentes de los Estados partes llamando la atención que en el marco de una epidemia que hace epicentro en América del Sur y que involucra muchos de los países del bloque, solo primaron discusiones económicas y comerciales y no se ha impulsado ninguna iniciativa ni propuesta de cooperación en salud. También es de destacar que en el momento de la referida Cumbre muchos países han cerrado sus fronteras afectando la “libre circulación” que se plateaba el Tratado de Asunción<sup>18</sup>.

Desde el inicio de la propagación del SARS-Cov-2 en la Américas, los distintos órganos de la Organización de Estados Americanos (OEA) adoptaron resoluciones, emitieron decenas de comunicados, directrices, orientaciones; organizaron decenas de seminarios virtuales; crearon repositorios de buenas prácticas e monitoreo de respuestas de los Estados Miembros, *inter alia*, con el objetivo de apoyar a los países en la implantación de respuestas y políticas públicas inclusivas e accesibles, con enfoque en los derechos humanos.

La CEPAL ha desarrollado una intensa actividad con respecto a la Covid-19, preparando informes, documentos y seminarios virtuales sobre la pandemia, estimulando la cooperación y el intercambio entre los países latino-americanos y caribeños, así como liderando, en algunos momentos, el diálogo con la gobernanza global para enfrentar la enfermedad.

La orientación común a todos estos eventos e informes es que será necesario transformar el modelo de desarrollo de Latinoamérica para enfrentar un escenario pandémico largo y para los tiempos post pandémicos. Un ejemplo de esto, es el informe de políticas sobre los efectos del COVID-19 en la región<sup>19</sup>, producido en conjunto por CEPAL y la Secretaria General de las Naciones Unidas.

<sup>18</sup> El Tratado de Asunción consolida la creación del Mercado Común del Sur o MERCOSUR. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/380/norma.htm> Acceso: 6 de abril de 2021.

<sup>19</sup> UNITED NATIONS-CEPAL (2020). Informe: El impacto del Covid-19 en América Latina y el Caribe. Ver: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg\\_policy\\_brief\\_covid\\_lac\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid_lac_spanish.pdf). Acceso: 25ago2020

Además, produjo, al largo del 2020, y hasta el momento, ocho informes especiales sobre la evolución y los efectos de la pandemia en la región, actualizando los análisis económicos y sociales a medida que surgían informaciones relevantes y culminando con recomendaciones de políticas (Ver: <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>)

Han sido también importantes las iniciativas de CEPAL al interior del sistema de Naciones Unidas. La entidad y UNESCO lanzaron juntas un informe que visibiliza las consecuencias y medidas tomadas por los sistemas educativos de la región ante la crisis de Covid-19. Asociada a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo-UNCTAD, promovió un diálogo con agencias de propuestas de inversión de la región acerca de cómo el nuevo escenario internacional puede afectar los esfuerzos para atraer inversiones extranjeras directas (IED). Con la regional Latinoamericana de ONU Mujeres lanzó un documento conjunto en lo cual exhortan los gobiernos de la región a fortalecer las políticas de cuidados, desde un enfoque sistémico e integral, incorporando a todas las poblaciones que requieren cuidados y generando sinergias con las políticas económicas, de empleo, salud, educación y protección social.

Con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO, lanzó un informe sobre cómo evitar que la crisis del Covid-19 se transforme en una crisis alimentaria. Asociada con la Organización Internacional del Trabajo. OIT lanzó un informe sobre la coyuntura laboral en Latinoamérica.

El abordaje multidimensional sobre la Covid-19 y sus desdoblamientos económicos, sociales, políticos, ambientales y "*last but not least*", de integración regional impulsado por la CEPAL y OPS es, a nuestro juicio, el camino a seguir en la región.

## CONSIDERACIONES FINALES

La descripción y análisis de los procesos de enfrentamiento a la pandemia de la Covid-19, en los planos global y regional en Latinoamérica, demuestran la fragilidad del multilateralismo, a los 75 años de existencia de Naciones Unidas.

La 'onda rosa' que se produjo en América del Sur, con el conjunto de gobiernos nacionales progresistas, propició un importante espacio político de integración, por lo menos en los primeros 15 años del presente siglo, en el cual la cooperación en salud tuvo un papel de destaque.

Con el debilitamiento, que se observó en los últimos cinco años, de las instituciones y mecanismos regionales y subregionales de naturaleza política y diplomática en América Latina, vino junto a un desgaste de la presencia colectiva en la gobernanza global y regional

en salud. Las iniciativas de sus organismos multilaterales en el palco internacional, de que son ejemplos las negociaciones realizadas con otras instancias multilaterales o en el espacio político de Naciones Unidas, se mostraron tímidas frente al enorme desafío.

Según Fortín, Heine y Ominami<sup>20</sup>, la pandemia de Covid-19 subrayó la indefensión de una Latinoamérica dividida ante los desafíos mundiales; aunque el virus tardó en llegar a la región, una vez instalado en ella recibió una respuesta más bien caótica. Completan los autores que, aunque puede durar un par de años, esta pandemia, como todas, pasará; en cambio, creen que no pasará la impotencia de una región fragmentada ante otros desafíos mundiales. Imparten, entonces, la opción del “*no alineamiento activo*”, que consiste en maximizar los beneficios para el desarrollo nacional de la integración a los flujos de comercio, inversión y financiamiento internacionales, pero preservando los espacios y los instrumentos de política necesarios para definir e implantar un modelo de desarrollo propio. Al mismo tiempo, sustentan los autores, también es clave contribuir a un régimen de gobernanza internacional democrático e incluyente, que combine interdependencia global y autonomía nacional.

Celso Amorim<sup>1</sup> considera el lugar posible de América latina y el Caribe en la construcción de un nuevo orden pós-Covid-19. Menciona que una opción sería la actuación aislada de los países, cada uno buscando obtener el máximo de ventajas que tendrían al asociarse a uno de los grande polos estratégicos que tiende a formarse (Estados Unidos – China, contrabalanceados por Rusia – Europa). Esa opción, que resultaría en un relacionamiento subalterno, puesto en marcha, de hecho, por algunos gobiernos, dejaría a la región rehén de los intereses del país al que se rindiera pleitesía. Siempre que el interés del país o de la región entrara en choque con los de la potencia hegemónica, aquellos países tenderían a perder o a ceder. En la dimensión de los valores, ideas como solidaridad, cooperación y diálogo “entre iguales” serán puestas de costado, en razón de manifiesto destino del país líder.

Para aquel autor, pareciera más lógico, en una multipolaridad (aún con trazos de bipolaridad) que se avecina, que las regiones de Latinoamérica y el Caribe actúen de forma tan unida como posible, teniendo en cuenta que son todos países en desarrollo y que aún necesitan capacitarse para los grandes desafíos económicos y tecnológicos del futuro.

A la pregunta que hacíamos al inicio de este artículo – ¿hay una gobernanza global en salud? – habría que responder con reticencia en la medida en que la pandemia ha puesto

<sup>20</sup> FORTIN, C; HEINE, J.; y OMINAMI, C. (2020) “*Latino América: No Alineamiento y la Segunda Guerra Fría*”. Publicado en Foreign Affair Latinoamérica Volumen 20-No 3. Julio-Septiembre 2020. Ver: <http://revistafal.com/fal-20-3/>. Acceso: 28ago2020.

al descubierto fragilidades del multilateralismo en general. Por un lado, las propuestas que emanaron de la Asamblea General de Naciones Unidas no parecen a la altura de los acontecimientos. Estamos, se dice, frente a la amenaza más grande a nuestras vidas desde la Segunda Guerra Mundial. El impacto sobre la economía es el más severo desde la Gran Depresión. Mirando a lo que se produjo es muy poco.

Con relación a Latinoamérica lo que salta a la vista no es solamente la fragilidad de los distintos mecanismos de integración, sino la perspectiva, real, de que se perderá aún más la poca independencia que nos queda. La opción por la integración, la cooperación y la solidaridad es la única para que no perdamos nuestra identidad latinoamericana. Tal vez el momento pandémico, nos haga oportuno avanzar en las ideas de San Martín, Bolívar, O' Higgins, Sucre, Artigas y otros líderes independentistas que postulaban el camino de la integración latinoamericana como la alternativa para el bienestar de la región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBA-TCP (2020). “En cuadro apretado frente a la COVID-19”. Ver: <http://www.granma.cu/mundo/2020-06-10/en-vivo-conferencia-de-alto-nivel-del-alba-tcp-sobre-economia-finanzas-y-comercio-frente-a-la-covid-19-10-06-2020-13-06-19>. Acceso: 31ago2020.

BID.(2020) “Plan de contingencia para la protección de la salud en pueblos indígenas altamente vulnerables y en contacto inicial” fue aprobado por el BID 2020-Bienes Públicos Regionales. Ver <https://www.iadb.org/es/sectores/comercio/bienes-publicos-regionales/results-2020>. Acceso: 30jul2020.

BUSS, Paulo & TOBAR, Sebastián. “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>

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](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400503)

BUSS, Paulo and TOBAR, Sebastián. “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>

CELAC (2020). “La unidad regional ante la crisis del COVID-19”. Ver: <http://revistafal.com/celac-la-unidad-regional-ante-la-crisis-del-covid-19/> Acceso: 31ago2020

FORTIN, C; HEINE, J.; y OMINAMI, C. (2020) “Latino América: No Alineamiento y la Segunda Guerra Fría”. Publicado en Foreign Affair Latinoamérica Volumen 20-No 3. Julio-Septiembre 2020. Ver: <http://revistafal.com/fal-20-3/>. Acceso: 28ago2020.

Gobierno de México (2020). “México presente en la alianza internacional para el desarrollo, producción y distribución de la vacuna contra Covid-19” (Comunicado No. 208). Ver: <https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-presente-en-la-alianza-internacional-para-el-desarrollo-produccion-y-distribucion-de-la-vacuna-contra-covid-19>. Acceso: 31ago2020.

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. 654 p.;tab;graf. ISBN: 978-85-7541-497-2.

MERCOSUR (1991). “Tratado de Asunción consolida la creación del Mercado Común del Sur o MERCOSUR”. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/380/norma.htm>. Acceso: 6 de abril de 2021.

MERCOSUR. (2020) “Declaración de los Presidentes del Mercosur sobre la Coordinación Regional para la Contención y Mitigación del Coronavirus y su impacto”. 18 de Marzo de 2020. Ver: <https://www.mercosur.int/documento/declaracion-de-los-presidentes-del-mercosur-covid19/>. Acceso: 30jul2020.

MERCOSUR/ RMSM. (2020) “Declaración de la XLVI Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR” (virtual). PPTP. 18 Julio 2020. Ver: <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/doc/7875>. Acceso: 30 julio 2020.

Organismo Andino de Salud (2020), “Covid-19”. Ver: <http://orasconhu.org/porta/node/596>. Acceso: 30Jul2020.

OPS. 580 Sesión del Consejo Directivo. Resolución 166/ 5. (2020) “Pandemia de Covid-19 en la Región de las Américas”. Sesión virtual del 28 al 29 de septiembre del 2020. <https://www.paho.org/es/documentos/cd58-6-s-covid-19>. Acceso 50Oct 2020.

PROSUR (2020). “Declaração presidencial do PROSUL sobre ações conjuntas para enfrentar a pandemia do coronavirus”. Ver: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/21459-declaracao-presidencial-do-prosul-sobre-acoes-conjuntas-para-enfrentar-a-pandemia-do-coronavirus>. Acceso: 31ago2020.

PROSUR (2020). “Declaração Presidencial do PROSUL”. Ver: <http://relacoesexteriores.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/21708-declaracion-presidencial-de-prosur>. Acceso: 31ago2020.

SICA (2020) “Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de Belice, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana ante la pandemia de COVID-19”. Ver: <https://www.sica.int/Content/images/coronavirus/01.jpg>. Acceso: 31ago2020.

SICA (2020) “Plan de Contingencia Regional de Centro América y República Dominicana frente a la Covid-19”. Ver: <https://www.sica.int/coronavirus/plan>. Acceso 31ago2020.

SICA (2020). “Observatorio Regional SICA para la Covid-19”. Ver: <https://www.sica.int/coronavirus/observatorioSICACOVID19>. Acceso:31ago2020.

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, Sebastián & LINGER, Carlos. “América Latina e Caribe: entre a Covid-19 e a Crise Econômica 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, Sebastián; ROSENBERG, Félix Julio; DA SILVA, Augusto Paulo; Pinheiro SOUZA, Rosa María; BURGER, Pedro; Nascimento, Beatriz; Amarante, Felipe; GROppo RUELA, Helifrançis Conde, “*A Estrategia de Redes Estructurantes na Cooperacao Internacional da Fiocruz América Latina e CPLP*”. 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. 281-302. Disponible en: <http://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-9786557080290-09.pdf>

TOBAR, Sebastian (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.

UNITED NATIONS-CEPAL (2020). “*Informe: El impacto del Covid-19 en América Latina y el Caribe*”. Ver: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg\\_policy\\_brief\\_covid\\_lac\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid_lac_spanish.pdf). Acceso: 25ago2020



## Respuesta de Centroamérica y República Dominicana a la Pandemia Covid-19

Alejandro José Solís Martínez<sup>1</sup>

José Estuardo Miranda Gómez<sup>2</sup>

María Guadalupe López<sup>3</sup>

David Saúl Rodríguez-Araujo<sup>4</sup>

Pilar Alfredo López<sup>5</sup>

René Guillermo Santos Herrera<sup>6</sup>

### INTRODUCCIÓN

La Gobernanza del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) está sustentada en el Protocolo de Tegucigalpa<sup>7</sup> (1991), el “Tratado Marco de Seguridad Democrática en Centroamérica<sup>8</sup>” (1995), el Tratado de la Integración Social Centroamericana<sup>9</sup> (1995), y la “**Alianza para el Desarrollo Sostenible de Centro América**” (1994), la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022, la Agenda de Salud

<sup>1</sup> Secretario Ejecutivo del COMISCA

<sup>2</sup> Coordinador de Procesos Técnicos Regionales de SE-COMISCA

<sup>3</sup> Especialista en Comunicaciones de SE-COMISCA

<sup>4</sup> Coordinador de Epidemiología de SE-COMISCA

<sup>5</sup> Coordinador de la Unidad de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias

<sup>6</sup> Coordinador de ECHO y Especialista TB-VIH e Infecciones Oportunistas Fúngicas de SE-COMISCA

<sup>7</sup> ODECA (1991) “*Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA)*”. Disponible en: <http://www.sice.oas.org/trade/sica/sg121391.asp>. Acceso enero de 2021.

<sup>8</sup> SICA (1995) “*Tratado Marco de Seguridad Democrática en Centroamérica*”. Disponible en [https://www.sica.int/documentos/tratado-marco-de-seguridad-democratica-en-centroamerica\\_1\\_110795.html](https://www.sica.int/documentos/tratado-marco-de-seguridad-democratica-en-centroamerica_1_110795.html). Acceso enero de 2021.

<sup>9</sup> SICA (1995) “*Tratado de Integración Social Centroamericana*”. Disponible en: [https://www.sica.int/documentos/tratado-de-la-integracion-social-centroamericana-tratado-de-san-salvador\\_1\\_117068.html](https://www.sica.int/documentos/tratado-de-la-integracion-social-centroamericana-tratado-de-san-salvador_1_117068.html) . Acceso enero de 2021.

de Centro América y República Dominicana 2019-2030, sus Resoluciones políticas y el trabajo técnico realizado por su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA) en el marco de los cuatro pilares<sup>10</sup> filosóficos, teóricos y metodológicos del Nuevo Pensamiento regional de Salud Pública.

El COMISCA, como órgano rector del sector salud regional, integrado por los Ministros de Salud de Centroamérica (CA) y República Dominicana (RD), le compete analizar y decidir, en el marco de la integración centroamericana, sobre los diversos problemas sanitarios que son comunes en los Estados miembros del SICA (Reglamento COMISCA 01-2017, Art. 3.). Por tanto, el trabajo político, técnico y administrativo regional se desarrolla con una visión holística y con un abordaje intersectorial y complementario, colocando al centro del debate a las personas, la familia y la comunidad, sin descuidar el ambiente. En este contexto, todas las acciones en salud pública en la región se enmarcan en los cuatro pilares del nuevo pensamiento en salud regional: la Seguridad Humana<sup>11</sup>, la Determinación Social de la Salud<sup>12</sup>, la Gestión del Conocimiento<sup>13</sup>, y los Bienes Públicos Regionales Comunitarios<sup>14</sup>.

De igual manera, el trabajo regional en respuesta a la pandemia de la COVID-19 ha sido producto del pensamiento consensuado y la voluntad política entre los jefes de estado y de gobierno del SICA, de las competencias del talento humano de los profesionales y técnicos y del protagonismo ciudadano de los Estados miembros del SICA.

<sup>10</sup> Los cuatro pilares de la salud regional son: la Seguridad Humana, la Determinación Social de la Salud, la Gestión del Conocimiento, y los Bienes Públicos Regionales Comunitarios (SE-COMISCA, 2019).

<sup>11</sup> Situación en la que las personas están libres de todo tipo de amenazas a la integridad humana, de forma que pueda garantizar el desarrollo humano, la vida y la dignidad, SE-COMISCA, 2018: 11.

<sup>12</sup> La historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico de cada colectivo y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica.”, Laurell 1981: 1 citada en SE-COMISCA, 2018: 13.

<sup>13</sup> Capacidades institucionales para generar y transformar la data-información en conocimiento, difundirlo y utilizarlo como valor agregado institucional para avanzar y profundizar en el conocimiento de la realidad regional SE-COMISCA, 2018: 21.

<sup>14</sup> Bien, servicio o recurso final o intermedio que sirva de insumo, producido como resultado de un esfuerzo de uno, varios o todos los Estados de la región, con valor positivo, cuantificable o simbólico, específico, accesible y disponible para uso y disfrute común de los habitantes de toda la región, de una zona geográfica particular o por un grupo de población que comparta o no identidad o cultural, SE-COMISCA, 2018: 29.

## INSTRUMENTACIÓN TÉCNICA-OPERATIVA DEL COMISCA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SOPORTE

El COMISCA, para hacer operativa su gobernanza, cuenta, por un lado, con una organicidad constituida por instancias técnicas operativas, conformadas por las jefaturas de los programas de salud ministeriales y, por otro lado, con un acervo de documentos sobre el posicionamiento político y lo normativo-operativo regionales, diseñados e impulsados desde su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA), Ilustración 1.

**Ilustración N° 1 – Marco normativo-regulatorio del trabajo regional en salud del COMISCA, 2008-2020**



Fuente: SE-COMISCA, 2008-2020.

El bregar regional en salud del COMISCA y de su Secretaría Ejecutiva se ha ido consolidando de manera progresiva, generando acervos, aprendizajes institucionales y experiencias que le permiten definir un estilo propio de gobernanza, fundamentado en los cuatro pilares del nuevo pensamiento regional en salud:

- i) La Seguridad Humana como el fundamento filosófico del quehacer regional en salud,
- ii) La Determinación Social de la Salud como el marco teórico-metodológico que estructura los análisis y alcances de las respuestas regionales en salud,

- iii) La Gestión del Conocimiento como el modelo gerencial para generar conocimiento alrededor de las prioridades de salud de la región e impulsar comunidades temáticas, pero también dirigido al fortalecimiento de competencias del personal de salud y el empoderamiento de la población, y
- iv) Los Bienes Públicos Regionales Comunitarios, como los productos de alcance regional con valor público, orientados al derecho a la salud.

## 1. RESPUESTA INSTITUCIONAL REGIONAL FRENTE A LA COVID-19.

Los países de Centroamérica y República Dominicana han enfrentado una nueva problemática de salud que les sorprendió al igual que al mundo entero, generando cambios en las formas de relacionamiento, revalorizando algunas profesiones, poniendo sobre la mesa, el debate entre la economía y lo social, entre el mercado y el derecho de los ciudadanos, colocando en primer plano las limitaciones – históricas – de la capacidad de respuesta de los mismos sistemas de salud, entre otros. Todo esto en medido de perennes desiguales condiciones socioeconómicas de personas, comunidades y naciones para afrontar la emergencia de la pandemia y sus inevitables consecuencias.

Aunque el riesgo de infección por SARS-Cov-2 ha sido generalizado, no así lo ha sido la distribución de la enfermedad y los fallecimientos. Además, algunas ocupaciones como personal sanitario, de seguridad pública, de asistencia social, de abastos de alimentos, se vieron más expuestas a la infección por SARS-Cov-2 aunado al estrés individual y colectivo. Pero también, el confinamiento extremo provocó cambios importantes en la dinámica social, familiar e individual, generando contextos y situaciones de violencias, ansiedad, miedo, frustraciones, mayor carga de estrés, estrés postraumático, duelo, *Burnout*, entre otros, con claras repercusiones en la salud mental individual, grupal y colectiva. Las noticias falsas sobre la COVID-19, también han influido en la salud mental de los conciudadanos de la región SICA.

Frente a esta nueva “condición” de lo social, comunitario, familiar, individual y profesional, el impulso de la salud en todas las políticas y administraciones públicas y la necesidad imperiosa por construir entornos saludables han cobrado una mayor relevancia para el COMISCA. Cabe señalar que estas iniciativas para proteger la salud de las poblaciones de la región SICA, se han dado en condiciones donde los sistemas nacionales de atención de salud debieron hacer o decidir “sobre la marcha”.

El desempeño de la SE-COMISCA frente a la pandemia provocada por el SARS-Cov2, puede resumirse en ocho áreas de trabajo dirigidos al fortalecimiento institucional. Ilustración 2.

### Ilustración N° 2 – Abordaje multidisciplinario frente a la COVID-19 del COMISCA, 2020



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

En medio de esa dinámica y conscientes de la situación de emergencia mundial, los Jefes de Estados y de Gobierno que conforman el SICA, en Reunión Extraordinaria el 12 de marzo de 2020, identificaron y adoptaron medidas conjuntas y coordinadas que complementaron los esfuerzos que cada país ya estaba realizando para afrontar la pandemia. De esa reunión surgió la **Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de Centroamérica unida ante la COVID-19**, y que dio paso al **“Plan de Contingencia Regional”** que articular tres ejes de acción: Salubridad y Gestión de Riesgos; Comercio y Finanzas; y Seguridad, Justicia y Migración. Ilustración 3.

### Ilustración N° 3 – Declaración y Plan de Contingencia Regional del SICA, 2020

Fuente: SE-COMISCA, 2020.

Así, el accionar complementario del COMISCA a esta decisión presidencial contribuyó a fortalecer la gestión administrativa y clínica de los sistemas de atención de salud, al plantear respuestas epidemiológicas acordes a las necesidades regionales, a la protección del personal de primera línea hospitalaria, a informar a las poblaciones de la región, a replantear el trabajo regional para acercarlo al nivel operativo nacional, a la incidencia política en lo intersectorial regional para afrontar la emergencia y sus consecuencias, entre otras.

En este contexto, no solo como ente de integración regional, sino también en asocio con el Organismo Regional Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), su par de integración regional, se favorecieron intercambios de conocimientos sobre la situación del embarazo en adolescentes, la situación de la salud en la región desde la perspectiva económica, el impacto de la COVID-19 en poblaciones indígenas, y la salud mental en personas migrantes en el contexto pandémico, en entre otros. Ilustración 4.

**Ilustración N° 4 – Intercambio de conocimientos sobre consecuencias de la COVID-19 mediante webinarios conjuntos con el ORAS-CONHU, 2020**



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

Se dieron esfuerzos de trabajo del COMISCA con otros órganos de la institucionalidad del SICA tales como la Comisión Centroamericana de Transporte (COMITRAN), la Secretaría General de Integración Económica Centroamericana (SG-SIECA) y el Organismo Pesquero y Acuícola del Istmo Centroamericano (OSPESCA), lo que permitió consolidar un trabajo regional intersectorial frente a COVID-19.

De igual manera, se realizaron Telementorías para mejorar las habilidades técnicas del talento humano para el manejo de la COVID-19, enfatizando sobre acciones de prevención, contención, tratamiento y recuperación de la salud. Ilustración 5.

**Ilustración N°5 – Telementorías e intercambio de experiencias en el manejo hospitalario de COVID-19 mediante webinario, 2020**



Fuente: [https://www.sica.int/noticias/se-comisca-fortalece-con-transferencia-de-conocimiento-por-medio-de-segunda-fase-de-telementorias-echo-covid-19-a-los-paises-del-sica-y-latinoamerica\\_1\\_122192.html](https://www.sica.int/noticias/se-comisca-fortalece-con-transferencia-de-conocimiento-por-medio-de-segunda-fase-de-telementorias-echo-covid-19-a-los-paises-del-sica-y-latinoamerica_1_122192.html) [05032021]; SE-COMISCA, 2020.

De igual manera, se realizaron coordinaciones intersectoriales con otros órganos del SICA, tales como la **Comisión Centroamericana de Transporte** (COMITRAN), la **Secretaría General de Integración Económica Centroamericana** (SG-SIECA) y el **Organismo Pesquero y Acuícola del Istmo Centroamericano** (OSPESCA), lo que permitió consolidar un trabajo regional de protección contra la COVID-19.

La SE-COMISCA junto con la Secretaria General de Integración Económica Centroamericana (SIECA) diseñaron e implementaron los **“Lineamientos de Bioseguridad ante la COVID-19, aplicables al sector del transporte terrestre centroamericano”**, según Resolución COMIECO-COMISCA No. 01-2020 (2020), en el marco de la Presidencia Pro Témpace COMISCA Honduras. Los lineamientos de bioseguridad se enfocaron hacia medidas de protección durante la carga, traslado y descarga de mercancías en la región de Centroamérica y República Dominicana. La SE-COMISCA, también, brindó asistencia técnica

a la Organización del Sector Pesquero y Acuícola del Istmo Centroamericano (OSPESCA) para la redacción de los “**Lineamientos para la Bioseguridad en Embarcaciones Pesqueras ante la COVID-19 en los Estados miembros del SICA**”.

**Ilustración N° 6** – Lineamientos de Bioseguridad ante la COVID-19 aplicables al sector transporte terrestre centroamericano, 2020



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

## 2. LA FLEXIBILIDAD Y LAS CONTRIBUCIONES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

Cabe resaltar que en la respuesta regional frente a la COVID-19 diversas organizaciones, entre las que se cuentan agencias de cooperación, entidades bancarias y organismos de asistencia técnica internacional que regularmente apoya a la SE-COMISCA<sup>15</sup>, flexibilizaron la ejecución presupuestaria, facilitando tanto el redireccionamiento presupuestario de algunos proyectos como la gestión de fondos nuevos destinados a atender la emergencia pandémica. A ello, se agregaron donaciones de diversas fuentes de financiamiento que, sumados al redireccionamiento y la gestión de proyectos, favorecieron el fortalecimiento institucional en cinco Estados miembros del SICA para seguir dando respuesta en salud a la COVID-19. Ilustración 7.

<sup>15</sup> La Agencias de Cooperación de Turquía, el Gran Ducado de Luxemburgo, el CDC-CAR y el BID.

### Ilustración N° 7 – Redireccionamiento avalado de fondos de la cooperación internacional para la atención a la COVID-19, 2020



**US\$1,453,179.66**

Gestión ante socios de cooperación y redireccionamiento de fondos para atender pandemia COVID-19 en la Región:

- CDC-CAR
- Banco Interamericano de Desarrollo
- República de Turquía
- Agencia Luxemburguesa para la Cooperación al Desarrollo
- China-Taiwán

**Fuente:** SE-COMISCA, 2020.

### 3. EL TELETRABAJO Y LAS TIC EN SE-COMISCA PARA CONTINUAR CON LA EJECUTORIA DE PROYECTOS REGIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

El desempeño institucional regional de COMISCA a través de su Secretaría Ejecutiva, connotó diversas acciones orientadas a continuar con la ejecutoria de los proyectos mediante el teletrabajo, a excepción de aquellos que requerían de la acción presencial, limitados por las restricciones de movilidad humana e interacción social. Ilustración 8.

### Ilustración N° 8 – El teletrabajo como una nueva modalidad administrativa para continuar la ejecutoria de acciones regionales de COMISCA, 2020

695

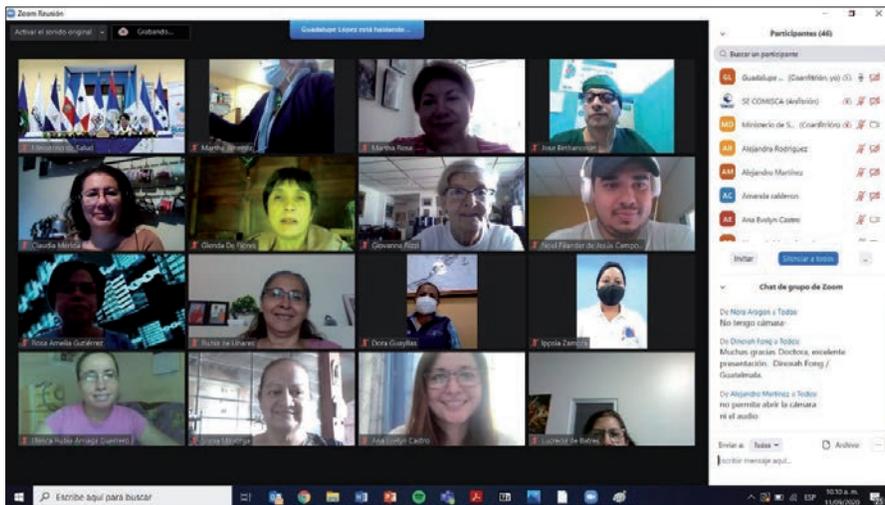
- Reuniones de trabajo de la SE-COMISCA en el marco de proyectos tales como:
1. Respuesta al Plan de Contingencia frente a la COVID-19,
  2. Mecanismo de Negociación Conjunta COMISCA\*,
  3. Salud Global,
  4. ROP,
  5. Proyecto ECHO,
  6. Salud Mental,
  7. Fortalecimiento de la Institucionalidad Regional,
  8. Etc.



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

A pesar de que el teletrabajo no estaba regulado en la institucionalidad del SICA, esa modalidad virtual facilitó el desarrollo de reuniones mediante Webinars abiertos que incluyeron a expertos nacionales, de agencias de asistencia técnica y el organismo de integración andino. El uso intensivo de plataformas informáticas y el desarrollo de reuniones mediante webinars permitieron la ampliación de las comunicaciones, la coordinación y la gestión de procesos de adquisición de insumos, productos farmacéuticos y equipos de protección personal. Ilustración 9.

### Ilustración N° 9 – El uso intensivo de plataformas informáticas para dinamizar el intercambio de conocimientos en torno a la COVID-19, 2020



Fuente: COMISCA, 2020.

Con esta modalidad virtual de encuentros, se incrementó tanto el intercambio de conocimientos como del fortalecimiento de habilidades entre profesionales pares de las instituciones gubernamentales de salud de los Estados miembros del SICA y de otros países en distintas áreas de conocimiento.

La salud mental ha sido un tema central en el desarrollo de intercambios y capacitaciones virtuales tanto en el seno de las instituciones de salud gubernamentales que conforman COMISCA como junto al Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Ilustración 10.

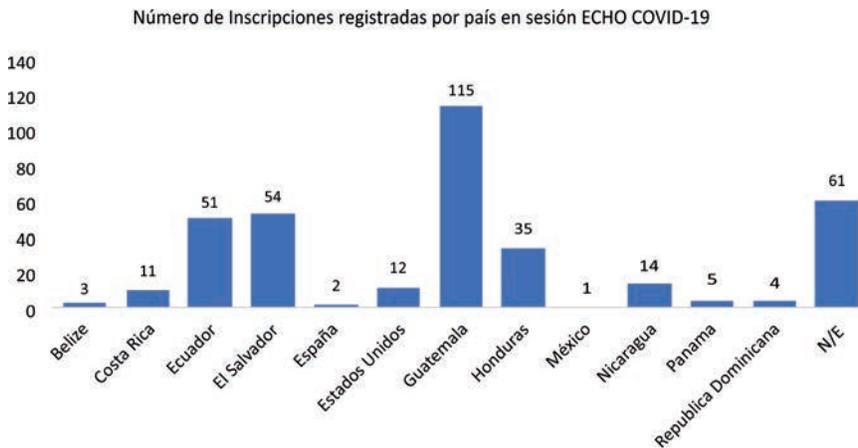
**Ilustración N°10 – Fortalecimiento de la Salud Mental en COMISCA y en asocio con ORAS-CONHU, 2020**



Fuente: SE-COMISCA y SE-COMISCA/ORAS-CONHU, 2020.

Por otra parte, se llevaron a cabo **Telementorías ECHO**<sup>16</sup> dirigidas a mejorar capacidades técnicas en el manejo de la COVID-19, del talento humano regional. Independientemente del tema abordado, además del personal de salud regional, también hubo participación internacional. Ilustración 11.

**Ilustración N°11 – Inscripciones a Telementorías ECHO COVID-19 por país participante, 2020**



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

Considerando el papel central que han venido jugando los trabajadores administrativos, médicos, enfermería, de vigilancia epidemiológica y de soporte en el sector salud y para la respuesta a la pandemia, se avanzó en el fortalecimiento de las habilidades y competencias del talento humano de las instituciones de salud gubernamentales de los Estados miembros del SICA. En el marco de acciones de prevención y protección de la salud durante la COVID-19, se han fortalecido, sustantivamente, la vigilancia e investigación epidemiológica de campo, dada su cardinalidad en el contexto pandémico. Tabla 1.

<sup>16</sup> La Secretaría Ejecutiva del COMISCA implementó Telementorías sobre ECHO COVID-19 Centroamérica, cuya primera edición enfocada al tema “Actualización sobre pruebas diagnósticas y visión desde el sur de América”. Este proyecto forma parte de las acciones contempladas en el “Plan de Contingencia Regional orientado a complementar los esfuerzos nacionales para la prevención, contención y tratamiento del COVID-19”, [https://www.sica.int/noticias/se-comisca-lanza-telementorias-echo-covid-19-centroamerica\\_1\\_122173.html](https://www.sica.int/noticias/se-comisca-lanza-telementorias-echo-covid-19-centroamerica_1_122173.html) [10032021].

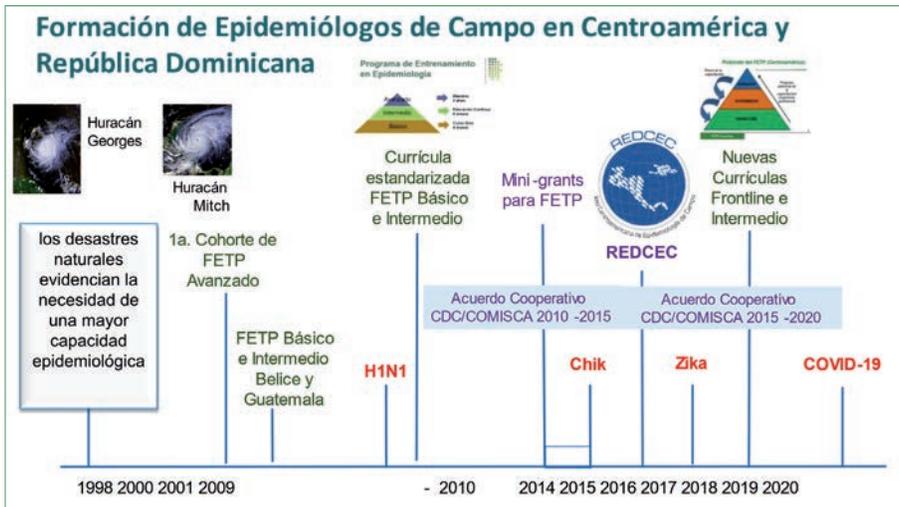
**Tabla N° 1 – Epidemiólogos de Campo de Centroamérica y República Dominicana fortalecidos para enfrentar amenazas en Salud Pública, incluida la COVID-19, 2020.]**

País	Básico	Intermedio
Belice	50	7
Guatemala	101	48
El Salvador	83	52
Honduras	62	34
Nicaragua	16	0
Panamá	0	17
Total	312	158

Fuente: SE-COMISCA, 2020, a partir de Base de datos de graduados del CA-FETP.

Cabe resaltar que, con el Acuerdo Cooperativo entre SE-COMISCA y CDC, en los últimos años se han formado 312 epidemiólogos de nivel básico y 158 de nivel intermedio.<sup>17</sup> Ilustración 12.

**Ilustración N° 12 – Línea de tiempo de la formación de epidemiólogos de campo para afrontar las emergencias sanitarias en Centroamérica y República Dominicana, 2020**

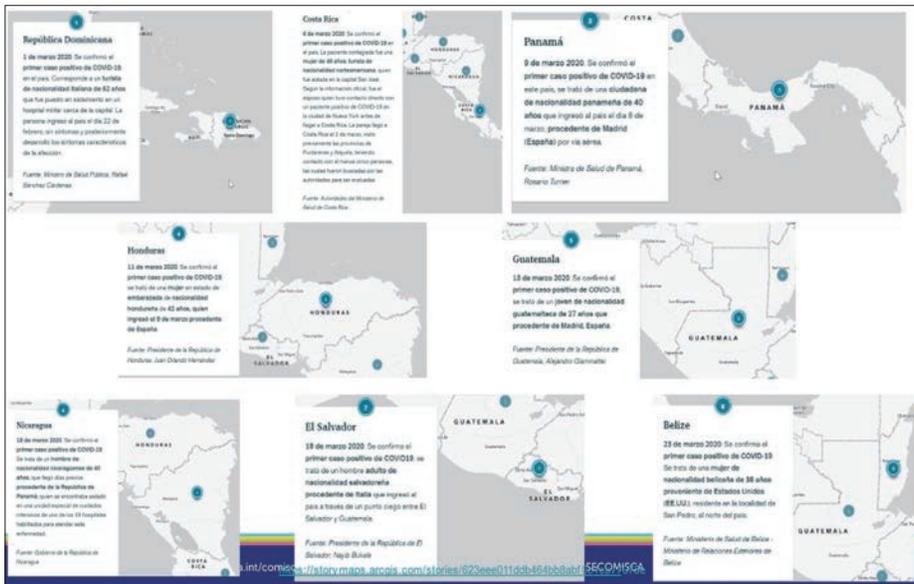


Fuente: SE-COMISCA, 2020, a partir de Base de datos de graduados del CA-FETP.

<sup>17</sup> Excepto Costa Rica y República Dominicana que tienen otras fuentes de financiamiento.

En este marco de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, también lo fueron los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para la implementación de lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en puntos de entrada aéreos, marítimos y terrestres de los países. Este fortalecimiento fue diseñado e implementado tanto para responder a la emergencia pandémica, como para afrontar las contingencias de la reapertura económica. Ilustración 13.

**Ilustración N° 13** – Respuesta progresiva de la epidemiología de campo según inicio de la pandemia por país, 2020



Fuente: SE-COMISCA, 2020, a partir de Base de datos de graduados del CA-FETP.

Al igual que se fortaleció la formación e intercambio de conocimiento y la vigilancia epidemiológica, también la bioseguridad del personal sanitario de primera línea de algunos países de la región fue objeto de respuesta del COMISCA. Cumpliendo con lo mandado por COMISCA de garantizar el acceso a insumos estratégicos para la atención de la COVID-19 a través del **Mecanismo de la Negociación Conjunta COMISCA®**, una iniciativa de salud regional orientada a favorecer el acceso a medicamentos, dispositivos médicos y otros bienes de interés sanitario como reflejo del derecho humano en el marco del derecho comunitario centroamericano.

A través de este Mecanismo se contribuyó a garantizar el acceso a insumos estratégicos para la atención de la COVID-19, mediante el Evento N°. 01–2020 “Negociación Excepcional

de Precios y adquisición de un lote de trajes de protección personal en el marco del Plan de Contingencia Regional”, orientado a complementar los esfuerzos nacionales para la prevención, contención y tratamiento de la COVID-19 y otras enfermedades de rápida propagación. Dicha gestión generó entre un 60%-63% de incremento en la adquisición de trajes de protección temporal a favor de tres estados miembros del SICA (Belize, Honduras y Nicaragua). Ilustración 14.

**Ilustración N° 14** – Evento de adquisición de trajes de protección personal a través del Mecanismo de Negociación Conjunta COMISCA®, 2020



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

Este Mecanismo<sup>18</sup>, reconocido como un Bien Público Regional Comunitario (BPRC), demostró, nuevamente, ser efectivo y eficiente, beneficiando a cinco de las instituciones de salud que conforman COMISCA.

Adicionalmente, con redireccionamiento de fondos del Acuerdo Cooperativo de Salud Global<sup>19</sup> (Global Health CoAg COMISCA/CDC) y a través de este Mecanismo, fueron fortalecidos tres de los Laboratorios Nacionales de Referencia (LNR) de la región con la dotación de

<sup>18</sup> La Negociación Conjunta COMISCA® es una iniciativa de salud regional, que busca favorecer el acceso a medicamentos, dispositivos médicos y otros bienes de interés sanitario, considerándolos como un derecho humano. Por medio de él se ha garantizado el acceso a insumos estratégicos para la atención de la COVID-19.

<sup>19</sup> Los objetivos contemplan el trabajo en la Plataforma Regional de Integración de Información en Salud incluyendo el VIH/SIDA, la Gestión Integral de Riesgo en el Sector Salud, le Mejoramiento de la Capacidad Diagnostica de los Laboratorios Nacionales y Regionales; además del Fortalecimiento en Epidemiología.

reactivos para laboratorio, equipos para la evaluación de kits diagnósticos, y asesoría en procesos de gestión de la calidad. De igual manera, con fondos de la Cooperación de Turquía se adquirieron trajes de protección personal para algunos Ministerios de Salud Pública de la región. Ilustración 15.

**Ilustración N°15** – Actos de entrega de donaciones de insumos y equipos de laboratorio y trajes de protección personal para responder a la COVID-19, 2020



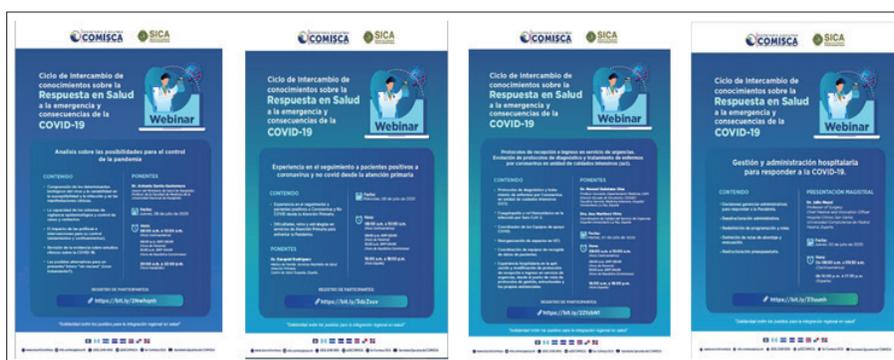
Fuente: SE-COMISCA, 2020.

Este fortalecimiento se tradujo en la implementación de pruebas de RT-PCR en tiempo real y otras pruebas moleculares para la identificación de SARS-COV-2, la adquisición de equipos para fortalecer la capacidad de procesamiento de muestras, capacitaciones sobre procesos de toma, bioseguridad, análisis de muestras, así como la ampliación de la capacidad diagnóstica de red de laboratorios nacionales.

Las actividades virtuales tuvieron como finalidad intercambiar y debatir sobre la situación de la salud en los países de la región durante y tras el impacto de la COVID-19, las formas de gestión clínica de la pandemia, el uso de medicamentos para afrontar el manejo clínico de urgencias, la importancia de observar y cumplir las medidas de protección personal para frenar el contagio, la centralización de la vigilancia epidemiológica, comunicación social para la prevención de contagios y diseminación de la infección, entre otros.

Con respecto al manejo clínico-asistencial se tuvieron intercambios con expertos clínicos de los Hospitales Universitarios “La Paz” y “San Carlos” de Madrid (España) sobre las experiencias en torno a la gestión administrativo-financiera hospitalaria contingencial frente al incremento de demanda, acceso y diagnóstico clínico hospitalario, la recepción y abordaje de urgencias médicas, la situación crítica, esquemas de tratamiento y respuestas en las Unidades de Cuidados Intensivos. De igual manera, se abordó la situación crítica del manejo de pacientes ambulatorios en los Centros de Salud con expertos en Atención Primaria. Ilustración 16.

**Ilustración N° 16** – Ciclo de intercambio de conocimiento sobre gestión hospitalaria y de APS para afrontar la COVID-19, 2020.



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

#### 4. ESTRATEGIA REGIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

Considerando las consecuencias que la pandemia estaba generando en las poblaciones de la región de Centroamérica y República Dominicana, la SE-COMISCA impulsó una estrategia regional de comunicación social con cuatro ejes: i) salud mental, ii) información sobre COVID-19, iii) reconocimiento al personal sanitario y no sanitario de primera línea de respuesta a la pandemia, y iv) medidas de prevención frente a la COVID-19. Ilustración 17.



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

La estrategia contempló campañas dirigidas hacia la no discriminación, el apoyo a personal primera línea de respuesta, el manejo de emociones durante confinamiento, llamado a la solidaridad, empatía, y esperanza, el acompañamiento familiar, el respeto a emociones de niños, niñas y adolescentes, la educación e información sobre COVID-19, evitar la desinformación, sobre cómo actuar ante la COVID-19, la prevención violencia género en aislamiento, la protección entre personal sanitario y de apoyo, acciones de salud mental, y alimentación saludable.

## 5. LA SEMANA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DEL SICA 2020.

A partir del contexto de la pandemia y reconociendo los efectos de la enfermedad, la SE-COMISCA dirigió la denominada “Semana del Bienestar Emocional en coordinación con todas las unidades de comunicación social de los Ministerios y Secretaría de Salud que conforman COMISCA. El lema de este evento fue “Emociones sanas en tiempos de COVID-19”, con el objetivo de promover el auto cuidado, el bienestar emocional y la salud mental en el personal de salud de los Estados miembros y de la propia institucionalidad del SICA, y fue planteada como una respuesta frente a las consecuencias psicológicas y emocionales de las personas afectadas, sus familiares, población en general y en el personal de salud de las unidades de salud que están en la primera línea de respuesta sanitaria. Gráficos 40, 41, 42 y 43.



Fuente: SE-COMISCA, 2020.

Esta actividad, desarrollada mediante modalidad virtual, incluyó conferencias, talleres, actividades, deportivas y lúdicas. Participaron más de setecientas personas de los ocho Estados Miembros del SICA, así como personas de Ecuador, Colombia, Estados Unidos, Bolivia y México.

## 6. LECCIONES APRENDIDAS DURANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA PANDEMIA

El accionar regional del Sistema de la Integración Regional en general frente a la COVID-19, y de COMISCA en particular, significó una serie de aprendizajes institucionales no previstos. De igual manera, representó cambios sustantivos en las formas administrativas, en los procesos de interacción e intercambio de bienes tangibles e intangibles, en la revalorización de algunas profesiones y, nuevamente, reconocer las limitaciones de los dispositivos de políticas públicas que han pervivido a lo largo de la historia más reciente de los Estados miembros del SICA, y que resultaron ser insuficientes para responder a la pandemia. Los aprendizajes institucionales pueden enumerarse en varias vertientes, entre las que destacan la generación y trasiego de acervos, la reestructuración administrativo-financiera, una nueva modalidad de trabajo, la inversión en TIC, la ampliación del trabajo intersectorial, fortalecimiento de la infraestructura y los procesos de respuesta clínica y de laboratorios, mejores inversiones en la protección del capital humano sanitario, la dotación de insumos para mejorar el alcance, efectividad y calidad de diagnósticos y tratamiento médicos, entre otros.

## 7. PERSPECTIVAS Y DESAFÍO EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZOS

Sin duda alguna, la COVID-19 ha planteado la necesidad de reconfigurar las actuales infraestructuras y procesos con los que los Estados venían dando respuesta a las necesidades y problemas de salud de las poblaciones de la región de Centroamérica y República Dominicana.

Al final de 2020, ya se preveían múltiples y complejos retos regionales que deberá afrontar el COMISCA. El nuevo contexto socioeconómico requiere revisar si los planteamientos sobre los procesos y condiciones de determinación social que caracterizan y explican las realidades nacionales en la región hasta hoy son suficientes para prever acciones que mejoren el Estado de Salud de las Poblaciones de la región.

En este escenario, y en el marco de los cuatro pilares que sustentan el trabajo regional de la integración regional, nuevamente la Seguridad Humana vuelve a colocarse como trasfondo en los debates y propuestas de desarrollo considerando la complejidad de la situación sociopolítica y económica de la región tras las consecuencias de la COVID-19, los efectos de las tormentas sobre las condiciones de vida de algunas poblaciones del istmo, el desempleo y la agudización de la pobreza con el subsecuente desplazamiento humano, entre otras, aunadas a las exclusiones estructurales que se arrastran.

La contribución de la SE-COMISCA para enfocar el trabajo regional sobre desigualdades pasa por generar evidencias para construir argumentos sólidos orientados a la incidencia

política tanto hacia el COMISCA como hacia la Cooperación Técnica, Financiera y Humanitaria involucrada en las prioridades regionales en salud y medioambiente mandatadas. De igual manera, la asertividad de las propuestas de fortalecimiento institucional requieren de evidencia derivadas de investigaciones de diverso tipo y alcance para conocer las consecuencias sociales -en su amplio sentido- derivadas de las medidas de protección sanitaria que se tomaron en torno a la COVID-19, y las consecuencias de las tormentas que afectaron a Honduras y Guatemala a finales de 2020, identificando aquellas condiciones que “empujan” a la movilidad humana interna y la emigración de cientos de personas.

Este escenario requiere de avanzar en la revisión de las prioridades regionales a partir de las lecciones aprendidas durante la COVID-19. Sin duda, la reconfiguración de programas de salud tales como la salud mental, salud sexual y reproductiva, vigilancia en salud, y la prevención de riesgos frente al medioambiente y cambio climático, así como el fortalecimiento de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, la revisión de los Sistemas de Salud y de los Servicios de Atención, el fortalecimiento amplio de competencias del talento humano regional, la ampliación del Mecanismo de Negociación Conjunta COMISCA® para generar economías de escala en productos sanitarios y no sanitarios, entre otros, son evidentes. No menos importante es que la acción intersectorial se convierta en una forma habitual tanto de trabajo para abordar tales retos, como en la gestión de proyectos transversales comunes a todos o a varios países de la región.

La respuesta regional en salud del COMISCA deberá considerar que solamente mediante la generación de Bienes Públicos Regionales Comunitarios con alto valor público, producto de la intersectorialidad, se podrá contribuir a reducir las desigualdades, a incrementar el bienestar y a apostar por un desarrollo regional más equitativo. Una de las mejores lecciones aprendidas en el último año pandémico, ha sido la centralidad e importancia de contar con un Estado fuerte y resolutivo. La marginalidad del Mercado como amortiguador de los eventos sociales y el insuficiente empoderamiento de las sociedades de la región para hacer efectivas las medidas de protección han quedado en evidencia.

La necesidad de emprender acciones de cobertura de inmunización contra el Sars-Cov-2 no es menor y supone, también, una tarea necesaria e imperiosa para evitar más estrés, dolor y duelo en la vida cotidiana de trabajadores y poblaciones de la región.

Finalmente, el trabajo regional orientado a fortalecer las acciones de las administraciones públicas debe contemplar tanto la creación de entornos saludables y la articulación entre lo normativo y lo operativo, como la urbanización de los flujos de movilidad humana y la migración internacional.



## Respuesta del Organismo Andino de Salud a la Pandemia Covid-19

María del Carmen Calle Dávila de Saavedra<sup>1</sup>

Marisela Mallqui Osorio<sup>2</sup>

Bertha Luz Pineda Restrepo<sup>3</sup>

Patricia Jiménez López<sup>4</sup>

Luis Beingolea More<sup>5</sup>

Gloria Lagos Eyzaguirre<sup>6</sup>

*Un reconocimiento de gratitud a los Ministros de Salud y a los Comités de los seis países andinos, y por supuesto al equipo del Organismo Andino de Salud, quienes para enfrentar la pandemia COVID-19 articulan esfuerzos para la toma de decisiones apropiadas y oportunas, en un contexto de gran incertidumbre, con sentido de responsabilidad para garantizar el derecho a la salud de la población. Gracias a todos por sus aportes y el trabajo realizado que se plasma en este escrito, y que tiene como sustento la integración social en salud por un siglo XXI más justo, saludable y en equilibrio con la naturaleza, es decir, el mundo que anhelamos.*

<sup>1</sup> Médica Pediatra. Magíster en Gobierno y Gerencia en Salud. Doctorado en Salud Pública. Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue- ORAS/CONHU.

<sup>2</sup> Médica Cirujana. Especialista en Administración de Salud y Dermatología. Secretaria Adjunta del Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue- ORAS/CONHU

<sup>3</sup> Socióloga. Especialista en Desarrollo Sostenible. Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales Coordinadora de Cambio Climático y su Impacto en Salud del Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue – ORAS/CONHU

<sup>4</sup> Médica. Microbióloga. Maestría en Virología y en Bioseguridad. Coordinadora de Monitoreo y Evaluación Programa de Tuberculosis del Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue- ORAS/CONHU

<sup>5</sup> Médico. Epidemiólogo. Coordinador de Salud en Fronteras y otras Áreas Temáticas. Convenio Hipólito Unanue- ORAS/CONHU

<sup>6</sup> Psicóloga Clínica. Maestría en Salud Pública con mención en Gerencia y Gobierno. Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional. Convenio Hipólito Unanue- ORAS/CONHU

## 1. INTRODUCCIÓN

### *La primera lección*

La pandemia ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV2, causante de la enfermedad denominada COVID-19, ha generado en el mundo y en América Latina una crisis de desarrollo: sanitaria, educativa, económica, social y ambiental. Respecto a la crisis sanitaria, la debacle en salud ha sido evidenciada en el alto número de contagios y muertes, y en el desbordamiento de las capacidades de los sistemas de salud. En cuanto a la crisis educativa, el cierre de las escuelas y la interrupción prolongada en el tiempo de instrucción en el aula tiene un impacto severo en la capacidad de aprendizaje de niñas, niños y adolescentes. Cuanto más tiempo estén fuera de la escuela, menos probable es que regresen y esto tiene graves consecuencias.

A su vez, el desastre económico se torna cada vez más agudo y profundo, y acentúa una crisis social resultante de los impactos del confinamiento sobre el empleo y los ingresos, cuyos efectos son más intensos en los sectores de bajos recursos y sin capacidad de ahorro previo<sup>7</sup>. Por otro lado, la dimensión ambiental recobra importancia, a medida que la COVID-19 se expande en el mundo, aumenta la preocupación sobre cómo gestionar los residuos que se generan, y como evitar futuras epidemias.

Sin embargo, la pandemia también ha generado reacciones de resiliencia y se ha demostrado que es posible poner en marcha políticas transformadoras. Algunos sectores reconocen que no se puede volver a la anterior normalidad y que, en lugar de ello, la ciudadanía y los gobiernos deben responder a la urgente necesidad de construir un mundo más justo y sostenible.

Este último aspecto podría perderse de vista si no se cambia el marco de interpretación del riesgo. En otras palabras, el cuadro presentado de la crisis resulta insuficiente, por lo que se hace pertinente una interpretación en términos de una teoría del riesgo. Si éste constituye la probabilidad de un peligro o amenaza, tras mirar las cifras de un año de pandemia, más que de amenaza se trata de una catástrofe. Y en verdad, las cifras de contagio en el mundo y la tasa de letalidad por COVID-19 permiten hablar de una catástrofe propia de lo que en sociología se denomina sociedad del riesgo<sup>8</sup>, o sea, de una sociedad

<sup>7</sup> CEPAL. División de Desarrollo Social. (2020). *“América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social”*. Santiago de Chile. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46484/1/S2000718\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46484/1/S2000718_es.pdf). Acceso marzo de 2021.

<sup>8</sup> BECK, U. (1998). *“La sociedad del riesgo”*. Barcelona: Paidós.

que experimenta las imprevistas consecuencias de su concepción del progreso. Sin embargo, la pandemia actual, así como el fenómeno del cambio climático, corroboran que en el siglo XXI la humanidad debe reflexionar y trascender ese imaginario del progreso y del desarrollo, y entender que llega un periodo de reflexividad entendiendo la necesidad de transformación social para avanzar en la garantía de los derechos humanos y la construcción de sociedades justas.

Precisamente lo acontecido durante la pandemia muestra la dificultad de trascender a una época reflexiva, ya que se piensa que se volverá a la normalidad de antes cuando los efectos de la pandemia disminuyan, pero eso no entraña un aprendizaje sino un retroceso. La reflexividad quiere decir capacidad de mirar el pasado y aprender lecciones para no caer en los mismos errores. Significa que la humanidad se encuentra ante el famoso dilema de Hamlet *“that is the question”*<sup>9</sup>.

El aprendizaje tras un año de pandemia puede entenderse como esa transición a una época reflexiva, y eso implica develar las contradicciones en las maneras en que las sociedades han vivido, producido y consumido. Son contradicciones que curiosamente han facilitado la aparición de desastres, la desigualdad de acceso a derechos como el de la salud, aspecto que bien lo explica las tesis de los determinantes sociales de salud, así como la fragmentación de la gestión en sectores, que descuida la multicausalidad de los problemas, lo cual debería ser abordado desde una gestión social intersectorial. El aprendizaje ante los eventos de la pandemia coloca a la especie humana en ese desafío de ser reflexivos, de recuperar conocimientos y prácticas que reconozcan los saberes ancestrales y locales, y de fortalecer, en todos los espacios, la democracia, ese bien valioso que viene desde el mundo antiguo, que empieza por el derecho a la vida y a la salud, pero que requiere ser pensado en equilibrio con la naturaleza.

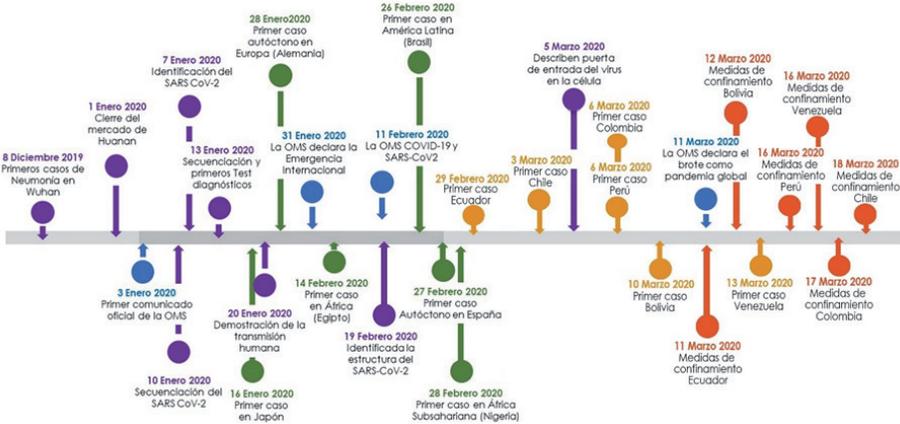
La reflexividad, en síntesis, es inteligencia en tiempo real, la capacidad de reaccionar y cambiar en el momento oportuno; es decir, no dar por sentado que las cosas volverán a ser como antes, sino que ***se impone la necesidad de transformaciones reales en la forma de ver la vida y de actuar en el mundo***. Esta constituye, entonces, ***la Lección 1***.

---

<sup>9</sup> “Ser o no ser, esa es la cuestión” Hamlet se plantea si ante la complejidad de la vida, con sus contrariedades y sufrimientos, es mejor aceptar que así son las cosas, con todo el dolor incluido como parte del “combo” de vivir, o renunciar a seguir respirando.

La pandemia COVID-19

Gráfico 1 – Hitos de la pandemia COVID-19



Fuente: Elaboración propia

El año 2020 empezó con la noticia de una nueva amenaza a la salud pública. El 1 de enero la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó a las autoridades chinas información sobre el número de casos de neumonía atípica en Wuhan, del que se había tenido noticias. El 3 de enero se recibió información de casos de “neumonía vírica de origen desconocido” allí detectada. Una semana después, el 9 de enero, la OMS informó que autoridades de China habían precisado que el brote había sido provocado por un nuevo coronavirus. Al ser conocida esta situación, el 16 de enero la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó su primera alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus. El 21 de enero los Estados Unidos de América notificaban su primer caso confirmado de infección por el nuevo coronavirus, y a finales del mes, el 30 de enero, se declaró que el SARS-CoV2 constituía una emergencia sanitaria de preocupación internacional<sup>10</sup>.

Las imágenes de una rigurosa cuarentena adoptada en China llegaron al mundo a través de los medios de comunicación, por lo que parecía que el control se daría pronto, pero las cifras crecientes de contagio prendieron las alarmas. El 11 de febrero, la OMS anunció que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus se denominaría COVID-19, y un mes más tarde, el 11 de marzo, llegaba a la conclusión que ésta debía considerarse una pandemia.

<sup>10</sup> OMS. (2021). “Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. Acceso 13 de Febrero de 2021

Sólo dos días después, 13 de marzo de 2020, el Director General declaró que Europa se había convertido en el epicentro de la pandemia<sup>11</sup>.

Fue en el norte de Italia donde las cifras de contagio, inicialmente, y luego las tasas de letalidad, convencieron de que se trataba de una pandemia devastadora. La rápida propagación del virus en los países europeos impulsó medidas de prevención en otras zonas del mundo, traduciéndose en suspensión de vuelos provenientes de Europa y el Lejano Oriente, pero ya era demasiado tarde.

Entre febrero y marzo, en varios países de América Latina se presentaron casos en viajeros provenientes de Europa. El primero detectado oficialmente lo confirmó el Ministerio de Salud de Brasil el 26 de febrero de 2020. Entre los países andinos, Ecuador fue el primero en reportar su caso índice, el 29 de febrero. Los otros países andinos los reportaron en marzo (Chile, Colombia, Perú, Bolivia y Venezuela). A su vez, tomaron las siguientes medidas:

- Declaración de la emergencia nacional y en salud, y prórrogas sucesivas de la declaración de emergencia; confinamiento nacional obligatorio y toque de queda.
- Suspensión de eventos públicos, culturales, deportivos y todo tipo de reunión que pudiera generar aglomeración de personas.
- Medidas de apoyo económico como transferencias en efectivo y alimentos para familias de menores ingresos.
- Suspensión de clases presenciales en todos los niveles, y adopción de modalidades educativas de aprendizaje a distancia o virtual.
- Suspensión de vuelos nacionales e internacionales.
- Cierre de fronteras aéreas, terrestres, fluviales, lacustres, y marítimas.
- Cuarentena obligatoria para personas que llegaran al país.
- Mejora de la dotación de recursos para los establecimientos de salud (personal de salud, ventiladores mecánicos, camas para unidades de cuidados intensivos, equipos de protección).
- Desarrollo de estrategias de información, comunicación y educación sobre prevención de la enfermedad.
- Elaboración y actualización permanente de normas, guías, instructivos, protocolos, directrices, lineamientos, orientaciones, entre otras.

---

<sup>11</sup> OMS (2021). Op.Cit.

En los meses siguientes, ya hacia mediados de 2020, la situación era muy complicada dado el crecimiento de las cifras en Brasil. Inicialmente Ecuador fue el país que llamó más la atención por el alto número de casos y muertes, especialmente en Guayaquil. En julio, Perú, Chile y Colombia se encontraban entre los diez primeros países con mayor número de casos en el mundo. Cuatro países andinos (Perú, Chile, Ecuador y Bolivia) se ubicaban en los primeros veinte puestos en cuanto a número de fallecidos por millón de habitantes en el mundo. En el caso de Venezuela, el número de casos es comparativamente bajo, aunque no la gravedad de la situación.

En Europa, después de registrar incidencias bajas, hubo un nuevo aumento de casos, lo que llevó a retomar las medidas de confinamiento estricto. Por este motivo, en septiembre de 2020, en la segunda reunión de autoridades nacionales de salud de los países andinos, convocada por el ORAS-CONHU, uno de los temas abordados fue la preparación para el posible aumento de casos de la “segunda ola”. Pasados los meses, al terminar el 2020, el comportamiento de las cifras en el mundo mostró que América era el continente más afectado. En la región Andina, sobresalían Colombia, Perú y Chile por número de casos y letalidad.

Al iniciar el 2021, llegan a preocupar las nuevas variantes del SARS-CoV-2, las detectadas inicialmente en el Reino Unido, en Sudáfrica, en Brasil y Japón. Y con la vacunación, iniciada en algunos países antes de finalizar el 2020, aparece el hecho de que algunos las estaban acaparando de manera desproporcionada. Así, la vacuna contra la COVID-19 se convierte en el tema principal de la agenda en salud en el 2021.

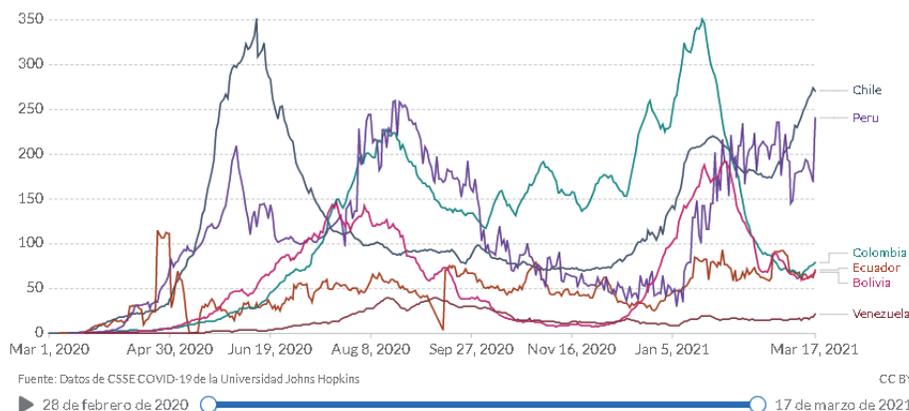
A la fecha (18 de marzo de 2021) se han presentado en el mundo 121,938,225 de casos y 2,694,904 de fallecidos. Los países con mayor número de casos son Estados Unidos (30,294,798), Brasil (11,700,431) e India (11,474,605). En los países andinos se contabilizan 5,370,195 de casos y 162,611 personas fallecidas.

**Tabla 1 – COVID-19 en los países andinos**

País	Casos totales	Muertes totales	Total recuperados	Total Casos/ 1 millón de habitantes	Muertes / 1 millón de habitantes
Bolivia	262,056	12,015	207,643	22,235	1,019
Chile	905,212	21,816	851,154	47,067	1,134
Colombia	2,314,154	61,498	2,212,512	45,140	1,200
Ecuador	305,598	16,300	263,164	17,137	914
Perú	1,435,598	49,523	1,347,160	43,116	1,487
Venezuela	147,577	1,459	138,841	5,200	51
Total	5,370,195	162,611	5,020,474	32,846	995

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Worldmeter. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Consulta 18 de marzo de 2021. 7:00 hora Lima.

**Gráfico 2 – Casos diarios de COVID-19 por millón de habitantes en los países andinos 2020-2021**



Fuente: Johns Hopkins University. <https://ourworldindata.org/covid-cases?country=PER~BOL~CHL~COL~ECU~VEN>. Consulta 18 de marzo. 9:00 hora Lima.

**Cuadro 1** – Mayor cantidad de casos por millón de habitantes en los momento más críticos en los países andinos

Países andinos	Fecha de 2020	N° de casos nuevos por millón de habitantes	Fecha de 2021	N° de casos nuevos por millón de habitantes
Bolivia	22 julio	145	31 de enero	193
Chile	12 de junio	352	25 de enero	220
Colombia	15 de agosto	224	20 de enero	351
Ecuador	24 de abril	116	24 de enero	94
Perú	20 de agosto	259	26 de febrero	236
Venezuela	09 de septiembre	40	11 de marzo	49

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los Ministerios de Salud andinos.

Los países del mundo y en particular los países andinos, han tenido un incremento de casos y fallecidos en los meses de diciembre de 2020 y a principios de 2021, lo que se relaciona con la flexibilización de las medidas de prevención, las aglomeraciones, el mayor contacto entre las personas para celebrar las fiestas de navidad y de fin de año y las necesidades de activación económica. A la fecha la pandemia aún se mantiene con indicadores de morbilidad y mortalidad altos, que obligan a los países a llevar a cabo medidas de confinamiento de la población.

Respecto a las vacunas (al 18 de marzo de 2021), de acuerdo con datos de los Ministerios de Salud andinos y *OurWorldInData*, se han administrado 400,141,371 dosis de vacunas en todo el mundo, lo que equivale a 5,2 dosis por cada 100 personas. Según el número de dosis administradas y porcentaje de población vacunada, Chile se ubica en el cuarto lugar en el mundo. Los otros países andinos se encuentran muy distantes.

**Tabla 2 – Avances en la vacunación contra el coronavirus**

Puesto	Países	Dosis administradas		% de población	
		Por 100 personas	Total	Vacunado	Totalmente vacunado
–	Mundo	5.2	400,141,371		
1	Israel	108	9.560.280	58%	50%
80	Bolivia	1.3	150.593	1,2%	0,1%
4	Chile	42	7.779.529	28%	13%
76	Colombia	2.0	976,137	1,9%	0,1%
88	Ecuador	0,8	141,191	0,7%	0,1%
78	Perú	1,7	549,416	1,2%	0,5%
111	Venezuela	<0,1	12.194	<0,1%	<0,1

Fuente: Elaborado a partir de datos de los Ministerios de Salud andinos, Our World y New York Times. <https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>. Consulta 18 de marzo de 2021. 9:00 hora Lima.

La vacunación significa la esperanza de frenar la propagación del virus y prevenir las formas graves de la enfermedad. No obstante, es fundamental la responsabilidad personal y colectiva con todas las medidas de prevención de acuerdo con la evidencia, así como la solidaridad entre los países y la capacidad de gestión para lograr que el 70% de la población se vacune.

## 2. LECCIONES DE LA PANDEMIA Y ACCIONES DEL ORAS-CONHU

Es necesario destacar que, dadas las condiciones que impuso la pandemia, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)<sup>12</sup>, con el liderazgo de la Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva desde el 16 abril de 2020, rápidamente

<sup>12</sup> El ORAS-CONHU fue creado en 1971, mediante el Convenio de Cooperación en Salud de los Países del Área Andina, como un mecanismo de integración entre los Ministerios de Salud de los países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y bajo el mando de estos mismos ministerios. Ya en 1998, debido a su importante rol para la región Andina, el ORAS-CONHU fue adscrito al Sistema Andino de Integración (SAI), conjunto de órganos e instituciones que tiene como finalidad profundizar la integración de los países andinos y promover su proyección externa, de manera multi e interdisciplinaria. La misión del ORAS-CONHU es armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, manteniendo la identidad andina, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud. Mayor información puede encontrarse en: <http://orasconhu.org/portal/>

fortaleció las herramientas de trabajo virtuales para no detener su quehacer en las nuevas circunstancias. Para ello recurrió a las potencialidades de informáticas del universo digital, como: página web; tecnologías de información, comunicación y aprendizaje; plataformas y redes sociales (Internet, Webex, Zoom, Facebook, YouTube, Instagram, Spotify, Ivoox, Soundcloud, Twitter, Podcasts, WhatsApp y correos electrónicos).

Desde que se inició la pandemia, el equipo del ORAS-CONHU viene realizando dos reuniones semanales para el análisis de la situación epidemiológica en el mundo y la región, que se publica en la página electrónica, reuniones técnicas con expertos, diversas organizaciones y los Comités Andinos. Desde agosto de 2020, mensualmente se han llevado a cabo reuniones virtuales con autoridades nacionales de salud de los seis países andinos. En estos espacios se han generado procesos de reflexión sobre la pandemia, las lecciones y los desafíos, que también se han trasladado como temas para la construcción de alianzas con diversas organizaciones, y por supuesto, han sido tratados en los webinars.

En mayo de 2020, se inició el ciclo de *webinars*, a la fecha se han realizado 55, con 24,898 participantes de 30 países, 223,556 reproducciones y 240 panelistas<sup>13</sup>. En lo que va de 2021, el ORAS-CONHU continúa con estas estrategias con énfasis en el análisis de los retos que impone la pandemia y en el marco de su visión: “la región Andina avanza significativamente en el ejercicio efectivo del derecho a la salud de su población, a través de una progresiva integración y una red intensificada de cooperación<sup>14</sup>”.

Todas las actividades desarrolladas por el ORAS-CONHU han estado enmarcadas en los mandatos de los Ministros de Salud andinos, que se constituyen en las líneas del plan estratégico de la institución.

<sup>13</sup> Las presentaciones y grabaciones de los *webinars* se encuentran en:

- <http://orasconhu.org/portal/node/622>
- <https://www.facebook.com/orasconhu/>
- <https://www.youtube.com/orasconhu>

El resumen de los *webinars* y las acciones realizadas por el ORAS-CONHU se encuentran en los boletines Notisalud Andinas.

- <http://orasconhu.org/portal/publicaciones>

<sup>14</sup> ORAS-CONHU. (2018). *Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue*. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

**Cuadro 2 – Principales acciones del ORAS-CONHU en el marco de los objetivos estratégicos institucionales**

<b>Objetivo estratégico 1:</b> Contribuir a la integración andina y sudamericana mediante la promoción del derecho a la salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con los Ministerios de Salud de los seis países andinos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con el Sistema Andino de Integración, organismos y mecanismos de integración regional y cooperación internacional</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Andino de Salud en Fronteras</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de las acciones para la entrega de servicios de salud para personas en situación de migración</li> </ul>
<b>Objetivo estratégico 2:</b> Incorporar iniciativas internacionales mediante la articulación de las agendas técnicas de organismos internacionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo del cumplimiento de tratados y convenios internacionales</li> </ul>
<b>Objetivo estratégico 3:</b> Apoyar el fortalecimiento institucional de salud de los países mediante el intercambio de experiencias y orientación de políticas nacionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento institucional de los Ministerios de Salud andinos en recursos humanos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento a los Ministerios de Salud andinos en el tema de acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de los Ministerios de Salud andinos en temas de salud y economía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuesta de sistema andino de información</li> </ul>
<b>Objetivo estratégico 4:</b> Formular estrategias y mecanismos de articulación y complementación que faciliten el acceso a servicios de salud, con enfoque de derechos, determinantes sociales e interculturalidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuentros con Directores de Institutos Nacionales de Salud; Directores de Inmunizaciones y de Medicamentos; Directores de Epidemiología y de Estadística</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia Fin de la tuberculosis; Programa “Fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio de tuberculosis en la región de las Américas. 2020-2023”</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan andino de eliminación de la rabia humana</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y control de la desnutrición infantil</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud integral de adolescentes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque intercultural en los procesos de gestión de la salud en los países andinos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión del riesgo de emergencias y desastres y el cambio climático</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud mental</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación en salud para contribuir a la prevención de la COVID-19 y combatir la infodemia</li> </ul>
<b>Objetivo estratégico 5:</b> Construcción de evidencia para la prevención y respuesta a la COVID-19
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la situación de la COVID-19</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas de salud universales y resilientes</li> </ul>

**Fuente:** Informe de Gestión: Avanzamos juntos. XXXIII REMSAA Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, 15 de diciembre de 2020.

Para identificar las lecciones, se parte de un análisis basado en la consideración del denominado impacto socio-ecológico de la pandemia COVID-19, en el que los distintos efectos de la misma se han agrupado en siete dimensiones, que se describen a continuación y se correlacionan con las principales acciones realizadas por el ORAS-CONHU:

1. Sociedad y desarrollo
2. Sector salud en la transformación necesaria
3. Epidemiología crítica, planificación y sistemas de información
4. Investigación aplicada y participativa
5. Recursos humanos de salud
6. Comunicación, educación en salud y participación
7. Clínica, terapéutica y nuevas respuestas

Cabe destacar que a continuación se hará énfasis en las lecciones y se presentará de manera sucinta las acciones realizadas por el ORAS-CONHU<sup>15</sup>.

#### 1) SOCIEDAD Y DESARROLLO

- **Lección 2.** *Se han puesto en evidencia y agravado las desigualdades estructurales preexistentes*

La crisis sanitaria, expresada durante la pandemia, ha exacerbado situaciones de vulnerabilidad de la población de América Latina y el Caribe, una región que ya se caracterizaba por una profunda desigualdad, altos niveles de pobreza y la debilidad de los sistemas de salud. Además, se ha puesto en evidencia las desigualdades socioeconómicas y las limitaciones en el acceso a los servicios de salud y la protección social. La mayor afectación por la enfermedad y sus consecuencias para grupos sociales en desventaja está asociada a la interseccionalidad de desigualdades injustas como la clase social, el ingreso, la etnia, el género, la edad, el contexto rural, entre otros. De aquí se derivan otras lecciones: 1) La COVID-19 es una sindemia porque para su solución requiere la integración de los enfoques biológico y social; 2) Salud y economía es una convergencia necesaria para enfrentar la COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible.

---

<sup>15</sup> En cuanto a las acciones realizadas por el ORAS-CONHU para mayor información puede verse el Boletín NotiSalud Andinas. Enlace: <http://orasconhu.org/portal/publicaciones> y la presentación Avanzamos juntos. XXXIII REMSAA Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, 15 de diciembre de 2020.

Al reflexionar sobre estas lecciones, el ORAS-CONHU se ha planteado una agenda de acciones, y para ello, ha desarrollado *webinars* y reuniones técnicas de análisis de desigualdades y determinantes sociales de la salud, y se trabaja en una propuesta para la medición de las desigualdades sociales en salud y para la conformación de una Mesa Andina Intersectorial de Lucha contra la Desigualdad. Simultáneamente, se reconoce la importancia de planes y programas llevados a cabo en contextos marginados de las fronteras de los países andinos, con enfermedades asociadas a la pobreza y el hacinamiento, como la tuberculosis. En este sentido, con el Comité Andino se actualizó el Plan Andino de Salud en Fronteras con vigencia a 2022 en el que se incorporan aspectos referidos a la prevención de la COVID-19; y se acordó un plan de trabajo para la vigilancia y respuesta para enfrentar la COVID-19, se retomaron las coordinaciones para la actualización de la Guía para el análisis de la situación de salud de las poblaciones en ámbitos de frontera. Por otro lado, con la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, con el Instituto Social del MERCOSUR y la Organización Panamericana de la Salud, se trabaja en la “Declaración por unas fronteras saludables en América del Sur” y en la elaboración de proyectos conjuntos en respuesta a la pandemia en las zonas de frontera.

El 24 de noviembre de 2020 se realizó el lanzamiento de la segunda fase del Programa “Fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio de tuberculosis en las Américas” para el período 2020-2023, en el que participan 17 países de las Américas, que tiene como objetivo fortalecer el diagnóstico y consolidar los logros alcanzados por la red de laboratorios de tuberculosis en la región. Este programa cuenta con financiamiento del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

• **Lección 3. La pandemia no es un evento socialmente neutral**

Tanto la propia COVID-19 como sus consecuencias, y las medidas para su prevención, han resultado discriminatorias para los grupos sociales en desventaja. A continuación se presenta una lista de grupos para los que la pandemia y las medidas de confinamiento se muestran más difíciles, porque tienen en común situaciones de vulnerabilidad que preceden a la cuarentena y se agravan con ella<sup>16</sup>.

- **Familias con niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza.** Para el 2019 casi la mitad de los niños y niñas (46%) en América Latina vivía en situación de pobreza y la mayor parte en hogares del sector informal. La mayoría de éstos, en los quintiles de menores ingresos, están integrados por niñas, niños y adolescentes

<sup>16</sup> MORIN, E. (2020). *Cambiamos de vía. Lecciones de la pandemia*. Barcelona: Paidós.

que una vez en casa por el aislamiento, requieren cuidados y comidas que muchos recibían a través de programas de alimentación escolares<sup>17</sup>.

- **Las mujeres.** Las mujeres constituyen en América Latina el 72,8% de las personas ocupadas en el sector salud y están en la primera línea de atención. Están sobrerrepresentadas en labores de mantenimiento y operación de los establecimientos de salud (limpieza, lavandería y alimentación), así como en servicios básicos como las farmacias y los supermercados. No obstante, las medidas para enfrentar la pandemia se han definido en instancias en las que su presencia es escasa. En los consejos que asesoran a los gobiernos la participación de las mujeres no supera el 23%<sup>18</sup>. Los impactos de la COVID-19 exacerban desigualdades de género como se muestra a continuación:
  - **Efectos de la COVID-19 en el sector del trabajo doméstico remunerado.** De acuerdo con la encuesta regional realizada por la Federación Internacional de Trabajadoras del Hogar, casi la mitad de las trabajadoras se encontraba despedida o suspendida y sin recibir salario al momento de responder la encuesta<sup>19</sup>.
  - **Violencia contra las mujeres y las niñas “la pandemia en la sombra”.** Durante el confinamiento, el incremento de la violencia contra las mujeres y las niñas ha disparado una alerta mundial<sup>20</sup>.
  - **Derechos sexuales y reproductivos.** La reducción en la atención de servicios de salud puede resultar en un retroceso de los avances logrados, por ejemplo, exacerbación de la mortalidad y la morbilidad materna, aumento de embarazos no intencionales, entre otros. Los efectos pueden ser muy graves<sup>21</sup>.

<sup>17</sup> CEPAL. División de Desarrollo Social (2020) Pag.35

<sup>18</sup> CEPAL. División de Asuntos de Género de la CEPAL. (2020). “Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46483/1/S2000906\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46483/1/S2000906_es.pdf). Acceso enero de 13 de 2021.

<sup>19</sup> CEPAL y Cooperación Española. (2020). “Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina”. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46537/1/S2000799\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46537/1/S2000799_es.pdf). Acceso 15 de Enero de 2021, de

<sup>20</sup> ONU Mujeres. (2020). *En la mira: La igualdad de género importa en la respuesta frente al COVID-19*. Disponible en: [https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response?gclid=CjwKCAiAuoqABhAsEiwAdSkVVAAdj\\_VjYhAz8exvSbQseokoCt2dHAVBKiq8yr0tp2EshuEHyS3d7bRoCvMIQAvD\\_BwE](https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response?gclid=CjwKCAiAuoqABhAsEiwAdSkVVAAdj_VjYhAz8exvSbQseokoCt2dHAVBKiq8yr0tp2EshuEHyS3d7bRoCvMIQAvD_BwE). Acceso 16 de Enero de 2021, de

<sup>21</sup> CEPAL y UNFPA. (2020). “Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”. Santiago de Chile. Disponible en <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=5401>. Acceso enero de 2021.

- **Incremento de trabajo no remunerado.** Al tiempo que pierden sus empleos remunerados y a medida que los miembros de la familia pasan más tiempo en el hogar, las escuelas permanecen cerradas y los familiares enfermos necesitan cuidados, se advierte que el trabajo de cuidados no remunerados de las mujeres ha aumentado de forma exponencial<sup>22</sup>.
- **Trabajadoras y trabajadores informales.** En América Latina y el Caribe el 54% de la población trabaja en condiciones de informalidad. Por consiguiente, más de la mitad de la población económicamente activa no tiene protección laboral, ni de salud, ni pensiones. Según fuentes oficiales, la informalidad en los países andinos también es alta: Bolivia 73,2%; Chile 28,8%; Colombia 46,2%; Ecuador 46,7%; Perú 74,3% y Venezuela 45,6%. Si las personas no cuentan con trabajo formal, es más difícil acceder a los servicios de salud y a las transferencias económicas. También se afirma que sólo el 21,3% de los ocupados se desempeña en actividades que pueden hacerse vía teletrabajo<sup>23</sup>.
- **Personas sin hogar o que viven en la calle.** El 25% de la población mundial vive en barrios informales sin infraestructura ni saneamiento básico, sin acceso a servicios públicos, con escasez de agua y electricidad, viven en espacios reducidos donde se aglomeran familias numerosas. En resumen, habitan en la ciudad pero sin derecho a la ciudad, y no pueden cumplir con las normas de prevención de la COVID y otras enfermedades<sup>24</sup>.
- **Las personas en situación de discapacidad.** Por lo general, la sociedad no reconoce las necesidades especiales de las personas en situación de discapacidad. De alguna manera, viven en una cuarentena permanente debido a las limitaciones que la sociedad les impone.
- **Los adultos mayores.** La pandemia ha afectado de manera desproporcionada a la población de adultos mayores. La evidencia muestra tasas de mortalidad más altas en personas mayores con comorbilidades y con deterioro funcional<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> ONU Mujeres. (2020). “En la mira: La igualdad de género importa en la respuesta frente al COVID-19”. Disponible en: [https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response?gclid=CjwKCAiAuoqABhAsEiwAdSkVVAdj\\_VjYhAz8exvSbQseokoCi2dHAVBKfq8yr0tp2EshuEHyS3d7bRoCvMIQAvD\\_BwE](https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response?gclid=CjwKCAiAuoqABhAsEiwAdSkVVAdj_VjYhAz8exvSbQseokoCi2dHAVBKfq8yr0tp2EshuEHyS3d7bRoCvMIQAvD_BwE). Acceso 16 de Enero de 2021.

<sup>23</sup> OIT. (2020). “COVID-19 y el mundo del trabajo”. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/lang-es/index.htm>. Acceso 27 de Febrero de 2021

<sup>24</sup> De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO.

<sup>25</sup> OPS/OMS. (2020). *La COVID-19 y Adultos Mayores*. doi: <https://www.paho.org/es/temas/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores#:~:text=La%20pandemia%20de%20la%20COVID%2D19%20ha%3A&text=evidenciado%20las%20tasas%20de%20mortalidad,sus%20necesidades%-20%C3%BAnicas%2C%20entre%20otras>. Acceso enero de 2021.

- Las personas en situación de migración y desplazadas internamente. Las crecientes desigualdades entre países y al interior de estos, constituyen la principal (aunque no la única) causa del movimiento de personas en busca de mejores oportunidades laborales<sup>26</sup>. La pobreza, los conflictos internos, las crisis medioambientales, la falta de oportunidades laborales, la violencia, y las distintas manifestaciones de la desigualdad de género, son las principales razones por las cuales dejan sus países de origen. Las personas en situación de migración están más expuestas a riesgo de enfermar y de no contar con atención en los servicios de salud.
- Pueblos indígenas y afrodescendientes: Durante la pandemia la histórica exclusión y marginación social, política y económica de los más de 800 pueblos indígenas existentes en la región se ha visto acentuada<sup>27</sup>. La pandemia ha llegado a los contextos más alejados y a las poblaciones indígenas. Esto pasa desapercibido estadísticamente, pero culturalmente tiene graves consecuencias. La población afrodescendiente es más vulnerable frente al COVID-19 debido a la desigualdad y la discriminación racial estructurales de las que es objeto. Es un grupo sobrerrepresentado por personas que se encuentran en situación de pobreza, ocupadas en trabajos informales y de cuidado y con peores indicadores de bienestar<sup>28</sup>.
- Las niñas, niños y adolescentes en situación de orfandad: A medida que el número de muertos sigue aumentando, un número cada vez mayor de niñas, niños y adolescentes se quedan sin madre y/o padre u otros cuidadores, esto los hace particularmente vulnerables a la trata y otras formas de explotación, la mendicidad forzada, la venta ambulante y otras formas de trabajo infantil<sup>29</sup>.
- Población LGTBIQ<sup>30</sup>: La COVID-19 ha desatado viejos y nuevos prejuicios contra las minorías históricamente excluidas como las personas LGBTIQ, que también han experimentado la imposibilidad para acceder a los servicios que necesitan.

<sup>26</sup> OIM. (2020). “*IOM Responds to Covid-19*”. Disponible en: <https://www.iom.int/es/covid19>. Acceso 27 de febrero de 2021.

<sup>27</sup> ONU, CEPAL. (2020). “*El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva*”. Santiago de Chile.

<sup>28</sup> CEPAL. (2021). “*Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina*”. Santiago de Cali: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

<sup>29</sup> Human Rights Watch. (9 de Abril de 2020). Informe COVID-19 y los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2020/04/09/covid-19-and-childrens-rights>. Acceso enero de 2021.

<sup>30</sup> LGTBIQ: Sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gais, Transgénero o Transexual, Bisexuales, Intersexual, Queer. Este último término ha sido acuñado para definir a todas aquellas personas que no quieren clasificarse bajo etiquetas tradicionales por su orientación e identidad sexual. Lo queer deconstruye la sexualidad normativa y traspasa lo socialmente aceptado.

En vista de que los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores, de experiencias acumulativas a lo largo del curso de la vida, y de situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, político, ambiental y cultural; y entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior, la Secretaría Ejecutiva está trabajando en la propuesta para incorporar el enfoque Curso de Vida en el ORAS-CONHU, con énfasis en el Objetivo de Desarrollo Sostenible N°3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, e integrando las perspectivas de género, interculturalidad, derechos y determinantes sociales de la salud<sup>31</sup>.

Además, con el Comité Andino Asesor de Salud de las Personas Migrantes, se hizo el “Diagnóstico de situación de salud, vulnerabilidad y riesgos en migrantes internacionales durante el periodo de la pandemia COVID-19”. También, líderes de pueblos indígenas y de organizaciones de población afrodescendiente fueron invitados y efectivamente participaron en los webinars del ORAS-CONHU.

• *Lección 4. Enfrentamos una enfermedad zoonótica resultante del maltrato humano a los ecosistemas*

El origen de nuevos patógenos como el SARS-CoV-2 proviene de la degradación ambiental. El aumento de la demanda de proteína animal, las prácticas agrícolas insostenibles, la explotación de la vida silvestre, entre otras, son algunas de las causas de la creciente tendencia de las enfermedades virales que pasan de los animales a los seres humanos. La pandemia actual es de origen zoonótico, por lo tanto, resultado de un desequilibrio en las interacciones entre el ser humano y la naturaleza, en el que, producto de la masiva explotación y producción con fines económicos por parte de los humanos, se vulneran y destruyen ecosistemas importantes para la vida. La pandemia es expresión de una crisis civilizatoria. Este es el momento de apreciar el rol vital de la salud del planeta y tomar medidas inmediatas.

En vista de ello, el ORAS-CONHU trabaja para fortalecer una perspectiva de desarrollo sostenible, que está plasmada en los planes andinos: Salud y Cambio Climático 2020-2025 y Gestión del Riesgo de Desastres del Sector Salud 2018-2022. Ambos planes fueron aprobados por los Ministros de Salud y son ejecutados con el Comité Andino de Salud, Gestión del Riesgo para Emergencias, Desastres y el Cambio Climático, y con la

<sup>31</sup> PAHO, WHO. (2020). *Building Health Throughout the Life Course*. Washington, D.C.

cooperación de otras entidades como la OPS. En diferentes instancias se ha reflexionado sobre la necesidad de incorporar el enfoque “Una Salud” para mejorar el trabajo intersectorial y los resultados en salud pública y prevención de zoonosis.

• **Lección 5.** *Los sistemas de protección social universales son la clave para avanzar en el bienestar de la población y consolidar un Estado Social de Derecho*

La pandemia ha puesto en evidencia la urgente necesidad de mejorar los sistemas universales de protección social, tanto en la respuesta inmediata como en los procesos de reconstrucción y recuperación posterior. Por consiguiente, el equipo del ORAS-CONHU organiza y participa en diversos espacios en los cuales se ha debatido este tema, como foros, mesas intersectoriales, entrevistas y webinars, por ejemplo: Grandes desafíos sociales y económicos para enfrentar la COVID-19.

• **Lección 6.** *Niñas, niños y adolescentes están confinados. Sus derechos, no<sup>32</sup>*

Niñas, niños y adolescentes se ven afectados por la pandemia, principalmente por:

- La infección por el propio virus; la disminución en las metas de inmunizaciones; difícil acceso a servicios de salud y casos de síndrome de respuesta inflamatoria multisistémica en pediatría asociado a la COVID-19.
- Drástico cambio en la dinámica de sus relaciones cotidianas, en sus hábitos alimentarios, en su actividad física.
- Problemas emocionales como miedo, ansiedad, entre otros.
- Mayor exposición a la violencia familiar.
- Efectos sociales y económicos de la emergencia sanitaria en el marco familiar.
- Problemas de aprendizaje, rezago y abandono escolar por interrupción prolongada de clases presenciales<sup>33</sup> (UNESCO, 2020).

Al reflexionar sobre esta lección, el ORAS-CONHU realiza las siguientes actividades:

<sup>32</sup> Mensaje expresado por Ernesto Durán, Coordinador de Derechos de la Asociación Latinoamericana de Pediatría, en el webinar del ORAS-CONHU: Derechos de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la pandemia COVID-19. (19 de noviembre, 2020). También participaron como ponentes: Luis Pedernera, Presidente del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas y Martina Bravo, Representante de la Red de Niñas, Niños y Adolescentes por el Derecho a la Salud de Latinoamérica y el Caribe.

<sup>33</sup> UNESCO. (31 de Marzo de 2020). *El cierre de las escuelas debido a la COVID-19 en todo el mundo afectará más a las niñas*. Disponible en <https://es.unesco.org/news/cierre-escuelas-debido-covid-19-todo-mundo-afectara-mas-ninas>. Acceso el 7 de Febrero de 2021, de

- Reuniones técnicas y webinars para el análisis de la situación epidemiológica y clínica de la COVID-19 en niñas, niños y adolescentes.
- Participación en el proyecto de investigación “Análisis comparado de políticas públicas dirigidas a la niñez en tiempos de la COVID-19”.
- Reuniones técnicas, dos *webinars*<sup>34</sup>, un foro y un congreso internacional con más de 4,500 personas conectadas y 40 conferencistas donde se analizó la situación de la niñez y la adolescencia. Se contó con la participación del presidente del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas.
- Participación en foros, reuniones internacionales y espacios intersectoriales, en los cuales se trabaja por la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Elaboración de 24 *Podcast* para promover el autocuidado y la “agenda de la niñez y adolescencia en la región Andina” en coordinación con el Colectivo Interinstitucional por los Derechos de la Niñez y Adolescencia y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.
- Participación en la preparación de la campaña para el posicionamiento y difusión de la Agenda Nacional sobre los Derechos de la Niñez y Adolescencia 2021-2026.
- Participación en el Colectivo Interinstitucional por los Derechos de la Niñez y Adolescencia para la elaboración de “Recomendaciones para la protección de niñas, niños y adolescentes: Medidas urgentes a considerar en el contexto del aislamiento social por la COVID-19”.
- Participación en la presentación de estudios: Análisis comunicacional y evaluación cualitativa desde los actores centrales de la estrategia “Aprendo en Casa” y presentación del estudio cualitativo: Situación de radios y televisoras del Consejo Consultivo de Radio y televisión (CONCORTV) en el Perú.
- Sistematización ¿Qué dicen las niñas, niños y adolescentes sobre la vacunación contra la COVID-19 en Perú?

---

<sup>34</sup> La pandemia COVID-19 en niñas, niños y adolescentes ¿Son realmente invisibles? (23 de julio de 2020); Derechos de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la pandemia COVID-19 (19 de noviembre de 2020). Enlace: <http://orasconhu.org/portal/node/622>.

## 2) SECTOR SALUD EN LA TRANSFORMACIÓN NECESARIA

- **Lección 7.** *Lograr sistemas de salud universales, inclusivos, resilientes e integrales es un requisito para la garantía del derecho a la salud*

Frente a la pandemia, en los sistemas de salud de los países andinos se han realizado esfuerzos diversos para garantizar la disponibilidad de las pruebas de diagnóstico, incremento del número de camas hospitalarias, el fortalecimiento de las unidades de cuidados intensivos, dotación de oxígeno, entre otros. No obstante, un informe de la CEPAL y la OPS indicó que “se trata de sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados, que presentan barreras para el acceso”<sup>35</sup>. La Observación General N° 14: *Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*<sup>36</sup>, que desarrolla el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, afirma que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y también enfatiza en la participación y la rendición de cuentas. A este respecto, los gobiernos, funcionarios, empresarios, entre otros, tienen la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de la población.

El ORAS-CONHU, los Comités Andinos y expertos, reconocen la necesidad de mejorar los sistemas de salud con prioridad en la garantía del derecho a la salud. En consecuencia, desde septiembre de 2020, dos veces al mes, se realizan seminarios web que abordan el tema.

<sup>35</sup> OPS y CEPAL. (2020). “*Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*”. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>. Acceso enero de 2021.

<sup>36</sup> Naciones Unidas. (2000). “*Observación General N°14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>. Acceso el 3 de Febrero de 2021.

## Recuadro 1 – Webinars sobre sistemas de salud

Hacia una nueva normalidad:

1. El sistema de salud que necesitamos
2. Reflexiones necesarias para un sistema de salud post pandemia
3. Respuesta de los sistemas de salud en ámbitos de frontera frente a COVID-19
4. Financiamiento en sistemas de salud
5. Respuesta de servicios y redes integradas de salud
6. Rectoría y gobernanza en salud
7. Recursos humanos, desafíos en su formación
8. Información para una mejor toma de decisiones
9. Un abordaje de Curso de Vida para el fortalecimiento del primer nivel de atención
10. Experiencias exitosas en el primer nivel de atención
11. Estrategias para responder a futuras pandemias y otras amenazas a la salud pública
12. Avances y retos en telemedicina en tiempos de pandemia

**Fuente:** Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2021. <http://orasconhu.org/portal/node/622>.  
Consulta 15 de marzo de 2021.

La sistematización de estos *webinars* se presentará en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (XXXIX REMSAA, mayo de 2021) para el análisis sobre la necesidad de elaborar un proyecto de caracterización y mejora de los sistemas de salud de los países andinos. También se hizo la revisión de la propuesta de Pacto Perú<sup>37</sup> sobre la Construcción de un Sistema Unificado de Salud, y con el Comité Andino de Salud y Economía se desarrolló el IX Foro Andino de Salud y Economía: “*Por la garantía del Derecho a la salud, mejoremos el financiamiento de los Sistemas de Salud*”. En relación con los desafíos planteados, se trabaja con este Comité Andino y con la OPS en la recopilación de información de indicadores comparables básicos de respuesta a la pandemia de COVID-19 en los sistemas de salud andinos.

- **Lección 8.** *Se requiere revalorizar el Primer Nivel de Atención, garantizar la capacidad resolutive en todos los niveles y la Atención Primaria en Salud*

Los países en que se ha observado un mejor manejo de la pandemia cuentan con: políticas de Estado centradas en la protección social y coherentes con el bienestar

<sup>37</sup> Cuerpo de diálogo conformado por representantes de los sectores público, privado, sociedad civil y las fuerzas de los partidos políticos, con el objetivo de establecer las políticas necesarias en los ejes de salud, educación, economía, reforma política y lucha contra la pobreza, para el desarrollo del país

colectivo; sólidos sistemas de salud en todas sus capacidades (primer nivel de atención; servicios especializados; capacidad hospitalaria, de investigación y producción; dotación de recursos humanos capacitados y comprometidos; rectoría de la autoridad sanitaria nacional, entre otras); y población organizada y que confía en la institucionalidad.

El ORAS-CONHU, en diferentes webinars, foros, mesas intersectoriales y en el trabajo con los Comités Andinos, reitera la necesidad de fortalecer el Primer Nivel de Atención, el abordaje de determinantes sociales y ambientales, la detección de factores de riesgo de la población, así como consolidar la Atención Primaria en Salud como eje articulador de todos los niveles de atención. Estas premisas se articulan con las acciones propuestas en la lección 7: Lograr sistemas de salud universales.

- **Lección 9.** *No habrá pospandemia sino pandemia intermitente, lo que implica fortalecer las estrategias de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la acción sobre los determinantes sociales de la salud*

En 1986, la Carta de Ottawa define la Promoción de Salud como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud, y así mejorarla. Fueron delimitadas cinco áreas interrelacionadas: 1) La elaboración de políticas públicas saludables; 2) La reorientación de los servicios sanitarios; 3) La creación de ambientes favorables; 4) El reforzamiento de la acción y la participación comunitaria; y 5) El desarrollo de las aptitudes y prácticas personales saludables<sup>38</sup>. La pandemia enseña que dichas áreas siguen vigentes y que es necesario su abordaje integrado y renovado. En relación con esto, distintos modelos explicativos han señalado la importancia de los determinantes sociales de la salud, entendidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”<sup>39</sup>.

En consecuencia, para reflexionar sobre esta lección se han realizado cinco webinars y reuniones técnicas con los Comités Andinos y expertos, reiterando que las causas de la mayoría de los problemas que afectan la salud son sociales, así como sus soluciones. Por tanto, constituye una prioridad fortalecer la promoción de la salud, identificar, interpretar y actuar sobre las causas de los problemas de la salud. Estos temas también se abordan en otros espacios en los cuales el equipo del ORAS-CONHU procura incidencia política y articula con otras iniciativas, como, por ejemplo, la propuesta de incorporar el enfoque de Curso de Vida, para lo cual es fundamental fortalecer políticas

<sup>38</sup> OMS. (1986). “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>. Acceso el 3 de febrero de 2021.

<sup>39</sup> Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). “Subsanar las desigualdades de una generación”. Suiza: OMS. Disponible en [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/). Acceso mayo de 2021.

intersectoriales y contar con fuentes y el análisis de los datos desagregados según el origen étnico-racial, género, edad, entre otros.

• **Lección 10.** *La pandemia de COVID-19 es una amenaza de gran proporción para la salud mental*

La pandemia de COVID-19 ha incidido en el incremento de adicciones y afecciones relacionadas con la salud mental. La adversidad asociada con las consecuencias socioeconómicas, el miedo al virus y su propagación, tienen un impacto indudable en la salud mental de la población<sup>40</sup> (OMS, 2020).

Son tiempos marcados por la incertidumbre, el temor, la inseguridad, la sobre(des) información, la pérdida de seres queridos, la violencia, el aislamiento, lo que conlleva al agravamiento de trastornos como ansiedad y depresión. Múltiples estudios muestran más complicaciones en mujeres jóvenes que tienen bajos ingresos. También se manifiestan impactos sobre la salud mental en el personal de salud, del cual el 70% corresponde a mujeres. Las personas con COVID-19, o aquellas que tienen seres queridos con la enfermedad, están siendo particularmente afectadas, incluso por el estigma. El ORAS-CONHU, con el Comité Andino de Salud Mental ha realizado, entre otras, las siguientes acciones:

- Difusión de información consistente y clara sobre lo que acontece, y para orientar en los centros de ayuda, los servicios de salud mental de emergencia y apoyo psicosocial.
- Difusión del uso de las líneas de emergencia que tienen como objetivo atender aspectos relacionados con la salud mental, prevenir y atender todas las formas de violencia.
- Realización de dos webinars sobre el impacto en la salud mental de la COVID y el abordaje de la salud mental de personas migrantes, en los cuales se ha reiterado que es crucial desarrollar acciones comunitarias que refuercen la cohesión social y la solidaridad, que reduzcan la soledad y promuevan el bienestar, y que reconozcan las discapacidades psicosociales, que deben formar parte de la definición de servicios esenciales.
- En el Plan Operativo Anual 2021 se priorizaron acciones y propuestas para ampliar las capacidades de atención a la salud mental en los Ministerios de Salud.

<sup>40</sup> OMS. (2020). “Salud Mental y COVID-19”. Disponible en [https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwtdtFBhBAEiwAKOlY55uqAq96BF20WwpP\\_msejW49V4za-P8qR4J8fZSPGdTufJM6AWMeshoCcZMQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwtdtFBhBAEiwAKOlY55uqAq96BF20WwpP_msejW49V4za-P8qR4J8fZSPGdTufJM6AWMeshoCcZMQAvD_BwE). Acceso el 5 de Febrero de 2021

• **Lección 11.** *Es prioridad fortalecer las capacidades productivas en la región andina: tecnología, industria farmacéutica, insumos y equipos médicos*

La pandemia puso en evidencia la dependencia de la región respecto a otros países que producen insumos, vacunas, equipos médicos y cuentan con industria farmacéutica. Al reflexionar sobre esta situación, el ORAS-CONHU reitera en diferentes espacios la necesidad de desplegar estrategias para que los países andinos unan esfuerzos en el desarrollo de las capacidades para producir y acceder a tecnología de punta, vacunas, equipos e insumos para el control de enfermedades y prevención de desastres.

Al respecto, dentro de los logros obtenidos, se destaca la aprobación en el Parlamento Andino de la Norma Comunitaria para la “Estrategia andina sobre dispositivos médicos”. Además, los encuentros periódicos con Directores de Inmunizaciones y con los Comités Andinos: Evaluación de Tecnología Sanitaria y Acceso a Medicamentos, posibilitaron el intercambio de experiencias y analizar desafíos en investigación, innovación científica y acceso a tecnología, y abordar temas relacionados con el cumplimiento de los protocolos de ética referente a las vacunas contra la COVID-19; así como los dispositivos médicos y certificaciones para adquisición de insumos médicos y, también, respecto de la propiedad intelectual, flexibilidades, patentes, y acceso a los medicamentos como bienes sociales, públicos y no comerciales. Adicionalmente, se llevaron a cabo encuentros con expertos del South Centre de Ginebra y la Iniciativa Medicamentos de enfermedades olvidadas (DNDi).

• **Lección 12.** *La gestión sectorial de salud es limitada y se precisa de un diálogo “real” en el trabajo intersectorial*

La pandemia ha evidenciado que la fragmentación de la gestión sectorial descuida la complejidad de los problemas sociales, aspecto que bien se entiende desde una gestión social intersectorial. Es decir, es prioridad fortalecer las capacidades para avanzar en los niveles de integración, convergencia, colaboración, mancomunidad e inclusividad, para lograr objetivos comunes de bienestar. Es esencial reconocer que el sector salud es un generador de crecimiento económico, de soberanía y de redistribución de la riqueza producida, pero que sin trabajo intersectorial (salud, educación, trabajo, inversión, desarrollo, inclusión social, ambiente, vivienda, agricultura, entre otros) no se pueden combatir o prevenir pandemias, ni problemas complejos y multicausales. Por otro lado, es vital la mejora de la inversión en salud.

Sobre el particular, el ORAS-CONHU trabaja con 17 Comités Andinos conformados por profesionales (jefes de área) de diferentes disciplinas de los Ministerios de Salud. Las reuniones de y entre Comités posibilitan un abordaje interdisciplinario en el marco

de la misión “Armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, manteniendo la identidad andina, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud”<sup>41</sup>. Cabe destacar que en los Ministerios de Salud se cuenta con experiencias significativas de trabajo intersectorial, es esencial su sistematización y socializar sus aprendizajes. También se está preparando el “Encuentro interinstitucional entre instituciones formadoras y empleadoras andinas”.

### 3) EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA, PLANIFICACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

#### • Lección 13. La prevención es la medida más efectiva para contener la pandemia

La evidencia muestra que la COVID-19 se puede prevenir mediante la adopción de medidas como las siguientes<sup>42</sup>:

- Mantener al menos un metro de distancia con otras personas, a fin de reducir su riesgo de infección cuando otros tosen, estornudan, ríen o hablan.
- Usar mascarillas de manera adecuada en interacción con otras personas. Es esencial utilizar, guardar, limpiar y eliminar las mascarillas correctamente.
- Evitar las 3 “C”: espacios cerrados, congestionados o que entrañen contactos cercanos.
- Lavar frecuentemente las manos con agua y jabón o con gel hidroalcohólico.
- Limpiar y desinfectar las superficies, en particular las que se tocan con regularidad, por ejemplo, puertas, mesas y teléfonos.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.

El ORAS-CONHU ha realizado *webinars* sobre las estrategias para la prevención (trazabilidad de contactos y aislamiento oportuno de personas enfermas) y para promover prácticas adecuadas de cuidado. Se elaboraron dos propuestas sobre trazabilidad presentadas al Banco de Desarrollo de América Latina-CAF y a la Embajada de Corea. Además, se ha desarrollado una estrategia de información y comunicación, que se describe adelante.

<sup>41</sup> ORAS-CONHU. (2018). “Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022 del Organismo Andino de Salud” – Convenio Hipólito Unanue. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

<sup>42</sup> OMS (2020) “Brote de Enfermedad de Coronavirus Covid.19. Orientaciones para el Público”. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=Cj0KCQiApsiBBhCKARIsAN8o\\_4h9mF4krA3toY1kvtj2cxmHTySnZ2yu40bkvGGv60HMPY\\_TpYLF92waAqauEALw\\_wcB](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=Cj0KCQiApsiBBhCKARIsAN8o_4h9mF4krA3toY1kvtj2cxmHTySnZ2yu40bkvGGv60HMPY_TpYLF92waAqauEALw_wcB), Acceso enero de 2021.

• **Lección 14.** *Los sistemas de información con datos actuales, oportunos, disponibles y desagregados es un aspecto esencial para la gestión eficaz de la pandemia*

La pandemia pone al descubierto que es primordial que los sistemas de información en salud presenten datos desagregados (edad, sexo, etnia, entre otros), mejoren en cuanto a interoperabilidad, accesibilidad y análisis oportuno para la toma de decisiones en salud pública.

En vista de ello, entre otras actividades, el ORAS-CONHU ha realizado tres encuentros con Directores de Estadística y de Sistemas de Información y reuniones de Directores de Epidemiología de los Ministerios de Salud andinos para el intercambio de experiencias, análisis de los sistemas de información de salud y los desafíos para integrar las bases de datos en una sola plataforma para alerta temprana, la adopción de los modelos de complejidad para análisis primarios (agregados) y secundarios (desagregados), y contribuir a una toma de decisiones basada en evidencia científica para la prevención de enfermedades emergentes y reemergentes.

En la página electrónica del ORAS-CONHU se dispone de información actualizada sobre la situación mundial, regional y de los países andinos en relación con la COVID-19. Por otro lado, con el Comité Andino Salud para la Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres y el Cambio Climático, se elaboró la propuesta *“Plataforma andina gubernamental para enfrentar la pandemia COVID-19 y prevenir epidemias de enfermedades transmitidas por vectores, zoonóticas y causadas por temperaturas extremas”*. Este tema se priorizó en el Plan Operativo Anual 2021, con la actividad: Preparación del Plan de acción para desarrollo del Sistema de Información para la Salud Andino.

#### 4) INVESTIGACIÓN APLICADA Y PARTICIPATIVA

• **Lección 15.** *Es prioridad fortalecer las capacidades de investigación, generación y apropiación social de conocimiento científico y tecnológico*

Los esfuerzos de la comunidad científica a nivel mundial frente a la pandemia actual han sido y continúan siendo heroicos y sin precedentes, de tal modo que, en poco más de un año, ya se cuenta con vacunas de alta eficacia. Los investigadores andinos y latinoamericanos han hecho aportes importantes en estudios que han orientado las decisiones y brindado soluciones, aunque se han visto limitados debido al reducido apoyo económico e institucional. La mayoría de los trabajos publicados sobre tratamientos farmacológicos y acciones no farmacológicas han sido producidos en otros países, cuyas evidencias no siempre se pueden extrapolar a los países andinos. Por otro lado, la falta de incentivos genera “fuga de cerebros”, perdiéndose recurso humano, en quienes los Estados han invertido en su formación.

El ORAS-CONHU ha realizado cinco encuentros para intercambio de experiencias y tecnologías sanitarias con los directores de los Institutos Nacionales de Salud andinos para intercambio de experiencias y tecnologías. Se elaboró un plan de trabajo en el cual Fiocruz, OPS y otras organizaciones, brindarán capacitación en secuenciamiento genómico y cooperación para el monitoreo genómico de las variantes del SARS en la región amazónica.

El ORAS-CONHU realizó los *webinars*: Investigación en COVID-19: Retos para la Región Andina, y Coalición Internacional de Investigación en COVID-19: Prioridades en Latinoamérica. En estos eventos, se concluyó que es prioridad implementar una búsqueda proactiva de potenciales investigadores, crear entornos que estimulen la investigación, fomentar la mentoría, y formar redes para mejorar la investigación operativa. Actualmente, se tiene la proyección de conformar una red de investigadores andinos y en alianza con la Coalición de Investigación.

## 5) RECURSOS HUMANOS DE SALUD

- **Lección 16.** Los recursos humanos en salud, suficientes, capacitados y con condiciones laborales dignas, son fundamentales para la garantía del derecho a la salud

En la Observación General N°14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”<sup>43</sup>, se afirma que un elemento esencial es la disponibilidad de personal médico, profesional capacitado y bien remunerado. El recurso humano debe ser suficiente y contar con condiciones laborales justas. La pandemia pone en evidencia la necesidad de garantizar mecanismos justos para la contratación, retención y distribución equitativa del recurso humano y de mejorar su formación con mayor pertinencia a la realidad sanitaria nacional. Se debe señalar los extraordinarios esfuerzos realizados por los países andinos en la actualización de las normativas, la capacitación y actualización del recurso humano.

En eventos realizados por el ORAS-CONHU, se han planteado ideas referentes a que los derechos laborales no están en cuarentena y son parte de la solución. No puede haber justicia social, ni desarrollo, ni paz a nivel global, si no se resuelven los grandes problemas que existen en el mundo del trabajo. Los gobiernos por sí solos, de manera independiente, son incapaces de resolver la problemática existente, porque se requiere la participación de trabajadores y empleadores en igualdad de condiciones para la toma de decisiones. Es prioridad transitar de la informalidad hacia la formalidad. Tiene que haber políticas de pleno

<sup>43</sup> NACIONES UNIDAS. (2000). “Observación General N°14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>. Acceso el 3 de Febrero de 2021.

empleo, elemento clave del desarrollo social y económico, y para construir la igualdad. Es imperativo un Estado donde la participación ciudadana sea un elemento estructural del propio desarrollo y de la política pública, que haga prevalecer los principios y valores de los acuerdos internacionales.

- Además de los webinars y las reuniones técnicas ya mencionadas, se han realizado las siguientes acciones:
- Reingeniería, actualización y diseño de la plataforma de su Campus Virtual para continuar con los procesos de educación continua en salud.
- Curso de formación de tutores virtuales en el campus virtual del ORAS-CONHU.
- Se logró la complementariedad del trabajo de cooperación técnica para implementar de manera conjunta el “Plan Especial de Monitoreo del Plan de Acción Recurso Humano” de OPS y la “Política Andina de Recursos Humanos 2018-2022” del ORAS-CONHU, y se trabaja en las acciones de articulación entre los sectores Educación y Salud, para la formación de recursos humanos, y para que respondan a las necesidades de la sociedad y de los sistemas de salud. Actualmente, se prepara el Curso Anual 2021: “Planificación y gestión de los recursos humanos en salud” para diferentes niveles de autoridad y personal de redes.

Las acciones desarrolladas con el Comité Andino de Recursos Humanos en Salud, entre otras, han sido las siguientes:

- Encuentros para visualizar las actividades realizadas en los Ministerios de Salud a favor de los recursos humanos que enfrentan la pandemia por COVID-19.
- Fortalecimiento de actividades formativas de los Comités Andinos y Áreas Temáticas: Curso Propiedad intelectual (ORAS-CONHU / SOUTH CENTRE).
- Asesoría y acompañamiento a la Dirección Nacional de Normalización de Talento Humano en Salud (Ecuador) en la elaboración de la Política Nacional.
- Dos conversatorios sobre infodemia que contribuyeron a ratificar la necesidad de reactivar la Red Andina de Comunicadores Sociales.

## 6) COMUNICACIÓN, EDUCACIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

- **Lección 17.** *A la par de la pandemia de COVID-19, se ha vivido una infodemia*

La COVID-19 es la primera pandemia de la historia en la que se emplean a gran escala la tecnología y las redes sociales para ayudar a las personas a mantenerse informadas, productivas y conectadas. Al mismo tiempo, se ha vivido una sobreabundancia de

información, en línea o en otros formatos, que incluye los intentos deliberados por difundir información errónea que puede perjudicar la salud e instigar al incumplimiento de las medidas de salud pública. De acuerdo con la OMS, desde mayo de 2020, los Estados miembros emitieron una resolución en la que se reconoce que gestionar la infodemia es una parte crucial del control de la pandemia de COVID-19 (OMS, 2020).

El ORAS-CONHU cuenta con 13,200 seguidores en sus redes sociales en las cuales se han puesto en marcha una estrategia de difusión oportuna de información precisa y basada en datos científicos, con los enlaces de los Ministerios de Salud andinos, las estrategias de información y comunicación han estado basadas en transmitir mensajes para promover la aplicación de las medidas de prevención, fomentar mejores prácticas y responsabilidad de la comunidad, de las organizaciones sociales, las familias y las personas en el cuidado de la salud.

• **Lección 18.** *La participación y las estrategias de educación en salud conllevan a prácticas cotidianas saludables y prevención de la enfermedad*

La Declaración Universal de los derechos humanos dice en el Artículo 21: Toda persona tiene derecho a participar, la voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público. A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales expresa en su Artículo 13: La educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre. La Observación General N° 14 afirma: es un derecho la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones. No obstante, los espacios para que los ciudadanos incidan en la toma de decisiones son limitados.

La pandemia ha mostrado la necesidad de fortalecer procesos de participación social como ejercicio de poder y el derecho de incidir en la toma de decisiones con capacidades de gestión, así como el desarrollo de educación en respuesta a grupos poblacionales específicos, por curso de vida, enfoque intercultural, dando prioridad a los niños, niñas y adolescentes, y su bioseguridad desde los primeros años y en el contexto escolar. El tema se ha abordado en diferentes *webinars*, por ejemplo, en el de *Participación comunitaria en tiempos de COVID-19. Experiencias significativas en la Región Andina*, y en reuniones técnicas y espacios de trabajo intersectoriales.

<sup>44</sup> OMS. (2020). “Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa”. 23 de Septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>. Acceso enero de 2021.

## 7) CLÍNICA, TERAPÉUTICA Y NUEVAS RESPUESTAS

- **Lección 19.** *A medida que avanza la pandemia, el comportamiento de la enfermedad debe ser mejor estudiado y comprendido*

Desde que inició la pandemia la humanidad está en constante aprendizaje, en aspectos como los siguientes:

- Las múltiples alternativas terapéuticas existentes en su mayoría no tienen sustento basado en evidencia científica o, si la tienen, la deficiencia metodológica brinda una muy baja certeza sobre su utilidad. Hasta ahora, ningún tratamiento antiviral ha demostrado ser eficaz para la COVID-19.
- Los datos de pacientes individuales deben agruparse por criterios que influyen en la evolución, para poder correlacionar mejor las intervenciones y los resultados. Las medidas farmacológicas propuestas en COVID-19 deben dirigirse a objetivos terapéuticos que varían según el estado evolutivo y las condiciones de la persona. La infección es autolimitada en la mayoría de los casos. Son muchas las enfermedades virales que no tienen tratamiento específico sino de las complicaciones y debe recordarse que, en cuanto a administrar medicamentos, no siempre “algo es mejor que nada”, a veces es peor. La letalidad observada guarda relación no sólo con el virus y las condiciones de riesgo asociadas, sino también con los esquemas terapéuticos (que deben ser utilizados diferenciadamente según la fase clínica de la enfermedad), con la logística de los servicios y con la suficiencia del personal de salud. Hay que insistir en el valor de la evidencia para tomar decisiones de tratamiento. Son muchas las variables a considerar dentro de la complejidad clínica, en especial en el abordaje intensivo del paciente crítico.
- Al inicio de la pandemia eran la edad avanzada, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, las condiciones de riesgo más asociadas a evolución desfavorable. El seguimiento de pacientes y los estudios realizados llevan a reconocer como comorbilidades asociadas a una evolución desfavorable: el sobrepeso, la obesidad, la insuficiencia renal crónica, los trastornos neurológicos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la afecciones del sistema inmunológico. Muchas personas desconocen su condición de salud.
- Las manifestaciones clínicas ocupan un espectro muy amplio con la presentación de diversos síndromes, debido fundamentalmente a la presencia de receptores celulares que permiten la entrada del virus en varios tejidos. Están bien descritas las fases

virémica e inflamatoria, cuya fisiopatología define, en cada momento, el uso del arsenal terapéutico disponible, que ha de ser particularizado según el paciente.

- Los efectos de la COVID-19 trascienden a la infección y a las complicaciones inmediatas en aquellos casos en los que se presentan, así, muchas personas infectadas continúan presentando diversas afecciones por tres meses o más. Los casos graves que superan la enfermedad quedan con múltiples afecciones cuyo curso requerirá seguimiento por un período prolongado en el área de atención o con recursos de la telemedicina. Debe conformarse una base de datos sólida para apoyar a las familias y preparar el sistema de salud para atender las secuelas.
- Algunas personas se mantienen con PCR positivo por varios meses, en tanto puede haber también una caída de los títulos de anticuerpos desde los tres meses. Cada vez se documentan más casos de reinfecciones.
- La COVID-19 es una enfermedad multisistémica. Las consecuencias individuales y colectivas de la pandemia incrementarán la demanda de atención por enfermedades crónicas no transmisibles, en especial de parte de la población dependiente de cuidados.

Las ideas expresadas se han difundido en Comunicados del ORAS-CONHU, también se han analizado en reuniones técnicas con expertos y con los Comités Andinos, así como en los webinars, y la conclusión es “Día a día vamos abriendo nuevas interrogantes, nuevas respuestas, nuevos desafíos”.

### Recuadro 2 – *Webinars: Relacionados con la clínica y la terapéutica*

- Diagnóstico y detección por laboratorio de COVID-19.
- La infección viral, la respuesta inmune y los medicamentos. Juntemos las piezas.
- Actualización en la prevención y tratamiento de la COVID-19: Uso de ivermectina, dexametasona y plasma de convalecientes.
- COVID 19: Avances en prevención, clínica, diagnóstico y terapéutica
- Evolución y secuelas en la infección por SARS-CoV2 Más del 80% de los adultos mayores en Latinoamérica que son dependientes de cuidados de otros, viven en sus casas y son asistidos por la familia.
- Situación del cáncer antes de la COVID-19 y las medidas implementadas para la atención de los pacientes durante la pandemia
- Actualización de conocimientos científicos sobre la COVID-19. Medidas eficaces, nuevas variantes

**Fuente:** Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (2021). <http://orasconhu.org/portal/node/622>. Consulta 15 de marzo de 2021.

En relación con esta lección se pueden mencionar varias actividades realizadas. Por ejemplo: Con el Comité Andino para la prevención y erradicación de la desnutrición infantil se elaboró la publicación de la Política Andina de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años. Con el Comité Andino de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles se realizó el estudio: *Situación del sobrepeso y obesidad y el impacto de la enfermedad por COVID-19 en los países andinos* y concordancia con los resultados obtenidos se está elaborando la política andina.

- **Lección 20.** *Sólo estaremos seguros cuando todos lo estemos. La equidad, oportunidad y calidad de la vacuna PARA TODOS es un imperativo ético y una cuestión de Salud Pública*

En febrero del 2021, Naciones Unidas denunció que el 75% de las inmunizaciones se ha concentrado en tan sólo diez países. El progreso en la vacunación ha sido desigual. La capacidad científica para derrotar la pandemia del coronavirus debe utilizarse en beneficio de todos los habitantes del planeta, recordando que nadie estará a salvo hasta que todos estemos a salvo<sup>45</sup> (ONU, 2021). En febrero, en el boletín Notisalud Andinas y en dos comunicados la Secretaria Ejecutiva del ORAS-CONHU reitero: En este momento, la mayor prueba que encara la humanidad es la equidad en la distribución de vacunas y asegurar que el 70% de la población se vacune en el menor tiempo posible.

Desde julio de 2020, el ORAS-CONHU ha realizado seis encuentros con responsables de inmunizaciones de los países andinos que han permitido socializar las estrategias para el acceso a las vacunas con calidad, oportunidad y equidad; la articulación del grupo de trabajo de Inmunizaciones con la asistencia técnica de OPS (mecanismo Covax); la vinculación de las direcciones de medicamentos con inmunizaciones para socializar estrategias e iniciar la microplanificación en cada país.

## CONCLUSIONES

El año 2020 marca, sin dudas, un hito histórico en la sociedad moderna y en la concepción de la salud y el bienestar. La pandemia de COVID-19 es el reflejo de una crisis de la modernidad. La situación obliga a cambiar las relaciones de dominación entre los humanos, y de los humanos con otras especies y con todo lo que existe en el planeta. Desde el ORAS-CONHU se ha dado respuesta con la visión de garantizar el derecho a la

<sup>45</sup> ONU. (2021). "Diez países han acaparado el 75% de las vacunas COVID-19 administradas, denuncia Guterres al Consejo de Seguridad". 17 de Febrero de 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488202>. Acceso febrero de 2021.

salud, con justicia social y ambiental. Bajo el objetivo estratégico de la integración, se han ampliado los diálogos mediante seminarios virtuales, reuniones, coordinaciones, debates técnicos, proyectos, alianzas y otras iniciativas.

Los mayores impactos de la COVID-19 tienen como raíz y como expresión la desigualdad, así como la injusta distribución del poder y los recursos. No obstante, los aprendizajes también motivan para impulsar las transformaciones necesarias. Estamos llamados a ser más solidarios, a fortalecer los sistemas universales de protección social como condición imprescindible para un Estado social de derecho; a repensar el desarrollo, a cambiar la forma en que producimos, consumimos y nos relacionamos, a hacer real una economía con perspectiva sostenible y que combata la amenaza del cambio climático, con una visión sistémica de respeto a la naturaleza y a los saberes ancestrales.

Sin entender esa primera lección que nos reta a cambiar, difícilmente se podrá resolver todo aquello que nos demandan las restantes lecciones. Debemos desaprender, reaprender colectivamente y emprender juntos la reconstrucción de un mundo más solidario, igualitario, digno y justo en el que todas las personas ejerzan plenamente sus derechos.

## BIBLIOGRAFÍA:

BECK, U. (1998). *“La sociedad del riesgo”*. Barcelona: Paidós.

CEPAL. División de Desarrollo Social. (2020). *“América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social”*. Santiago de Chile. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46484/1/S2000718\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46484/1/S2000718_es.pdf). Acceso marzo de 2021.

CEPAL. División de Asuntos de Género de la CEPAL. (2020). *“Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”*. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46483/1/S2000906\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46483/1/S2000906_es.pdf). Acceso enero de 13 de 2021.

CEPAL y Cooperación Española. (2020). *“Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina”*. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46537/1/S2000799\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46537/1/S2000799_es.pdf). Acceso 15 de Enero de 2021.

CEPAL y UNFPA. (2020). *“Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”*. Santiago de Chile. Disponible en <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=5401>. Acceso enero de 2021.

CEPAL. (2021). *“Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina”*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46620-personas-afrodescendientes-covid-19-develando-desigualdades-estructurales>. Acceso enero de 2021.

De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO.

Human Rights Watch. (9 de Abril de 2020). *Informe COVID-19 y los Derechos del Niño*. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2020/04/09/covid-19-and-childrens-rights>. Acceso enero de 2021.

MORIN, E. (2020). *Cambiamos de vía. Lecciones de la pandemia*. Barcelona: Paidós.

Naciones Unidas. (2000). “Observación General N°14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view> . Acceso el 3 de Febrero de 2021.

OIM. (2020). “IOM Responds to Covid-19”. Disponible en: <https://www.iom.int/es/covid19>. Acceso 27 de febrero de 2021.

OIT. (2020). “COVID-19 y el mundo del trabajo”. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/lang-es/index.htm>. Acceso 27 de Febrero de 2021

OMS. (1986). “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>. Acceso el 3 de febrero de 2021.

OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). “Subsanar las desigualdades de una generación”. Suiza: OMS. Diponible en [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/). Acceso mayo de 2021.

OMS (2020) “Brote de Enfermedad de Coronavirus Covid.19. Orientaciones para el Público”. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=Cj0KCQiApsiBBhCKARIsAN8o\\_4h9mF4krA3toY1kvtj2cxmHTySnZ2yu40bkvGGv60HMpY\\_TpYLF92waAqauEALw\\_wcB](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=Cj0KCQiApsiBBhCKARIsAN8o_4h9mF4krA3toY1kvtj2cxmHTySnZ2yu40bkvGGv60HMpY_TpYLF92waAqauEALw_wcB) , Acceso enero de 2021.

OMS. (2020). “Salud Mental y COVID-19”. Disponible en [https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwtdFBhBAEiwAK0ly55uqAq96BF20WwpP\\_msejW49V4za-P8qR4J8fZSPGdTufJM6AWMeshoCcZMQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwtdFBhBAEiwAK0ly55uqAq96BF20WwpP_msejW49V4za-P8qR4J8fZSPGdTufJM6AWMeshoCcZMQAvD_BwE). Acceso el 5 de Febrero de 2021

OMS. (2020). “Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa”. 23 de Septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>. Acceso enero de 2021.

OMS. (2021). “Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. Acceso 13 de Febrero de 2021

ONU, CEPAL. (2020). “El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva”. Santiago de Chile. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46543-impacto-covid-19-pueblos-indigenas-america-latina-abya-yala-la-invisibilizacion>. Acceso enero de 2021.

ONU Mujeres. (2020). *En la mira: La igualdad de género importa en la respuesta frente al COVID-19*. Disponible en: [https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response?gclid=CjwKCAiAuoqABhAsEiwAdSkVVAdj\\_VjYhAz8exvSbQseokoCt2dHAVBKfq8yr0tp2EshuEHyS3d7bRoCvMIQAvD\\_BwE](https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response?gclid=CjwKCAiAuoqABhAsEiwAdSkVVAdj_VjYhAz8exvSbQseokoCt2dHAVBKfq8yr0tp2EshuEHyS3d7bRoCvMIQAvD_BwE) . Acceso 16 de Enero de 2021.

ONU. (2021). “Diez países han acaparado el 75% de las vacunas COVID-19 administradas, denuncia Guterres al Consejo de Seguridad”. 17 de Febrero de 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488202> . Acceso febrero de 2021.

OPS y CEPAL. (2020). “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>. Acceso enero de 2021.

OPS/OMS. (2020). *La COVID-19 y Adultos Mayores*. doi: <https://www.paho.org/es/temas/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores#:~:text=La%20pandemia%20de%20la%20COVID%2D19%20ha%3A&text=evidenciado%20las%20tasas%20de%20mortalidad,sus%20necesidades%20%C3%BAnicas%2C%20entre%20otras>. Acceso enero de 2021.

ORAS-CONHU. (2018). *Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue*. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Disponible en: <http://orasconhu.org/portal/content/plan-estratégico-de-integración-en-salud-2018-2022>. Acceso enero de 2021.

PAHO, WHO. (2020). *Building Health Throughout the Life Course*. Washington, D.C. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53409>. Acceso enero de 2021.

UNESCO. (31 de Marzo de 2020). *El cierre de las escuelas debido a la COVID-19 en todo el mundo afectará más a las niñas*. Disponible en <https://es.unesco.org/news/cierre-escuelas-debido-covid-19-todo-mundo-afectara-mas-ninas>. Acceso el 7 de Febrero de 2021, de



## La Respuesta del Caribe a la Pandemia de Covid-19

Joy St. John<sup>1</sup>

Mark Sami<sup>2</sup>

Lisa Indar<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN

La Agencia Caribeña de Salud Pública, por su sigla en inglés CARPHA (*Caribbean Public Health Agency*) es la única Agencia Regional de Salud Pública de la región del CARICOM con mandato de los Jefes de Gobierno para liderar la respuesta a la salud pública de la Covid-19. Antes de la declaración de la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la CARPHA había iniciado su respuesta activa alertado a los Directores Médicos de los Estados Miembros (EM) sobre la amenaza inminente en enero de 2020, monitoreando el brote y posteriormente activo su Equipo de Gerenciamiento de Incidentes-Respuesta de Emergencia (IMT-ER, sigla en Inglés).

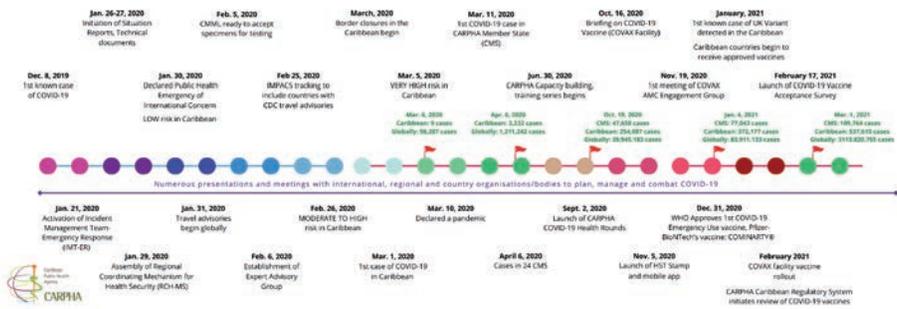
Las actividades posteriores fueron variadas, pero todas orientadas hacia la seguridad y protección de la región del CARICOM. Hubo desafíos considerables, pero CARPHA trato de ellos, un por uno, y hasta transformó algunos en oportunidades, por ejemplo: el acceso a la adquisición de equipamientos de protección personas. Necesarios al inicio de la pandemia. Este capítulo da un panorama de lo que ha sido hecho y como los sistemas de salud con recursos restringidos consiguieron trabajar con diferentes sectores para salvar vidas y medios de subsistencia.

<sup>1</sup> Es médica Sanitarista y se desempeña como Directora Ejecutiva de la Agencia Caribeña de Salud Pública – CARPHA

<sup>2</sup> Director – Servicios Corporativos de la Agencia Caribeña de Salud Pública – CARPHA

<sup>3</sup> Es sanitarista especializada en enfermedades infecciosas y se desempeña como Director de la División de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades de la Agencia Caribeña de Salud Pública – CARPHA.

### Major COVID-19 Milestones



### ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

A partir del 10 de Marzo de 2021, mas de 114 millones de casos positivos de Covid-19 y 2,5 millones de muertes fueron relatados globalmente. Hay 529.313 casos confirmados en 35 países de la Región del Caribe, de los cuales 109.386 están en CMS (sigla en inglés). El riesgo de importación adicional de casos y nuevas variantes de preocupación para la región del Caribe dependiente del turismo permanece muy alto. Es de destacar que la variante del Reino Unido fue identificada en los Estados Miembros del CARICOM. Las tasas de infección por 100.000 habitantes para el CMS (sigla en Inglés) son significativamente menores (560,3) en relación a América Latina (3.4131,2) y a los Estados Unidos (8.868,7). Las tasas de mortalidad en CMS (sigla en inglés) también son significativamente menores (Tabla 1 y 2). Estas bajas en las tasas reflejan los cierres precoces de las fronteras de los CMS, la vigilancia y la respuesta rigurosa de salud pública.

Tabla 1 – Tasa de infección de COVID-19

Country/Region	Confirmed cases	Rate of infection* (per 100,000)
USA	29,160,011	8,868.7
UK	4,176,554	6,131.0
Latin America	21,000,844	3,431.2
Canada	866,503	2,282.6
Caribbean†	529,313	1,141.2
CMS	109,386	560.3

\* Rate of infection (per 100,000) = (# COVID-19 cases/population) x 100,000

† Cuba, Dominican Republic, Puerto Rico and United States Virgins Islands included

<https://www.worldometers.info/coronavirus>

**Tabla 2** – Tasa de mortalidad de COVID-19

Country/Region	Deaths	Deaths per million population* (per 100,000)
USA	523,716	1,592.8
UK	122,849	1,803.4
Latin America	673,346	1,100.1
Canada	21,994	579.4
Caribbean†	7,704	166.1
CMS	1,918	98.2

\* Death per million = (# COVID-19 deaths/population) x 1,000,000

† Cuba, Dominican Republic, Puerto Rico and United States Virgins Islands included

<https://www.worldometers.info/coronavirus>

El perfil epidemiológico de los casos de COVID-19 en el Caribe reveló diversidad. En cuanto algunos CMS (sigla en inglés) están experimentando casos esporádicos y agrupamientos de casos, 42% están relatando actualmente la transmisión comunitaria (Tabla 3). Algunos CMS (sigla, en inglés) todavía están en la primera onda de la pandemia, mientras que otros están experimentando la 2a onda y algunos, muchas ondas.

**Tabla 3** – Clasificaciones de transmisiones entre CMS (sigla, en inglés), conforme informado por la OMS, a partir de 1 de marzo de 2021

Clasificación de transmisión	# Países y porcentaje
Transmisión comunitaria	11 CMS – 42%
Aglomerados de casos	7 CMS – 27%
Casos esporádicos	6 CMS – 23%
Sin casos	2 CMS – 8%

Fuente de datos: Panel da OMS, 1º de marzo de 2021, 7h30

<https://covid19.who.int/table>

## RESPUESTA DE LA CARPHA

- La CARPHA continúa cumpliendo el mandato de responder a las emergencias en salud pública por medio de su abordaje multifacética de coordinación regional, vigilancia, pruebas o test de laboratorios, directrices técnicas, capacitación, adquisición, movilización de recursos y comunicación de riesgo.

Proyecciones y próximos pasos importantes para la región: Se espera que la pandemia de Covid-19 continúe durante 2021, aún cuando la vacunación haya comenzado, pues los informes iniciales destacan la dificultad en la distribución y producción de vacunas, por debajo de las metas programadas. Los países precisarán permanecer vigilantes y comprometerse en todas las estrategias preventivas, de vigilancia y de comunicación. La CARPHA continuará realizando la vigilancia del cuadro epidemiológico en la región y continuará trabajando con los Estados Miembros para la recolección de datos necesarios para la toma de decisiones informada en la región.

Aún cuando sea necesario un abordaje regional para coordinar la respuesta de CARICOM sobre la Covid-19, las medidas deben ser adaptadas y diseñadas sobre la base de los escenarios específicos de cada país, para optimizar los resultados a nivel nacional. Algunas consideraciones importantes para los próximos pasos:

- Los países deben permanecer vigilando y continuar su planificación para gerenciar cualquier riesgo que pueda surgir de la re-introducción de la enfermedad o de la segunda onda de enfermedad. Ellos deben documentar las lecciones aprendidas en la primera fase de sus brotes e incorporarlas en sus Planes de Acción Nacional.
- La re-apertura y recuperación exige un equilibrio cuidados entre la reducción de medidas restrictivas y la garantía de que las medidas adecuadas sean implementadas para reducir la importación y la diseminación de nuevos casos y variantes, y para asegurar que la capacidad sea aumentada para identificar, testear, aislar, tratar y rastrear rápidamente los contactos de nuevos casos.
- Un abordaje coordinada armonizada es crucial con un conjunto de requisitos mínimos acordados entre EM re (sigla en inglés): evaluación de salud, tests, cuarentena.
- Los países deben garantizar que existen mecanismos adecuados para brindar supervisión y facilitar el uso seguro y eficaz de cualquier vacuna futuras que se tornen disponibles.
- Los mecanismos regulatorios deben ser identificados para gerenciar nuevas y emergentes terapéuticas, así como las nuevas vacunas, incluyendo la notificación e investigación de cualquier evento adverso asociados a su uso.

## PLANES FUTUROS

- Continuar orientando la región sobre la respuesta de la COVID-19 a medida que la Región se abra para viajes intra regionales seguras y al turismo.

- Continuar monitoreando el virus y actualizando las directrices a la medida que la necesidad pueda surgir.
- Continuar los esfuerzos de movilización de recursos y gerenciar proyectos financiados por la COVID-19 en curso.
- Continuar las Rondas sanitarias de COVID-19 para la construcción de la capacidad en salud de los Estados-Miembros para la reapertura de las fronteras.
- Implementar investigaciones operacionales aprobadas y realizar nueva recolección de datos en la medida que las necesidades surjan.
- Desenvolver una plataforma para presentar datos recolectados de acuerdo con los niveles de seguridad acordados.

## GOBERNANZA

El éxito inicial de la respuesta del CARICOM a la Covid-19 se debe al liderazgo de los Jefes de Gobierno que coordinaron una expresión regional de una respuesta de la sociedad a la Covid-19. Bajo el liderazgo de la entonces presidente del CARICOM, la ilustre Mia Mottley, la CARPHA fue obligada a producir un protocolo regional común para la gestión de la COVID-19. Desde entonces, los presidentes subsiguientes de la Conferencia continuaron defendiendo este abordaje regional para la gestión de la pandemia a través de instruir e soluciones regionales para los desafíos interminables que la pandemia nos ha presentado. Los afirmaron que la Región tienen el derecho al acceso a EPI, equipamientos de testeo y reactivos de diagnóstico, y más recientemente, vacunas de calidad aprobadas recientemente.

A lo largo de esta pandemia, a pesar de los graves daños al producto turístico de la región, los jefes lucharon para encontrar un equilibrio entre salvar vidas en cuanto a cuidar los medios de subsistencia del Pueblo caribeño.

## DIPLOMACIA

La región del CARICOM ha tenido largas relaciones diplomáticas productivas con gobiernos amistosos en todo el mundo. Considerando el cronograma desde la declaración de una pandemia por la OMS hasta el presente, la CARPHA ha sido beneficiaria de EPIs, equipamientos, apoyo financiero y, más recientemente, donación de vacunas, así como conversaciones bilaterales para adquisición de vacunas de diversos gobiernos en la lucha contra la Covid.19 en nombre de nuestras Estados Miembros.

Los gobiernos continúan ofreciendo asistencia fortaleciendo al sistema de salud de diferentes formas. Se trata, sin duda, de una verdadera “inyección” de apoyo necesario

y bienvenido y demostración de solidaridad que, en última instancia, afectará el cambio sistémico necesario para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible – ODS.

Dicho esto, la diplomacia es puesta en evidencia de diferentes formas. Nuestros “héroes voladores del Caribe” (SRS), como fueron llamados, fueron ejemplares en esta respuesta, de la misma forma que la CDEMA con la orden para la adquisición de insumos médicos. Estos dos últimos ejemplos han vinculado los sectores de la salud y la seguridad con uno de los mejores ejemplos de seguridad sanitaria en esta pandemia.

## TRABAJO MULTISECTORIAL

- La CARPHA gerencio la respuesta pandémica como una cuestión de Seguridad sanitaria con fuerte dependencia del Conjunto de Seguridad de la CARICOM y de la CDEMA. Convoco el Grupo Central de Coordinación, que se reunió para llegar a un consenso sobre la gestión en tiempo real, en cuanto la IMPACS facilito una política e interface técnica consistentes entre la CARPHA y el sector de Seguridad de la Región de la CARICOM. La JRCC inicialmente rastreó el camino para la Región a partir de áreas de interés. El SRS se tornó en los s “héroes voladores” de la respuesta a la COVID-19.

En cuanto el Mecanismo de Coordinación Regional para la Seguridad de la Salud propició el foro para la definición de políticas técnicas sobre la base de consideraciones científicas por medio de la discusión entre Estados-Miembros, OECS, OPS y agencias nacionales de salud pública con presencia regional de las Américas, por ejemplo, CDC o interesados, por ejemplo. PHE RIVM (sigla en inglés),

Los socios estratégicos de Desarrollo Internacional respondieron rápidamente para apoyar acciones regionales de salud pública como la UE, que permitieron a la CARPHA reescribió una subvención previamente acordada para permitir la financiación de tratamientos y vacunas, que apoyó el acceso de 9 EM de CARICOM a las instalaciones de COVAX.

Durante 2020, en el auge de la pandemia, la región realizó varias elecciones generales para la elección de nuevos gobiernos. La CARPHA produjo orientaciones sobre medidas de seguridad para la realización de estos eventos.

Igualmente en esta coyuntura, con la adquisición, distribución y administración de vacunas, los jefes de Gobierno han liderado la adquisición de las vacunas, mientras que los equipos de salud pública garantizaban la inmunización segura de millares de ciudadanos vulnerables y sectores de la línea de frente, incluyendo el sector del turismo. Esto garantizo

una interpretación verdaderamente caribeña de quién es importante en nuestra sociedad y es uno de los experimentos sociales mas maduros que la CARPHA haya visto en esta etapa de la pandemia.

## EL SISTEMA REGIONAL DE SEGURIDAD (SRS), LA CARPHA Y LA PANDEMIA DE COVID-19: UNA “DIPLOMACIA VOLADORA”

Con el advenimiento de la pandemia de SARS-CoV-2, el virus que produce la Covid-19, la respuesta inmediata de muchos países fue el cierre permanente o semi permanente de las fronteras. Esta situación no fue una excepción en los países caribeños, donde el tráfico de personas y mercaderías fue limitado o interrumpido, así como los servicios ofrecidos por las empresas privadas de correo, que generalmente realizan el transporte de muestras de material biológico desde los Estados miembros de CARPHA (CMS) a la sede de CARPHA en Trinidad. Dada la gravedad de la situación, y con muy poca capacidad local en los países para responder al desafío de diagnosticar posibles casos de Covid-19, un nuevo mecanismo fue puesto en práctica: el uso del Sistema Regional de Seguridad (SRS) para el transporte de muestras de pacientes potencialmente sospechosos de portadores de la enfermedad. Este nuevo incluye la recolección de muestras y otras mercaderías en algunos de los estados localizados en el Caribe Oriental para transportarlas a CARPHA

La primera misión de vuelos del SRS en el ámbito de la pandemia ocurrió el 12 de febrero de 2020. El 9 de octubre del mismo año, el SRS completó 100 misiones exitosas. Hasta el 3 de marzo de 2021, fue escrito este artículo, 154 misiones fueron concluidas. La distancia estimada recorridas por aeronaves del SRS excede 85.000 millas náuticas (157.420 Km) en esas 154 misiones, pero un número superior a las 100.000 millas náuticas (185.200 km) puede ser una estimativa mas realista.

El uso del Sistema de Seguridad Regional durante la respuesta de emergencia a la Covid-10 para facilitar el acceso y la entrega oportuna y rápida de muestras de casos sospechosos y permitir la recolección rápida (en mas de 95% de las muestras los resultados de laboratorios fueron enviados de vuelta a los países de origen en menos de 24 horas), constituyendo un claro ejemplo de cooperación exitosa entre agencias internacionales. El Laboratorio de Microbiología Médica de CARPHA (CMML, sigla en inglés) ya ha procesado mas de 46.000 muestras desde el 10 de febrero de 2020 al 3 de marzo de 2021; casi 40% de estas muestras fueron transportadas para Trinidad e Tobago por el SRS<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Sistema de Informaciones laboratoriales del Laboratorio de Microbiología Médica de la CARPHA (CMML, sigla en inglés)

Este mecanismo ha respaldado pruebas que han evolucionado desde analizar muestras primarias hasta muestras secundarias y, más recientemente, muestras hasta la secuenciación del genoma completo en busca de variantes. Amplio su espectro de acción y también ha sido utilizado para transportar el personal médico altamente especializado, transferencia de insumos médicos y equipamientos, transporte de otros materiales necesarios en diferentes países, así como equipamientos de laboratorio y materiales de consumo, reactivos y, recientemente, vacunas contra la COVID-19.

El mecanismo de cooperación establecido entre el SRS, los países del Caribe Oriental y la CARPHA es un ejemplo perfecto de sinergias que se aprovechan de las fuerzas y ventajas institucionales y canales regionales tornándose también un ejemplo de verdadera diplomacia voladora.

### RESPONDIENDO A LA COVID-19 A TRAVÉS DEL ROMANCE, PROGRAMA MULTISECTORIAL DE TURISMO Y SALUD: PROMOVER UN TURISMO MAS SALUDABLE Y SEGURO, AUMENTANDO LA SEGURIDAD SANITARIA REGIONAL Y LA RESILIENCIA TURÍSTICA

La diseminación global de la nueva pandemia de coronavirus (COVID-19), impulsada por los viajes, está amenazando la seguridad sanitaria de la región, al mismo tiempo, interrumpiendo el turismo y reduciendo los recursos en las economías caribeñas.

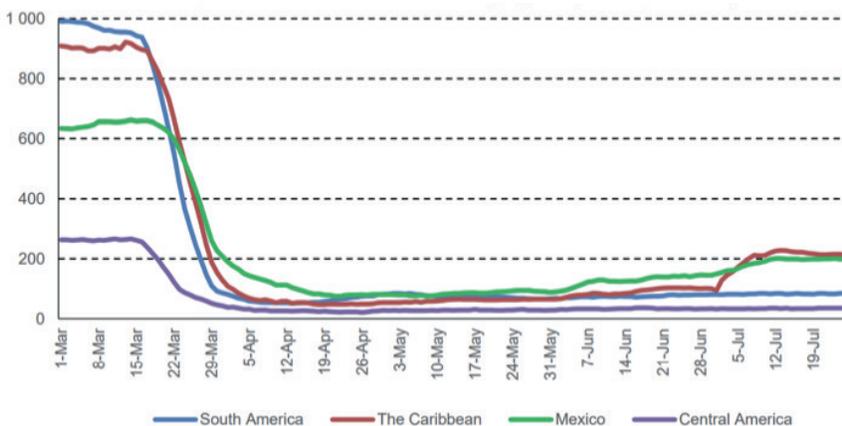


Imagen-Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de <https://www.icao.int/safety/Pages/COVID-19-Airport-Status.aspx>.

El turismo global sufrió su peor año en 2020, llegando a caer un 74%. (UNWTO, 2021). Los destinos en todo el mundo recibieron 1000 millones menos de llegadas internacionales en 2020, con respecto al año anterior, comparando con una baja de 4% registrado durante la crisis económica global de 2009 (UNWTO, 2021).

- En el Caribe, esta actividad había parado en abril de 2020. Con el cierre de la mayoría de los puertos y aeropuertos, tanto internacional como los regionales, las llegadas turísticas cayeron casi a cero, y hoteles testimoniaron enormes cancelaciones.
- En 2019, el Caribe recibió 38% del total global de pasajeros de cruceros y 34% de la implantación total de cruceros. Sin embargo, el número de pasajeros se redujo a casi cero a mediados de marzo de 2020<sup>5</sup>.
- Una pérdida estimada en US \$ 1,3 billones en ingresos de exportación, más de 11 veces la pérdida registrada durante la crisis económica mundial de 2009, poniendo en riesgo entre 100 y 120 millones de empleos turísticos directos, muchos de ellos en pequeñas y medianas empresas<sup>6</sup>.
- Para el período de enero a diciembre de 2020, muchos países del Caribe presentaban caídas en los viajes turísticos internacionales, por ejemplo, Anguilla (-73,4%) y Granada (-73,1%).<sup>7</sup> (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

## EL PROGRAMA REGIONAL DE TURISMO Y SALUD/ SALUD PARA VIAJANTES (THP, SIGLA EN INGLÉS)

Reconociendo que la salud de las economías caribeña está íntimamente relacionada a la salud de su industria de viajes y turismo, la CARPHA estableció el nuevo, multifacético, Programa Regional de Turismo y Salud en 2014, pero inició operaciones en 2016. El THP trabaja para enfrentar las amenazas de salud, seguridad y saneamiento ambiental al turismo, como la COVID-19, por medio de herramientas exclusivas, como el Sistema de Información

<sup>5</sup> Mulder, N. (2020). *“El impacto de la pandemia de COVID-19 en el sector turístico de América Latina y Caribe, y opciones para una recuperación sostenible y resiliente”*.

<sup>6</sup> A UNWTO (sigla en inglés). (2021, 28 de enero). *“2020: Peor año de la historia del turismo con 1000 millones de llegadas internacionales de fiebre”*. Recuperado de [https://www.unwto.org/taxonomy/term/347#:~:text=Global%20turismo%20suffered%20its%20worst,World%20Tourism%20Organization%20\(UNWTO\).&text=The%20crisis%20has%20put%20entre,small%20e%20medium%20sized%20enterprises](https://www.unwto.org/taxonomy/term/347#:~:text=Global%20turismo%20suffered%20its%20worst,World%20Tourism%20Organization%20(UNWTO).&text=The%20crisis%20has%20put%20entre,small%20e%20medium%20sized%20enterprises). Acceso enero de 2021.

<sup>7</sup> Organización Internacional del Trabajo-OIT. (2020). *“Sector de turismo en el Caribe inglés y de idioma holandés”* Recuperado de [https://www.ilo.org/caribbean/information-resources/publications/WCMS\\_760354/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/caribbean/information-resources/publications/WCMS_760354/lang--en/index.htm). Acceso enero de 2021.

en Turismo y Salud (SFI, sigla en inglés), entrenamientos, normas, políticas e alianzas. El THP aumento las capacidades de los países, la salud y la seguridad de los habitantes, la confianza de los viajantes, la resiliencia turística y la seguridad sanitaria regional. Este es el primer programa integrado de este tipo, que establece un precedente internacional para mejorar el turismo sostenible y la seguridad sanitaria regional.

El THP reaprovechó inmediatamente los productos existentes e creo nuevas herramientas para producir un conjunto amplio de **Medidas Proactivas de Salud Regionales** para apoyar la respuesta de la salud y del turismo a la COVID-19.



• **Sello de garantía de salud de los viajantes del Caribe para un turismo mas saludable y seguro (HST, sigla en inglés):**

Este Sello HST (sigla en inglés) es un premio de garantía y reconocimiento de salud mensurable y verificable para las entidades y destinos turísticos que están implementado medidas de monitoreo y seguridad de la Salud proactivas recomendadas para COVID-19. Los viajantes del Caribe ahora tiene la garantía adicional de una opción mas saludable y segura para alojamientos

y servicios identificados por HST. El sello ha sido avalado por la Organización de Turismo del Caribe (OTC), los Hoteles y Turismo del Caribe (CHTA), por el Centro Global de Resiliencia Turística y Gestión de Crisis (GTRCMC, sigla en inglés) y endosado por el Consejo Mundial de Viajes y Turismo (WTTC, sigla en inglés). Los componentes del Sello incluyen capacitación y entrenamiento, monitoreo y respuesta vía Sistema de Información de Turismo y Salud (THIS, sigla en inglés) y en Normas Operacionales de Seguridad en Salud y Medio Ambiente, además de Directrices y Checklists para la reapertura del turismo. Las instalaciones hoteleras galardonadas con la etiqueta HST se anunciarán a nivel mundial como las opciones preferidas y más saludables del Caribe.

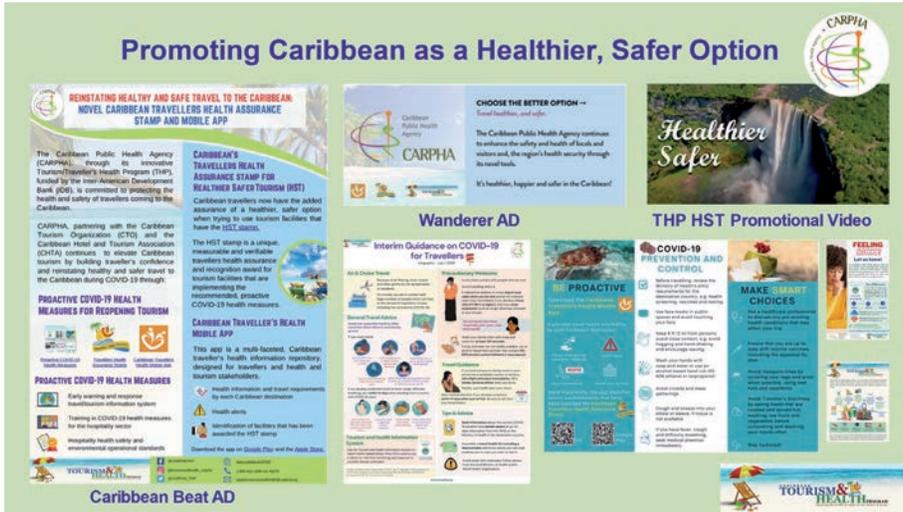
- **Aplicación de salud del Viajero del Caribe** – Este repositorio exclusivo de informaciones sobre salud fue proyectado para viajeros e interesado en salud y turismo. Proporciona informaciones de salud del viajero para cada destino caribeño (incluyendo requisitos de vacunación, unidades de salud), alertas de salud sobre problemas de salud pública actuales, medidas proactivas/prevenición de la COVID-19 y requisitos para los viajes por pais (tests,



rastreo de casos, pré-aprovación y monitoreo). La aplicación también identifica alojamientos y otras instalaciones hoteleras dentro de un destino que fueran premiados con el Sello de Viajes Caribeño. **Apple Store** y **Google Play**. Sello de Garantía de Salud. Evolucionó en la respuesta a la pandemia de COVID-19 y será expandido en 2021 para incluir barcos de pasajeros y otros servicios turísticos premiados con el sello. La App gratuita está disponible en **Google Play**, **Apple Store** y **Google Play**.

- Expansión del Sistema de **Información en Turismo y Salud (THiS, sigla en inglés)** para otros usuarios del turismo, además de hoteles y posadas, como Ministerio de la Salud, Centros de Salud, Transportes, Operadoras de Turismo y Auto-relato.
- **Alianzas público-privadas en Turismo y Salud** – El THP (sigla en inglés) cuenta con una alianza única con los órganos turísticos preeminentes de la región, OTC, CHTA (sigla en inglés) e GTRCMC (sigla en inglés), buscando salvaguardar la salud de los viajantes y poblaciones locales. En marzo de 2020, la CARPHA hizo una Alianza con la OTC, la CHTA, el GTRCMC y la Comisión de los Estados del Caribe Oriental (OECS, sigla en inglés) para formar una Fuerza de Tareas de Turismo de COVID-19 para lanzar las directrices de salud, seguridad y saneamiento del Caribe para COVID-19 y entrenamiento para millares de funcionarios del turismo de la región.
- **Capacitación:** La CARPHA, en alianza con la OTC e a CHTA, realiza webinars “COVID-19 Health Measures for Reopening Tourism” para construir las capacidades de los países, capacitar y aumentar la concientización sobre la COVID-19 y orientaciones relevantes de salud y seguridad. Todos son invitados a participar de estas sesiones y, cuando lo solicitan, las sesiones pueden ser adaptadas específicamente a los Estados-Miembros de la CARPHA y a los establecimientos turísticos. Hasta febrero de 2021, 6.431 personas de 44 países fueron entrenadas, con el ram treinadas, con la mayor asistencia en una sesión que alcanzó a más de 650 participantes.
- **Nuevas directrices para una reapertura segura**
  - **Directrices de Salud para COVID-19**
  - **Listas de verificación conjuntas de la CHTA (sigla en inglés) y de la CARPHA para COVID-19 Reapertura de listas de verificación**
  - **Industria de Alimentos e Bebidas**
  - Hoteles; Barcos, Viajeros
- **Advocacia Regional y Promoción del Caribe como una opción mas saludable e segura para los viajeros**
  - Revista Caribbean Beat e Wanderer de enero a julio de 2021

- Infográficos, Folletos
- Vídeo de turismo mas saludable y mas seguro
- Guías de Viajes



## EQUIDAD Y APOYO EN LA VACUNACIÓN

La CARPHA ejecuta sus funciones adhiriendo a los principios de la equidad, para garantizar que todos los veintiséis (26) Estados Miembros a los que apoya sean tratados de forma justa. Erwin e Braund (2020) afirmaron que la pandemia global de COVID-19 expone la necesidad de la equidad en salud pública<sup>8</sup>. Por lo tanto, en la ejecución de las actividades a partir del financiamiento del donador, la CARPHA garantiza que estos fondos alcancen el mayor número de Estados Miembros de la CARPHA (CMS, sigla en inglés), conforme lo permitido por las políticas y procedimientos del Donador o Aliado Estratégico Internacional de Desarrollo (IDP, sigla en inglés). En tal sentido, cuando surgió la oportunidad de apoyar a nuestros Estados-Miembros en el pago de sus dosis de vacunas de la unidad COVAX, la CARPHA implementó medidas para garantizar que el apoyo pudiese ser dado a todos los veintiséis (26) Estados-Miembros, cuando son solicitados. La instalación de COVAX es el pilar de vacunas del Acelerador de Acceso a las Herramientas COVID-19 (ACT) de la OMS, que es la única iniciativa

<sup>8</sup> Erwin, Paul C; Braund, Wendy E. A Public Health Lens on Rural Health. *American Journal of Public Health; Washington* Vol. 110, Iss. 9, (Setembro de 2020): 1275-1276. DOI:10.2105/AJPH.2020.305863

global que trabaja con los gobiernos y fabricantes para garantizar que las vacunas contra la COVID-19 estén disponibles en todos el mundo para los países de alta, media y baja renta. La instalación busca proveer dosis para 20% de la población de cada país que se inscribe en la unidad y los países fueron obligados a hacer un pago anticipado representando 15% del costo para 20% de su población hasta un plazo estipulado en octubre de 2020. Muchos de nuestros CMS (sigla en inglés) recibirán una parte inicial de esta asignación del 20% durante el mes de marzo de 2021, según correspondencia de COVAX.

La mayoría de nuestros CMS (sigla en inglés) son fuertemente dependientes del turismo y esta industria ha sido masivamente impactada por la pandemia, resultando en una reducción de los recursos financieros disponibles, y la CARPHA estaba consciente de que muchos países no estaban en una posición financieramente fuerte para hacer el pago necesario hasta el tiempo estipulado. En este sentido, una fórmula anteriormente desarrollada por la CARPHA y utilizada para la destinación de EPIs a los Estados-Miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM), fué utilizada para destinar fondos que totalizan 3 millones de euros financiados por la Unión Europea (UE) a través de un subsidio intitulado “11<sup>o</sup> Programa de Apoyo al Sistema de Salud del FED para prevención y control de brotes de Enfermedades Transmisibles en el Caribe” (en inglés, “*11th EDF Programme of Support for Health System Strengthening for prevention and control of outbreaks of Communicable Diseases in the Caribbean*”) para cada uno de nuestros 26 CMS (sigla en inglés). En asignaciones equitativas para cada CMS (acrónimo en inglés), la fórmula utilizó la población, los casos de COVID-19, así como la carga de datos de la enfermedad. Los datos poblacionales incluyeron población y población por encima de 60 años, una vez que las personas de este grupo se encuadran en la categoría de vulnerables. Los datos de casos incluyeron el número de casos por cada 100.000 habitantes y, para la carga de datos de la enfermedad, se utilizaron datos sobre glucosa en sangre alta, prevalencia de sobrepeso y obesidad y aumento de la presión arterial. CARPHA agradece el permiso de la Unión Europea para utilizar los recursos asignados en la subvención, ya que los fondos se destinaron a vacunas cuando estuvieron disponibles. Sin embargo, dado que los países desarrollados estaban pagando por adelantado grandes dosis de vacunas, es fundamental que los Estados miembros de CARPHA (CMS) tengan acceso a las instalaciones COVAX dentro del plazo estipulado para garantizar las dosis futuras.

Para apoyar a los Estados Miembros a realizar pagos a GAVI-Global Alliance for Vaccines antes de la fecha límite de octubre de 2020 para participar en COVAX, CARPHA ha firmado un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como socio de implementación. Hasta la fecha, 13 Estados miembros de CARPHA han firmado acuerdos con Gavi, a saber, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Islas Vírgenes

Británicas, Islas Caimán, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Surinam, Trinidad y Tobago y Turcos. e Islas Caicos. Otras seis (6) CMS, a saber, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas se encuentran bajo el régimen de Compromiso de Mercado Avanzado (AMC), lo que resultará en acceso a vacunas para el 20% de su población en niveles bajos o bajos. gratis. CARPHA ha prestado servicios a 9 de estos CMS, con todo o parte del pago y los fondos necesarios para otros CMS, y el apoyo se proporcionará en función de las solicitudes de estos Estados miembros.

Además de la asistencia brindada a la CMS (acrónimo en inglés) de COVAX, CARPHA también está ayudando a los Estados Miembros con cualquier otra solicitud que puedan tener, así como abogando por la adhesión de los Estados Miembros a los requisitos reglamentarios con respecto al acceso a las vacunas. Con respecto a la aprobación regulatoria, el Sistema Regulador del Caribe de Carpha (CRS) es un mecanismo regional voluntario que ayuda a los Estados Miembros con decisiones regulatorias con respecto al registro de medicamentos y vacunas para aprovechar la eficiencia de la dependencia regulatoria. Se invita a los fabricantes de vacunas COVID-19, con la aprobación de la Organización Mundial de la Salud para uso de emergencia, a considerar enviar un expediente de producto para revisión de verificación de CRS. Tras una revisión exitosa, el CRS emitiría una recomendación a todos los Estados miembros, que podrían considerarlos para un registro acelerado o permiso para importar lotes comprados. Además, CARPHA también apoya a la CMS en sus reuniones con los fabricantes de vacunas para discutir cuestiones pertinentes con respecto al uso de vacunas por estos Estados miembros. Además, CARPHA también participa en reuniones con fabricantes cuyas vacunas están en fase de prueba para recibir actualizaciones y otra información relevante.

## RESUMEN

Al cruzar el hito de un año desde la declaración de esta pandemia de COVID-19, CARPHA continuará cumpliendo su mandato y renovará su compromiso con los Estados Miembros para liderar la respuesta regional. CARPHA reconoce los desafíos de recursos que experimentan los países en el manejo de la epidemia y continúa comunicándose con sus contrapartes en el país para identificar necesidades, desafíos y brechas potenciales. Continuamente se buscan fuentes de financiamiento para suministros, equipo, capacitación y personal a través de propuestas de subvenciones. CARPHA también está creando capacidad y compartiendo conocimientos a través de sus Rondas de Salud y monitoreando la información de vigilancia recibida.

La CARPHA incentiva a sus Estados-Miembros a permanecer seguros y a continuar a ser vigilantes y resilientes en esta lucha.

---

Formato: 16 x 23 cm  
Tipologia: Swis721 Cn BT e Humanst777 Blk BT  
Rio de Janeiro, setembro de 2021

Este *e-book* es la *opera prima* de **Ediciones ALASAG**, recién lanzado proyecto editorial de la **Alianza Latino-americana de Salud Global**. Trata de la respuesta de la diplomacia de la salud global y de la región de América Latina y el Caribe en un momento crítico de la historia del mundo y de la región.

Problemas ambientales, migración, inseguridad alimentaria, acceso precario a los sistemas de salud y a los insumos críticos, además de una débil protección social desafían un sistema multilateral global y regional frágil y carente de solidaridad.

Reuniendo un sólido conjunto de académicos y gestores procura identificar las mejores respuestas y prácticas para garantizar la solvencia de los sistemas de salud y las negociaciones diplomáticas en torno de la pandemia y sindemia que prevalecen en la Región.