

UNASUR, pandemia y después

Una nueva oportunidad de integración y cooperación en salud para América del Sur

*María Belén Herrero, Beatriz Nascimento Lins de Oliveira
y Santiago Lombardi Bouza*

Introducción

En mayo de 2023 la OMS anunció el fin de la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19 (*UN News*, 2023). No obstante, la crisis que hemos atravesado nos da la oportunidad de analizar y reflexionar sobre la integración y la cooperación regional en salud a la luz del legado de la Unión de Estados Suramericanos (UNASUR), en tanto bloque político que ha dado un paso fundamental hacia una agenda sanitaria latinoamericana innovadora, inclusiva y soberana.

Desde que comenzó la pandemia, los temas de salud han ocupado un lugar destacado en las agendas de toma de decisiones multilaterales y regionales. Sin embargo, en Latinoamérica y, en particular, en América del Sur, las estrategias para enfrentar esta emergencia sanitaria revelaron un hilo conductor: las respuestas han sido predominantemente unilaterales y desarticuladas entre sí, socavando la posibilidad de una respuesta concertada más amplia, en el marco

de un debilitamiento del sistema multilateral y de los espacios de integración regional.

A pesar de que en las primeras dos décadas del siglo XXI la Cooperación Sur-Sur (CSS) latinoamericana se había transformado en una modalidad estratégica para la internacionalización de políticas sanitarias exitosas especialmente en el marco de UNASUR, (SEGIB, 2017), en el bienio 2020-2021 se produjo un significativo descenso de las iniciativas de salud de escala regional. Al observar en efecto los datos de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB), en términos proporcionales, los acuerdos bilaterales de cooperación en salud se han incrementado durante la pandemia, registrando un 18,6 % en el bienio 2020-2021, mientras que la Cooperación Sur-Sur (CSS) regional en el sector salud fue del 4,4 % en el mismo período, es decir, una cifra muy inferior a la registrada bajo la modalidad de CSS bilateral (SEGIB, 2022). Esto refuerza lo señalado con respecto a una desarticulación a nivel regional en materia sanitaria, a la vez que da cuenta de las dificultades de la región para desarrollar actividades conjuntas para enfrentar crisis como la provocada por el COVID-19 y avanzar hacia un abordaje más integral de la salud, y desde una agenda sanitaria regional soberana.

Sumado a ello, debe subrayarse el complejo escenario preexistente en la región, caracterizado por el distanciamiento político entre algunos países y –en el campo socioeconómico, epidemiológico y sanitario– por los altos índices de pobreza, la informalidad laboral, la doble carga de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas y la fragmentación y desfinanciamiento de los sistemas de salud, entre otros factores clave, que han agravado la situación potenciando el impacto de la pandemia y haciendo aún más difícil su abordaje (García et al., 2020).

En el campo de la salud internacional, muchos autores ya han mencionado la importancia de los mecanismos de integración regional para desarrollar acciones de cooperación en salud, especialmente en el contexto de la pandemia del COVID-19 (Marchiori Buss y Tobar, 2020; Davies Wenham, 2020; Rodrigues y Kleiman 2020).

Incluso, varios estudios han mostrado la importancia de las organizaciones regionales como actores centrales, no solo en la política exterior, sino también en la agenda de salud internacional (Herrero y Tussie, 2015; Bianculli y Hoffmann, 2016; Riggirozzi, 2015). La pandemia, sin embargo, tomó por sorpresa a países y organismos multilaterales y regionales, a pesar de las advertencias sobre el riesgo de las emergencias sanitarias de alcance internacional y la necesidad de que los países fortalezcan sus sistemas de salud, establezcan planes de acción y obtengan financiamiento para el desarrollo de vacunas y tratamientos (GPMB, 2020; Marchiori Buss, Alcázar y Galvão, 2020).

La hipótesis de este ensayo considera que en América del Sur la fragilidad de las estrategias de respuesta a la pandemia ha sido el resultado de la ausencia de una institucionalidad subregional que permitiera intervenir de manera coordinada, con base en una agenda programática acordada y construida por las autoridades nacionales de salud en un marco de diálogo y cooperación horizontal. Se estima que esta situación es una de las secuelas más profundas –a la vez que anunciadas– de la disolución institucional de UNASUR.

El objetivo de este ensayo es, en primer lugar, reflexionar el legado que ha dejado la experiencia de UNASUR en la región a partir del análisis del abordaje de la pandemia del COVID-19 a nivel de los bloques regionales en Suramérica, América Central y el Caribe. En segundo lugar, procura analizar más específicamente el rol de América del Sur en su respuesta a la pandemia, e identificar las limitaciones de los actuales mecanismos de integración para avanzar en acciones de regionalismo sanitario. Finalmente, pretende señalar las herramientas que el campo de la salud podría haber ofrecido en esta dirección, a la luz de las lecciones aprendidas de la trayectoria de UNASUR.

Se espera, por lo tanto, que este análisis contribuya a identificar nuevas perspectivas de integración y cooperación en salud para América del Sur, como así también oportunidades de cooperación estratégica frente a los cambios en el escenario actual de la región y el mundo. Asimismo, espera contribuir con lineamientos

y recomendaciones para la elaboración de un Plan de Acción regional a partir de las lecciones aprendidas en los procesos de integración regional en salud, brindando algunas herramientas para hacer frente a futuras crisis sanitarias, al repensar la arquitectura de integración y la cooperación internacional desde una perspectiva latinoamericana.

Integración y cooperación en salud en Latinoamérica: un largo camino

Históricamente, desde una perspectiva neoliberal, América Latina fue concebida como parte de un sistema americanizado, que miraba principalmente al Norte y estaba económicamente vinculado a ese hemisferio (Grugel, 1996). En este marco, el regionalismo era visto como manifestación de un orden mundial políticamente hegemónico y moldeado por la necesidad de que los países participen efectivamente en la actividad del mercado global. La integración regional era concebida fundamentalmente como un proyecto comercial.

Puesto que la implementación de políticas neoliberales aumentó las disparidades socioeconómicas, las inequidades en salud y la exclusión social en América Latina, el acceso inadecuado a la atención médica y los medicamentos fue –y sigue siendo– un problema, en particular entre los grupos de población más vulnerables. A principios del siglo XXI, el panorama regional se volvió cada vez más complejo, desafiando la noción de regionalismo y la gobernabilidad liberal liderada por Estados Unidos. Para el nuevo milenio, América Latina ha sido testigo de una serie de transiciones políticas con la llegada al poder de gobiernos de tendencia izquierdista en la mayoría de los países suramericanos, lo que podría entenderse, en ese momento, como una reacción contra una mercantilización excesiva que resultó de la crisis financiera y de las reformas derivadas del Consenso de Washington. Estos profundos cambios en la orientación político-económica de muchos países los llevó a redefinir las

dinámicas en la construcción de la región, lo cual no fue simplemente un giro político interno para llegar a los excluidos, sino también una ventana de oportunidad para que los nuevos líderes sincronicen las políticas gubernamentales en la búsqueda de una mayor autonomía frente a los actores externos (Riggirozzi y Tussie, 2012).

En este contexto, América del Sur se convirtió en una plataforma para el surgimiento de un nuevo regionalismo que iba más allá de los patrones establecidos por EE. UU. en materia de integración comercial. Así, el “regionalismo abierto”, propio de la economía neoliberal y liderado por el país del norte, perdió fuerza y dinamismo y se enfrentó al paulatino resurgimiento de nuevos nacionalismos en la región (Riggirozzi y Tussie, 2012). Estas nuevas articulaciones de la política regional incluso reinventaron los principios de la solidaridad regional y el colectivismo, diferenciándose fuertemente de los proyectos regionalistas anteriores. Además, una cooperación internacional más horizontal y solidaria surgió como una estrategia para que estos países dejen de ser meros receptores de la cooperación internacional y se conviertan en cooperantes en clave Sur-Sur (Vance, Bermudez y Nascimento, 2017). Esto marcó un punto de inflexión en el modelo de cooperación internacional, al diferenciarse claramente de la Cooperación Norte-Sur la cual ha mostrado que, desde un enfoque vertical y focalizado, puede ser efectiva en el corto plazo, pero no ofrece respuestas estructurales, integrales y sustentables.

El regionalismo, entendido como un espacio común de deliberación política, más allá y por encima de los Estados, es por lo tanto una estructura de oportunidades para obtener pronunciamientos políticos y compromisos normativos, con ventanas de acción muy relevantes para el activismo social (Riggirozzi y Tussie, 2018; Bianculli y Ribeiro Hoffmann, 2016).

También es importante citar que el regionalismo en América del Sur no ha sido concebido como una restricción a la autonomía nacional, sino como un conjunto de instituciones que empoderan más que lo que limitan las decisiones nacionales (Deciancio, 2016). En este sentido, Ferrer argumentó que la integración regional es una

herramienta para apoyar y coordinar la construcción de la soberanía (Ferrer, 2013). El concepto de soberanía es bastante tradicional en el campo de las relaciones internacionales, y se refiere a la centralidad del Estado en el campo internacional. Los debates contemporáneos sobre relaciones internacionales y ciencia política han revisado los conceptos y prácticas de la soberanía, desde una perspectiva crítica, desde enfoques no estatocéntricos y con la inclusión de factores como la cooperación entre Estados, agendas globales y actores internacionales y transnacionales (Cardozo da Silva, 2007, citado en Teixeira, 2017).

En el contexto del regionalismo poshegemónico, la salud se convirtió en uno de los sectores más dinámicos, con posibilidad de ampliar cadenas de políticas públicas (Riggirozzi, 2015; Herrero y Tussie, 2015). Este proceso ayudó a los países a proponer, desde el campo de la salud, iniciativas de cooperación internacional para acciones innovadoras, consensuadas y colectivas para enfrentar problemas comunes, acciones que no podrían tener éxito si se realizaran individualmente (Herrero, 2017).

La presencia de la salud en la agenda regional no es nueva. La Región de las Américas ha sido pionera en la cooperación en este campo y tiene una gran experiencia y logros en políticas públicas, así como una historia de colaboración mutua (SEGIB, 2017).

Si bien las formas de institucionalización y los niveles de consolidación de cada uno de los proyectos de integración difieren, lo que llama la atención es que todos los procesos regionales cuentan con instancias dedicadas al tema de la salud. En este sentido, la salud es también, en sí misma, un campo privilegiado para la construcción y ejercicio de la soberanía, ya que sustenta espacios multilaterales continentales y globales de negociación, con los que no cuentan otros ámbitos sociales (Herrero y Tussie, 2015, Herrero y Loza, 2018; Herrero y Nascimento, 2022). Esto permite comprender por qué la salud fue uno de los sectores más dinámicos de UNASUR.

El sueño de la Patria Grande y una nueva integración sudamericana

Entre el legado de UNASUR y el vacío de su ausencia

La UNASUR fue creada el 23 de mayo de 2008 con la firma de su Tratado Constitutivo por parte de los doce países independientes de América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela. Bajo ese nuevo modelo de regionalismo “poshegemónico” o “posneoliberal”, UNASUR buscó avanzar en mecanismos de concertación y cooperación que fueran más allá de la arena comercial –la cual, por entonces, no concitaba altos niveles de consenso en la región–, destacándose la incursión en agendas de defensa, infraestructura, energía y salud. La gestión de crisis institucionales también representó un aspecto saliente en la labor del nuevo bloque suramericano, lo cual quedó demostrado en su mediación con motivo de los conatos secesionistas en Bolivia durante 2008, el golpe de Estado contra el presidente hondureño Manuel Zelaya en 2009, la ruptura de relaciones entre Colombia y Venezuela en 2010 y el intento de golpe de Estado en Ecuador ese mismo año.

Entre estos nuevos catalizadores para la acción colectiva regional, la defensa y promoción del derecho a la salud se presentó como un campo propicio para fortalecer la dimensión social de la integración, expandir y legitimar internacionalmente políticas públicas progresivas y apuntalar el poder negociador en foros multilaterales (Herrero y Tussie, 2015; Riggiozzi, 2014). Para alcanzar estos objetivos, que condensaban muchas de las demandas históricas de la corriente de pensamiento de la medicina social y salud colectiva latinoamericana, UNASUR desarrolló una institucionalidad innovadora (Riggiozzi, 2015).

A finales de 2008 se constituyó el Consejo de Salud Suramericano (CSS) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3° del Tratado Constitutivo de UNASUR –que garantizaba el acceso universal a la

seguridad social y a los servicios de salud–, con el mandato de incorporar e integrar los esfuerzos y logros subregionales del MERCOSUR, ORAS-CONHU y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA). El Consejo quedó conformado por los ministros y ministras de salud de los Estados miembros e incluyó un Comité de Coordinación integrado por representantes de dichas carteras, una Secretaría Técnica y cinco Grupos Técnicos (GT), dedicados desarrollar las cinco áreas prioritarias de la agenda de salud suramericana: a) vigilancia y control de eventos sanitarios (“escudo epidemiológico suramericano”); b) desarrollo de sistemas de salud universales; c) promoción del acceso universal a los medicamentos y desarrollo de un complejo productivo de la salud en América del Sur; d) promoción de la salud y acción sobre determinantes sociales; e) desarrollo de recursos humanos en salud.

En el análisis de la actuación de UNASUR desde su creación hasta su disolución, es posible ver los tres niveles –nacional, regional y global– en los que operaba este organismo y en los que se promovía también la emergencia, difusión e implementación de parámetros de acción en el campo de la salud (Herrero y Loza, 2018).

La influencia en el nivel nacional se percibe en la medida que se considera que procesos de integración con foco en políticas sociales y soberanía sanitaria regional fortalecen, también, las soberanías sanitarias nacionales de sus países miembros. Este doble ejercicio de la soberanía sanitaria interna y externa establece un mecanismo de resistencia desde la región a medida que refuerza la independencia y la autonomía en salud de los Estados para definir sus propias políticas (Teixeira, 2017). En este sentido, una característica especial de UNASUR ha sido proponer la construcción de una identidad regional sin necesidad de que los países miembros delegaran parte de su soberanía.

En tanto bloque político suramericano, UNASUR no solo ha dado un paso fundamental al considerar a la salud como un derecho humano, sino que a ello se sumó la apuesta por desarrollar una diplomacia sanitaria regional con eje en la Cooperación Sur-Sur y

la proyección de los intereses regionales en ámbitos multilaterales. El modelo de desarrollo propuesto por UNASUR posibilitaba no solo el crecimiento económico de los países, sino también el desarrollo social, la reducción de las desigualdades e inequidades y atender a las necesidades de salud de los pueblos suramericanos (Bermudez, 2017).

Durante los años en que estuvo activa (2008-2018/19), la UNASUR fue un ejemplo de cooperación regional en salud, al avanzar en muchos temas importantes para la región suramericana, a través del mencionado Consejo de Salud y de sus instancias vinculadas, como el ISAGS, los cinco Grupos Técnicos y las seis Redes Estructurantes. Cabe destacar aquí que el ISAGS, cuya sede se encontraba en Río de Janeiro (Brasil), se fundó con la intención de promover una visión sudamericana común y reforzar la reflexión crítica sobre la salud global, aunando posiciones y fomentando un vínculo cooperativo, de tal modo que sus acciones contribuían al desarrollo de la gobernanza y el liderazgo en salud en América del Sur (Vance et al., 2017).

En esa época, el enfrentamiento colectivo de los países a la pandemia de influenza H1N1 y las epidemias de dengue, la organización de acciones comunes contra otras enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes y la preparación colectiva para la eventual llegada del virus Ébola, fueron dirigidos por el Consejo, con el apoyo de las y los jefas y jefes de Estado y a través de centenas de técnicos de los ministerios y sistemas de salud de los Estados miembros (Marchiori Buss y Tobar, 2020). En noviembre de 2009, por ejemplo, el interés por confluir en acciones de vigilancia epidemiológica se vio materializado cuando las autoridades del Consejo, reunidas en Guayaquil, consensuaron estrategias comunes de inmunización frente a la gripe H1N1, ratificaron la decisión de adquirir la vacuna contra el virus a través del Fondo Rotatorio de la OPS y acordaron avanzar en planes de comunicación regionales. La reunión, además, selló un compromiso frente al manejo del dengue, que incluyó la conformación de una Red Sudamericana para la Prevención y Control, la utilización de una única plataforma informática de información

epidemiológica (VIGISAS) y la puesta en común de equipos técnicos de comunicación de riesgo. Otro componente destacado de la agenda epidemiológica fue la puesta en marcha de un incipiente pero estratégico “Programa Suramericano de Inmunizaciones”.

El nivel regional de gobernabilidad actuaba a su vez como una bisagra que permitía la presentación coordinada de iniciativas mundiales. Así, una vez que las iniciativas surgían, algunas de ellas eran llevadas a la esfera global con el objetivo de promover temas específicos en la agenda internacional de salud. Al hacerlo, la UNASUR buscaba hacer oír su voz y obtener prominencia política en términos de diplomacia de la salud, lo cual era central en el proceso de construcción de una identidad regional.

Desde la 63ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de 2010 hasta la 69ª AMS de 2016, los Estados miembros de la UNASUR presentaron treinta y cinco posicionamientos comunes sobre diversos temas; entre ellos, el financiamiento de la OMS, la prevención y control de enfermedades no transmisibles y articulación con espacios regionales y subregionales (Narea y Benzi, 2021). El principal posicionamiento que UNASUR defendió en la AMS estuvo vinculado a los derechos de propiedad intelectual sobre los medicamentos, en particular, a la denuncia de abusos de las compañías farmacéuticas sobre el sistema de patentes, sus efectos sobre el precio de los fármacos y las cargas generadas en los presupuestos de salud de los países. En este mismo capítulo, hacia mediados de 2015, el bloque suramericano puso en marcha el Banco de Precios de Medicamentos, una herramienta de apoyo para la toma de decisiones en los procesos de adquisición y el control de valores de referencia de los mismos.

La agenda alternativa en salud, con enfoque en derechos humanos y reducción de desigualdades, es un legado importante que sigue presente, de alguna manera, en la región. Por ejemplo, un debate fundamental en el seno de UNASUR fue la polémica entre apoyar la iniciativa de Cobertura Universal de la Salud (impulsadas por la OMS y la OPS) o los Sistemas Universales en Salud, entendidos como sistemas públicos, universales y gratuitos. Luego de un debate entre

los países, UNASUR asumió –como una posición– el sistema universal de salud y no la cobertura universal de salud. A partir de ese debate, el bloque elaboró un documento conjunto que se discutió en la reunión de los ministros de la OPS, de manera tal que, finalmente, la OPS terminó incorporando al tema de la cobertura y el acceso universal en su agenda. Así, UNASUR se propuso incidir en las dimensiones materiales del acceso universal a la salud desde una visión que combinaba el enfoque de derechos con el cambio estructural para el desarrollo productivo de las industrias de la salud (Marchiori Buss y Ferreira, 2010).

Los sistemas sanitarios actuales son estructuras complejas que precisan de infraestructuras, insumos y tecnologías diagnóstico-terapéuticas cada vez más especializadas. En este campo, la región arrastra históricamente un marcado déficit en su balanza comercial de insumos y servicios de salud, por lo que uno de los objetivos planteados desde el CSS fue revertir la fuerte dependencia productivo-tecnológica. La propuesta implicaba avanzar progresivamente hacia la producción local y la integración de cadenas de valor regionales en este complejo industrial. En un contexto pandémico, estos hubiera sido un factor clave a los fines de asegurar la provisión de insumos y de vacunas a precios razonables y asequibles para todos los países de la región.

Otro de los legados fundamentales que nos ha dejado UNASUR tiene que ver con mostrar la importancia para la región de contar con recursos propios para financiar sus actividades, basadas no solo en sus capacidades, sino también en sus necesidades. El bloque regional tenía regulaciones estrictas respecto de su financiamiento: los recursos que se manejaban provenían de los Estados miembro y conformaban el Fondo de Iniciativas Comunes (FIC). Por fuera de estos, no permitía ningún tipo de apoyo económico sin la aprobación previa de su Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores (Vance et al., 2017). Esta regulación buscaba proteger las decisiones, acciones y estrategias de la entidad frente a intereses externos que pudieran oponerse al interés público. Este punto no es menor en un contexto

de crisis y emergencias sanitarias, sobre todo de alcance global, donde todos los países han atravesado crisis económicas de considerable envergadura. La región hubiera podido contar con fondos y recursos propios para financiar algunas actividades consideradas como bien público regional y de interés y necesidad para sus países miembros.

Asimismo, cabe destacar que, a través de UNASUR, la CSS se convirtió en una estrategia fundamental. En un contexto de crisis sanitaria global como la que hemos atravesado, hubiera sido muy valiosa la acción coordinada de los países para combatir la epidemia de manera eficaz.

Lamentablemente, los avances en materia de diplomacia sanitaria regional alcanzados a instancias de UNASUR se desarticulaban prácticamente en su totalidad a partir del año 2015, con el inicio del ciclo político conservador en el Cono Sur. La cuasi disolución del bloque suramericano –que en la actualidad conserva solo a Bolivia, Guyana, Surinam y Venezuela como miembros plenos– dejó un vacío institucional que, a la fecha, no ha sido cubierto por ningún otro actor, dando lugar a una serie de respuestas unilaterales que han corrido suertes diversas. Como se explicitará más adelante, las iniciativas del MERCOSUR, por ejemplo, parecen no haber sido suficientes para estructurar una red operativa de vigilancia y respuesta. La CELAC, por su parte, no ha logrado retomar una senda de cooperación regional que permita hacer frente a los desafíos sanitarios locales y globales. Sumado a ello, el estancamiento –e incluso retraimiento– de las acciones de Cooperación Sur-Sur y la crisis del multilateralismo han complicado todavía más el escenario.

Como se ha señalado, la pandemia del COVID-19 ha irrumpido en América del Sur en un contexto de desarticulación de sus mecanismos de integración regional, exponiendo deudas y desafíos pendientes, lo cual lleva por lo tanto a analizar los procesos que han desencadenado esta situación, a partir de examinar cómo han reaccionado otros bloques regionales ante semejante crisis.

Las respuestas del regionalismo sanitario a la pandemia del COVID-19

El espejo de África y Asia

África y Asia representan tres cuartas partes de la población mundial, pese a lo cual solo contabilizaron el 30 % de los casos totales de coronavirus (Balfour, Bomassi y Martinelli, 2022). Más allá del mayor o menor nivel de subregistro de contagios, las experiencias de estas regiones en el manejo de la pandemia son un reflejo de aprendizajes históricos recientes y su correlato en términos de recursos técnicos y prácticas institucionales. Asia tuvo que lidiar con la epidemia del SARS de 2002, de influenza H5N1 en 2005 e influenza H1N1 en 2009. En África, la crisis del Ébola 2013-2014 condujo a la creación en 2017 de los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACDC, por sus siglas en inglés) bajo la órbita de la Unión Africana (UA).

Cuando se declaró la pandemia a principios de 2020, los países africanos se articularon rápidamente para aunar recursos y coordinar la acción externa. La UA convocó a una serie de reuniones de ministros/as de salud y finanzas, y el 5 de marzo de 2020 emitió una Estrategia Continental Conjunta para el brote del COVID-19, a ser llevada adelante por los ACDC. Como primera medida, se dispuso una publicación semanal de *dossiers* informativos para ciudadanos/as y gobiernos por igual sobre varios aspectos de la pandemia. Se instituyó además la Asociación para Acelerar las Pruebas de COVID-19 (PACT), a fin de incrementar rápidamente los testeos a nivel continental. A fines de marzo, la UA estableció un Fondo de Respuesta COVID-19, financiado con contribuciones voluntarias de los Estados miembros, y unos meses después, en agosto de 2020, anunció el lanzamiento del Grupo de Trabajo Africano para la Adquisición de Vacunas (AVATT, por sus siglas en inglés). Dicha iniciativa no fue bien recibida por los donantes extranjeros, quienes cuestionaron la superposición del mecanismo africano con el Fondo de Acceso

Global para Vacunas COVID-19 (en inglés: COVID-19 Vaccines Global Access-COVAX). Sin embargo, hasta octubre de 2021, AVATT había asegurado cuatrocientos millones de dosis de vacunas Johnson y Johnson (a través de una garantía de dos mil millones de dólares provista por el African Export-Import Bank), mientras que el Fondo COVAX había suministrado solo treinta millones de dosis para cuarenta y cuatro países, incumpliendo por lejos el compromiso previo de proveer trescientos cincuenta millones.

A pesar de que el continente africano todavía no ha alcanzado umbrales deseables de vacunación, cada una de estas políticas, nacidas de la necesidad, pero conducentes a la autosuficiencia, han reforzado la soberanía sanitaria regional. En febrero de 2021, la UA expresó su apoyo a la propuesta indo-sudafricana de suspensión de patentes en la OMC. Como corolario, en julio de 2022 el bloque aprobó un nuevo estatuto que permite a los ACDC declarar una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (PHEIC, por sus siglas en inglés) sin que para ello deba intervenir previamente la OMS para activar las respuestas de emergencia dentro del continente.

Con respecto al continente asiático, hacia el mes de abril de 2020 la cohesión de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (en inglés: Association of Southeast Asian Nations o ASEAN) comenzó a dar sus primeros pasos en materia de coordinación regional, y lo hizo a través de estructuras preexistentes como el Consejo de Coordinación de la ASEAN, compuesto por los/as ministro/as de Relaciones Exteriores de cada país, y la Reunión de Ministros/as de Salud de la ASEAN. En la 37ª Cumbre de este organismo del mes de noviembre se formalizó la creación del Fondo de Respuesta al COVID-19 y la Reserva Regional de Suministros Médicos para emergencias de salud pública.

ASEAN ha tenido un lugar protagónico en espacios multilaterales. En su carácter de presidente *pro tempore* de la Asociación y presidente a la sazón del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Vietnam organizó un encuentro de cooperación entre la ASEAN y otros siete miembros no permanentes del Consejo. Ello marcó una

inflexión positiva tras semanas de desencuentros entre los miembros permanentes y sentó las bases para la convocatoria de la primera reunión del órgano de Naciones Unidas relacionada con la pandemia, que concluyó –el 1 de julio de 2020– con la adopción de la Resolución 2532 de llamamiento a un alto el fuego global para posibilitar la entrega de asistencia humanitaria. El reconocimiento internacional de la centralidad de la ASEAN también se materializó por medio de apoyos de donantes externos. China, Japón, Corea del Sur y Canadá, entre otros, contribuyeron con equipamiento médico y recursos financieros para el Fondo de Respuesta (Rollet, 2022).

Un ámbito que no arrojó resultados significativos fue el de la compra conjunta de vacunas, en tanto los países miembros de la Asociación optaron mayormente por suscribir acuerdos bilaterales con los fabricantes. En atención a esa y otras brechas que, por ejemplo, aún limitan la cooperación científico-tecnológica intrarregional, los Estados miembros del bloque crearon en 2021 el Centro de Respuesta a Emergencias de Salud Pública y Enfermedades Emergentes (ACPHEED). Los gobiernos de Japón y Australia se han comprometido a brindar un apoyo de cincuenta millones y quince millones de dólares, respectivamente, para la puesta en funcionamiento del ACPHEED. Dado que el Centro trabajará más allá de la crisis del COVID-19, se espera que todos los Estados miembros contribuyan a sus costos operativos. Más allá de la sostenibilidad financiera, el estilo de toma de decisiones por consenso de la ASEAN y las asimetrías sanitarias entre estados miembros son algunos de los desafíos para el desarrollo futuro del ACPHEED.

La gestión de la pandemia en América Central y el Caribe

Centroamérica y el Caribe presentan algunas experiencias positivas en material de diplomacia sanitaria regional en tiempos de pandemia. El buen desempeño del SICA y de la Comunidad del Caribe (CARICOM) en términos de regionalismo sanitario ha contrastado con el de sus vecinos meridionales, toda vez que las vulnerabilidades

estructurales e incluso los factores políticamente divisivos, como la situación en Nicaragua, no solo no debilitaron la acción colectiva, sino que reforzaron la necesidad de fortalecer la dimensión supranacional en la previsión, prevención y contención del coronavirus.

En América Central el dispositivo institucional regional para la gestión de la crisis se puso rápidamente en marcha. El 20 de febrero de 2020 el secretario general Vinicio Cerezo convocó a una reunión entre las autoridades del SICA, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA). El 12 de marzo, apenas un día después de que la OMS declarase el COVID-19 como pandemia, los jefes de Estado y de gobierno de Honduras, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y el viceprimer ministro de Belice sostuvieron una reunión virtual de urgencia. En estos encuentros se sentaron las bases del “Plan de Contingencia Regional” presentado el 26 de marzo, el cual fue concebido para complementar los esfuerzos nacionales y mitigar los impactos socioeconómicos de la pandemia a través de una erogación del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) de hasta 1.900 millones de dólares –luego incrementado a 2.360 millones– para financiar paquetes de emergencia fiscal, apoyo a los bancos centrales y banca comercial, y también la compra de más de 180.000 kits de pruebas rápidas de laboratorio para el diagnóstico del COVID-19. El Plan incluyó, asimismo, un mecanismo de negociación conjunta para la compra de medicamentos e insumos médicos, un corredor humanitario centroamericano (para garantizar un retorno seguro de los ciudadanos que se encontraban en otro país) y un fondo de emergencia por un millón de dólares para cada país del SICA, solventado por el BCIE. Durante la crisis, la negociación conjunta comenzó a difundirse en foros hemisféricos generando muy buenas repercusiones, hasta el punto de que el gobierno de Ecuador incluso solicitó adherirse al mecanismo.

Como en el caso del ACDC en África, la diplomacia sanitaria regional centroamericana contó con un puntal técnico clave: el Centro

de Coordinación para la Prevención de los Desastres en América Central y República Dominicana (CEPREDENAC). Esta agencia regional para la prevención de desastres naturales trabajó en estrecha relación con el COMISCA a fin de articular a las unidades nacionales de emergencia humanitaria, estructurar una campaña de comunicación para el Caribe y activar las alertas de emergencia en materia de salud pública. La CEPREDENAC desarrolló, además, la Plataforma de Información y Coordinación del SICA para el COVID-19. El SICA también aprobó convenios de financiamiento externo con Taiwán, la Unión Europea y Alemania para el apoyo financiero a micro, pequeñas y medianas empresas de los países centroamericanos, con aportes de más de trescientos cincuenta millones de dólares (Parthenay, 2021; Herrero y Oliveira, 2022). Ello ofrece un buen testimonio de las posibilidades de cooperación bilateral y multilateral que emergen cuando se llevan a la práctica iniciativas sanitarias que poseen economías de escala y consistencia técnica.

Como otro punto destacado de concertación regional, el 17 de marzo de 2020 la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Hacienda o Finanzas del SICA (SE-Cosefin) se reunió con representantes del FMI para transmitir una solicitud de asistencia a los países de la región. Una petición similar fue dirigida al BM. Finalmente, ambas instituciones accederían a suspender temporalmente el pago de la deuda de los países centroamericanos de la Asociación Internacional de Fomento (AIF), Honduras y Nicaragua (Parthenay, 2021). A su vez, el país actualmente gobernado por Daniel Ortega (quien además estuvo presente en la reunión de presidentes del 12 de marzo de 2020) ha sido incluido en estos esquemas de cooperación y coordinación para enfrentar la pandemia a pesar de las profundas diferencias políticas y tensiones con sus pares, lo cual es una muestra más de lo difícil que resulta comprender lo sucedido en América del Sur.

La CARICOM, organización que congrega a la mayor parte del Caribe de habla inglesa junto con Surinam y Haití, tiene en la promoción de la salud pública uno de sus mandatos fundacionales, y cuenta para ello con la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por

sus siglas en inglés), creada en 2011. Incluso antes del anuncio formal de la pandemia por parte de la OMS, CARPHA comenzó a liderar la respuesta a la crisis: el 21 de enero de 2020 activó a su Equipo de Gestión de Incidentes-Respuesta a Emergencias y convocó al Mecanismo Coordinador Regional para la Seguridad Sanitaria (impulsado originalmente para la lucha contra el virus Ébola), integrado por Estados miembros y agencias regionales e internacionales. Desde entonces, CARPHA ha realizado numerosas reuniones con los/as ministros/as de Salud de CARICOM para coordinar acciones nacionales, desarrollar protocolos técnicos (guías para turistas y puertos, algoritmos de rastreo de contactos de personas diagnosticadas, estandarización de pruebas, entre otros), brindar asistencia técnica para los representantes caribeños en las sesiones de la OMS en Ginebra y articular acciones con otras instituciones, en particular con la Agencia Caribeña para el Manejo de Emergencias por Desastres (en inglés, CDEMA) (Ferreira y Melo, 2021). CARPHA también negoció líneas de financiamiento con la Unión Europea (ocho millones de euros), el BM y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Cabe señalar, asimismo, el rol del Banco de Desarrollo del Caribe (CDB, por sus siglas en inglés), que utilizó su Fondo Especial para el Desarrollo con el objetivo de adquirir equipamiento médico. La región del Caribe, que depende en gran medida del turismo, ha sufrido económicamente, pero su desempeño sanitario ha sido comparativamente mejor al del resto de las Américas, logrando una tasa de fallecidos por millón de habitantes tres veces inferior a la del continente (CARPHA, 2022).

***La pandemia irrumpe en una región fragmentada:
el caso de América del Sur***

En el contexto latinoamericano, la experiencia de América del Sur representa prácticamente el negativo del proceso afroasiático, centroamericano y caribeño. La pandemia del COVID-19 sorprendió a la región en un momento de alta fragmentación y de completa jibarización de su agenda programática. La confluencia de un regionalismo

sanitario disfuncional con un escenario suramericano atravesado por brechas estructurales de largo cuño permite empezar a comprender por qué un subcontinente que cuenta con aproximadamente el 5 % de la población mundial ha contabilizado casi una quinta parte del total de infectados y más del 26 % de los fallecidos por el COVID-19 a nivel mundial (Ortiz-Pineda y Sierra-Torres, 2022). El impacto desproporcionado del coronavirus en la porción más austral de las Américas reconoce múltiples factores. La falta de financiamiento de los sistemas nacionales de salud y su segmentación en varios subsistemas dificultó la respuesta coordinada e integral que exigían las circunstancias, en particular en los inicios de la pandemia. En una región caracterizada, además, por amplias desigualdades sociales según estrato socioeconómico, género, etapa del ciclo de vida, condición étnico-racial y estatus migratorio, el virus logró expandirse casi sin cortapisas entre los grupos más vulnerables (Cecchini, 2022). A escala transnacional, el retroceso de la gobernanza regional limitó seriamente la capacidad de emprender acciones colectivas para asegurar una mejor asignación de recursos técnicos y financieros, una más fluida cooperación intersectorial y un mayor poder negociador ante organismos internacionales, terceros Estados y actores privados.

El cuadro de fractura y polarización resultó tan lesivo para los intereses sociosanitarios suramericanos –como paradójico desde un punto de vista histórico– al observar que, hasta mediados de la década de 2010, parecían haberse establecido consensos mínimos para armonizar políticas y definir estrategias comunes en espacios como la UNASUR, mientras otros organismos como el MERCOSUR habían conseguido ampliar sus agendas más allá de lo comercial (Riggirozzi, 2020). Sin embargo, la ola conservadora iniciada en 2015 con el triunfo electoral de Mauricio Macri en la Argentina y profundizada por la ilegítima destitución de Dilma Rousseff en Brasil en 2016, cambiaría radicalmente el sentido político y económico de los procesos de integración. A partir de entonces, la dedicación casi excluyente a la “cuestión Venezuela” junto a la búsqueda de sellar acuerdos de libre

comercio dejaría como saldo un tendal de espacios de coordinación truncos, entre ellos la UNASUR, so pretexto de una supuesta “ideologización” de este organismo y su “carencia de resultados tangibles”. Aquí nace el Foro para el Progreso de América del Sur (PROSUR) y el llamado Grupo de Lima, concebidos en ambos casos para acelerar un cambio de régimen en Caracas. Pese a todos los esfuerzos hemisféricos, lo que sí colapsó fue el proyecto de una arquitectura regional de salud y, con él, cualquier esperanza de contar con una red operativa de vigilancia y respuesta ante emergencias sanitarias. Con la desaparición del Consejo Suramericano de Salud, nada menos que el único órgano con mandato para convocar a todas las autoridades sanitarias de América del Sur, lo que emergió en vísperas de la pandemia fue un esquema institucional fragmentado en parcelas subregionales representadas por MERCOSUR, ORAS-CONHU, la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y, por otro lado, el PROSUR. Este esquema institucional demostró poseer un muy bajo (o nulo) nivel de articulación con los países más australes de la región. El cese de funciones del ISAGS clausuró, a su vez, la posibilidad de contar con una usina de conocimiento técnico, análisis prospectivo y orientación para la toma de decisiones, en momentos en que los ministerios de salud apenas lograban satisfacer las demandas de la gestión diaria y carecían de las herramientas y el tiempo para elaborar líneas de acción estratégicas.

El MERCOSUR –el bloque económico más importante de América Latina– podría haber ofrecido una alternativa para coordinar políticas regionales relacionadas con la salud, el comercio y la movilidad de personas. A pesar de ello, su actuación frente a la crisis sanitaria fue más bien discreta (Tobar y De Souza Minayo, 2021; Álvarez, 2022). En marzo de 2020, los Estados miembros manifestaron su voluntad de facilitar el retorno de los ciudadanos mercosureños a sus países de origen, aunque las intervenciones de repatriación concitaron un bajo nivel de cooperación. Al mes siguiente, fue aprobado un Fondo de Emergencia de dieciséis millones de dólares destinado a la compra de equipamiento y materiales para detección del coronavirus. A

esta austera movilización de recursos financieros se sumarían luego algunas declaraciones de buena voluntad, llamando a compartir información y estadísticas sobre la evolución de la pandemia y a trabajar de manera conjunta y coordinada entre los Estados miembros. Finalmente, a instancias de la Reunión de Ministros de Salud (RMS) y del Subgrupo de Trabajo N° 11 “Salud”, se conformarían estructuras *ad hoc* como el Observatorio Epidemiológico de Fronteras del MERCOSUR y, más recientemente, un Comité *ad hoc* para promover la expansión de la capacidad productiva regional de medicamentos, inmunizantes y tecnologías de salud. Sin embargo, no fue posible institucionalizar un formato de compra conjunta de vacunas, ni tampoco se generaron posiciones comunes intra-MERCOSUR para negociar la distribución de dosis a nivel global.

Pese a todo, las iniciativas del MERCOSUR consiguen sobresalir en comparación con la escasa reacción frente a la pandemia demostrada por el PROSUR, espacio llamado a ser una opción superadora de la “sobreideologizada” UNASUR (Álvarez, 2022). Si bien este foro llegó a posicionarse como el que más veces convocó a sus jefes de Estado para abordar cuestiones relacionadas con el COVID-19 (hacia marzo de 2021 había organizado seis reuniones virtuales de presidentes), ninguna de estas interacciones de alto nivel pudo ir más allá de la creación de mesas de trabajo temáticas, ninguna de las cuales arrojó resultados concretos.

La balcanización de la diplomacia sanitaria regional sudamericana fue uno de los principales determinantes de la disparidad y hasta del antagonismo entre las respuestas nacionales a la pandemia. Esto pudo comprobarse en la asincronía de los cierres de fronteras, las dificultades en armonizar requisitos de ingreso, la ausencia de mecanismos de compra conjunta y la inexistencia de coaliciones negociadoras en los debates sobre propiedad intelectual de las vacunas o criterios adoptados por la iniciativa COVAX. Indudablemente, el negacionismo científico del gobierno de Jair Bolsonaro, sus críticas a las recomendaciones de la OMS y su negativa a adquirir vacunas fabricadas en China marcaron un límite casi inexpugnable a las

posibilidades de confluir con otros países suramericanos (Frenkel y Dasso Martorell, 2021; Álvarez, 2022). Pero la singularidad brasileña, con todas sus implicancias disruptivas, no es suficiente para explicar por qué los otros once países del subcontinente no lograron compartir esfuerzos, criterios o al menos mesas de diálogo que estructuraran estrategias comunes en la lucha contra el COVID-19. A través de la experiencia de Suramérica, es posible justipreciar la gran pérdida que ha significado para la región la disolución de UNASUR, puesto que con él se perdió también la capacidad de articulación con los otros mecanismos regionales. Como consecuencia, se ha producido también una pérdida de posibilidad de ejercicio de la soberanía sanitaria regional, lo que ha implicado a su vez una desarticulación a nivel global.

UNASUR en la pospandemia: ¿una nueva oportunidad se asoma para la integración regional en América del Sur?

Considerando su experiencia previa, la UNASUR podría haber sido la instancia a través de la cual se articularían, en el contexto pandémico, las estrategias de vigilancia epidemiológica y respuesta al COVID-19, además de ser el espacio adecuado para monitorear y compartir información entre los países

En el área de acceso a medicamentos, por ejemplo, proyectos como el banco de precios –puesto en marcha a fines de 2016– y la negociación conjunta de precios de medicamentos de alto costo –desde el 2015– demostraron la importancia de la articulación con el MERCOSUR en un escenario de superposición institucional que resultó benéfica a los países. Dichas iniciativas hubieran sido de gran valor en un contexto de pandemia para ampliar el acceso a vacunas y tratamientos para el COVID-19.

Ahora bien, aun a pesar de la gran pérdida que ha significado la disolución de UNASUR, también es posible afirmar que la experiencia del bloque dejó legados importantes que merecen ser visibilizados ya

que constituyen potentes herramientas, sobre todo en un contexto de pandemia. De hecho, ha sido uno de los mecanismos regionales más activos y efectivos en el área de la salud, especialmente en la defensa de los valores democráticos y la promoción de la participación social en la construcción de políticas sanitarias (Campos, 2017).

Llegados hasta aquí, consideramos entonces que la experiencia de UNASUR ha dejado abierto el camino para revitalizar conceptos como los de “escudo epidemiológico” y de “soberanía sanitaria”, para la construcción de un esquema de integración basado en un regionalismo latinoamericano articulado.

En este sentido, la conformación de un escudo epidemiológico con enfoque sur-sur podría devenir en un dispositivo institucional regional-interregional orientado a dar respuestas –epidemiológicamente adecuadas y políticamente respaldadas– a las epidemias y enfermedades prioritarias en el sur global, acordes a cada contexto sanitario. Este dispositivo debería constituirse de manera interdisciplinaria y multidimensional en torno a una red de vigilancia y respuesta regional, de cara a la construcción de mecanismos de información e intercambio, la sistematización de bases de datos estadísticas y el intercambio de protocolos de actuación coordinada en las distintas instancias del ámbito político-diplomático.

En el campo de la respuesta a emergencias, el concepto de seguridad humana –presentado por Chen y Narasimhan (2003) e instrumentado por Panisset (2018)– podría ser útil en la construcción de un concepto de escudo epidemiológico regional, en la medida que facilite la comprensión sobre el papel diverso de las autoridades e instituciones de las áreas de seguridad y salud pública, para preparar y ejecutar las acciones de respuesta necesarias para enfrentar crisis de salud potencialmente devastadoras (Panisset, 2018).

La conceptualización de este escudo epidemiológico suramericano –en palabras de Marchiori Buss y Tobar (2009)– puede ser considerado como un bien público regional, es decir, aquellos resultados o productos cuyos beneficios traspasan fronteras y están al alcance de todos los grupos poblacionales de la región.

Como vimos, algunas líneas de acción fueron llevadas por los diversos mecanismos de integración regional en América Latina y Caribe. CARICOM, SICA, OTCA, ORAS-CONHU hicieron intercambio de datos y búsqueda de información basada en evidencia. SICA y CARICOM adoptaron mecanismos para negociación conjunta de medicamentos, que ya existían antes de la pandemia. MERCOSUR, por su lado, movilizó fondos regionales para el soporte financiero de emergencia, al igual que el SICA.

No obstante, ningún mecanismo fue capaz de organizar una red de laboratorios nacionales articulada regionalmente, como tampoco lograron movilizar de manera eficaz las redes institucionales ya existentes. Una articulación más efectiva entre los mecanismos de integración regional habría permitido la ampliación del intercambio de datos epidemiológicos y de vigilancia, así como la adopción de incentivos para innovación tecnológica. Las estrategias de negociación y compra conjunta de vacunas y tratamientos para el COVID-19 también se habrían beneficiado enormemente si los mecanismos se hubieran desarrollado de forma articulada.

Los distintos mecanismos regionales han buscado rápidamente impulsar iniciativas para enfrentar la pandemia. Sin embargo, en ausencia de una articulación más abarcativa, integral y horizontal entre los distintos bloques regionales, los resultados no han sido suficientes para encontrar respuestas más efectivas al COVID-19.

A modo de cierre y recomendaciones

El mundo ha logrado emerger del pico de la pandemia, en un contexto aún atravesado por el debilitamiento de las negociaciones multilaterales y por constantes rearrreglos geopolíticos del comercio, la producción, las finanzas y el acceso a bienes y tecnologías estratégicas.

En el escenario actual, y luego de atravesar la peor crisis sanitaria del último siglo, son muchos los desafíos que persisten en América

del Sur en materia de salud internacional. La concertación de posiciones en la arena multilateral y la reconstrucción de capacidades institucionales y materiales son, en ese sentido, fundamentales. Este horizonte programático no está exento de múltiples desafíos, toda vez que el subcontinente parece ingresar una vez más en una etapa de polarización y fuerzas contrarias a la integración, especialmente a partir del triunfo de la ultraderecha en la Argentina y de las crisis institucionales que atraviesan otros países del vecindario. A pesar de estas dificultades, la pospandemia puede ser concebida como una ventana de oportunidad para reconstituir –al menos– los cimientos del regionalismo sanitario sudamericano, para lo cual se sugieren una serie de recomendaciones.

A nivel macro, se estima fundamental *fortalecer la capacidad institucional*, a la vez que establecer mecanismos de consenso y diálogo político, que garanticen la continuidad del bloque, aun en períodos de baja afinidad política. Esto contribuiría a promover acciones colectivas a escala regional y sostenidas en el tiempo, a pesar de los eventuales cambios de signo político. Asimismo, reuniones periódicas de alto nivel y mecanismos de negociación y mediación pueden contribuir a generar espacios de acuerdo.

Otro punto en el que se debería avanzar es en la *participación de la sociedad civil*. Incluir a esta última en los espacios de deliberación y gobernanza puede favorecer la continuidad, transparencia y representatividad en la toma de decisiones, a la vez que se generan grupos de presión con capacidad de movilizar iniciativas y medios para su implementación. Aquí también es fundamental generar canales de comunicación pública para visibilizar las acciones del bloque en la población suramericana y los distintos sectores, incluyendo a sectores científicos y académicos, en especial del sector público. Esto puede contribuir no solo a generar y fortalecer procesos de investigación a nivel regional en clave soberana –es decir, de autodeterminación y emancipación Sur-Sur–, sino también a complementar fuentes de financiamiento públicos.

Otro ámbito en el que UNASUR ha sido efectivo y que es preciso fortalecer consiste en la *complementación de las estructuras existentes de la integración latinoamericana y caribeña*, a través de esquemas de cooperación intrarregional y extrarregional. El establecimiento de alianzas estratégicas con otras organizaciones regionales y multilaterales como la CELAC, el SICA, la CARICOM, la Unión Africana, la ASEAN y los fondos, programas y agencias de Naciones Unidas es fundamental para fortalecer capacidades, complementar recursos e intercambiar buenas prácticas. En este marco, es necesario *desarrollar mecanismos de consensos regionales*, esto es, procesos de concertación a nivel de los diferentes sectores e instancias de decisión dentro de cada Estado (ministerios, sindicatos, sociedad civil, etc.) y entre de los Estados, y la correspondiente formalización de los acuerdos interestatales.

Por supuesto, hay muchos más factores a tener en cuenta (en el área económica, comercial, de infraestructura, defensa, etc.), pero que exceden a este ensayo enfocado en el sector salud.

Esto nos conduce al campo específico de la salud, que incluye, como se ha mencionado, avanzar en la *construcción de un escudo epidemiológico suramericano*. Esto permitiría, en primer lugar, complementar la institucionalidad sanitaria existente; en segundo lugar, fortalecer la vigilancia de enfermedades y los sistemas de alerta temprana para detectar y responder a los brotes, crisis y emergencias; en tercer lugar, fomentar el intercambio de mejores prácticas, experiencias y conocimientos para mejorar la eficacia de las políticas y respuestas de salud. Esto podría llevarse a cabo, por ejemplo, a través de establecer un *Centro de Control y Prevención de Enfermedades*, teniendo en cuenta las experiencias de otros países. El estudio de caso de las modalidades de regionalismo sanitario en Asia y África da cuenta del valor de contar con una estructura capaz de investigar y proporcionar información rápida y precisa sobre procesos de interés para la salud pública a escala regional. El establecimiento de un centro de control de enfermedades es algo que en UNASUR nunca se contempló por distintas razones. Entre ellas, puede destacarse una

apuesta del bloque por priorizar la formación de cuadros técnicos y políticos en la gestión sanitaria a través del ISAGS.

Otro factor importante es la institucionalización del *Fondo financiero de emergencia sudamericano* para la movilización en caso de crisis, que podría complementar la institucionalidad sanitaria. Este punto no ha estado tampoco en la agenda del ISAGS, el cual, por su naturaleza, estuvo mucho más enfocado en el intercambio de conocimiento e investigación en salud.

Con respecto a considerar mecanismos de financiamiento sostenible para iniciativas de salud dentro del bloque, esto podría implicar la exploración de modelos de financiación innovadores para garantizar la viabilidad a largo plazo de los programas de salud, buscando el apoyo de bancos multilaterales de desarrollo y socios triangulares. El relevamiento de las capacidades y los recursos disponibles a nivel nacional y regional, en un contexto de integración y complementación, podría incluso contribuir a generar mecanismos para establecer un fondo público regional para la investigación soberana.

Tal como pudo verse en el accionar de los distintos bloques regionales analizados en este ensayo y las experiencias de otras regiones, otro elemento fundamental es *fortalecer la investigación y el desarrollo colaborativo*.

Se recomienda asimismo *establecer mecanismos de participación de los principales actores locales, en los distintos niveles*: autoridades, universidades, institutos de investigación, instituciones sanitarias y la sociedad civil, en tanto decisores, efectores y/o destinatarios de las actividades en el campo de la salud. La participación de los principales actores involucrados en este proceso de identificación de los problemas de salud y la jerarquización de estos últimos es uno de los ejes fundantes y más complejos, y –por eso– uno de los mayores retos en este proceso de construcción de soberanía sanitaria regional. En efecto, como toda actividad participativa, requiere abrir nuevos ámbitos de encuentro, sobre la base de tiempos, infraestructuras y recursos que deben ser concertados en el contexto de coyunturas políticas y socioeconómicas a veces muy distintas.

Un aspecto muchas veces no tenido en cuenta es la creación de *instancias de monitoreo y evaluación de las iniciativas*, las cuales podrían implementarse, por ejemplo, a través de un Observatorio Público a nivel regional, conformado por distintos sectores, para el monitoreo de las iniciativas regionales, la difusión de avances, publicación de resultados y evaluación del impacto sobre la política pública.

Un punto que la pandemia ha puesto en evidencia es la importancia de establecer *mecanismos y planes para la movilidad rápida e intercambio de la fuerza laboral de salud*, sobre todo en situaciones de crisis y emergencias. Tal como lo ha demostrado la experiencia asiática y africana, es imprescindible promover mecanismos de respuesta a emergencias en salud a través del desarrollo de protocolos para la gestión de emergencias, de la coordinación regional de recursos y del establecimiento de equipos de respuesta rápida para apoyar a los Estados miembros durante crisis de salud o desastres.

Finalmente, se considera imprescindible fomentar la *colaboración con sectores* como la educación, derechos humanos, infraestructura y ambiente, para abordar la multidimensionalidad del desarrollo.

A nivel nacional, es clave promover la articulación entre los ministerios de salud y las cancillerías, por ejemplo, a través de la creación y/o fortalecimiento de áreas de salud internacional, comenzando por una mayor coordinación interinstitucional y la implementación de un plan de profesionalización de los recursos humanos en esta área.

A nivel regional, la reinstauración de un Consejo Ministerial Suramericano podría ser el puntapié inicial para fortalecer, a corto y mediano plazo, la preparación y respuesta ante crisis sanitarias como la del COVID-19. Algunas medidas en esa dirección deberían contemplar el establecimiento de un mecanismo de adquisición conjunta de medicamentos, vacunas e insumos médicos, así como la asociación con bancos regionales de crédito para la obtención de fondos de rápida disponibilidad que permitan hacer frente a emergencias sanitarias.

A nivel interregional, las instancias y espacios de integración como CELAC-China, CELAC-Unión Europea, Foro de Cooperación

Asia del Este y BRICS requieren incorporar áreas de trabajo en salud internacional y movilizar recursos para el desarrollo de plataformas que permitan el intercambio de información y formación técnica a los trabajadores de la salud y otros profesionales dedicados a la gestión socio-sanitaria de las pandemias.

Como último punto, cabe señalar la relevancia de movilizar el debate sobre la reforma de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una cuestión que, si bien no novedosa, se hace cada vez más necesaria. Los países que integraron UNASUR supieron posicionarse fuertemente en la Asamblea Mundial de la Salud respecto a la influencia cada vez más determinante de las contribuciones voluntarias, ya sean privadas o públicas, ya que son las que condicionan fuertemente la agenda global de salud. Menos del 20 % del presupuesto de la OMS está fondeado por aportes obligatorios, mientras que el resto corresponde a unos pocos donantes gubernamentales y privados que constituyen fondos fiduciarios para promover sus agendas particulares sin una discusión abierta. Por tanto, hay una creciente subordinación a las agendas dictadas por las alianzas público-privadas, que nuclea justamente a países de altos ingresos y sus fundaciones filantrópicas. La región debe reimpulsar este debate y posicionarse frente a otro proceso en ciernes: la negociación del tratado sobre preparación y respuesta frente a pandemias en el marco de la OMS, el cual aparece atravesado por los intereses del G7 y el sector privado y filantrópico, por un lado, y por las demandas de los países en desarrollo, quienes corren el riesgo de quedar al margen de las deliberaciones, por otro.

El derecho a la salud debe ser un bien público garantizado por los Estados, por los organismos multilaterales y por los bloques regionales. En un mundo atravesado por fuertes disputas geopolíticas y crisis políticas y financieras, los países de la región no pueden continuar actuando de manera aislada.

¿Podrá UNASUR reconstruir una agenda para la tan debilitada integración suramericana? La pandemia de COVID-19 ha sido una oportunidad perdida en esta dirección. Una nueva oportunidad se asoma.

Bibliografía

Banco Centroamericano de Integración Económica [BCIE] (2020a). Impacto Económico del Covid-19. Una análisis para Centroamérica, Argentina, Colombia y México. https://www.bcie.org/fileadmin/bcie/espanol/archivos/novedades/publicaciones/informe_de_coyuntura/Impacto_economico_del_COVID-19_-_Un_analisis_para_Centroamerica__Argentina__Colombia_y_Mexico.pdf

Banco Centroamericano de Integración Económica [BCIE] (31 de agosto de 2020b). BCIE aprueba US\$400.0 millones para adquisición de vacuna contra la COVID-19 a ocho países del SICA. <https://www.bcie.org/novedades/noticias/articulo/bcie-aprueba-us4000-millones-para-adquisicion-de-vacuna-contra-la-covid-19-a-ocho-paises-del-sica>

Bermudez, Luana (2017). *O Instituto Sul-americano de Governo em Saúde e a Cooperação Sul-Sul* [Dissertação para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública]. Fundação Oswaldo Cruz. Río de Janeiro.

Bianculli, Andrea y Ribeiro Hoffmann, Andrea (2016). Regional Organizations and Social Policy: The Missing Link. En *Regional Organizations and Social Policy in Europe and Latin America A Space for Social Citizenship?* (1-22). Basingstoke: Palgrave Macmillan. http://dx.doi.org/10.1057/9781137490353_1

Bianculli, Andrea y Ribeiro Hoffmann, Andrea (2020). The International. Political Economy of Global Social Policy Governance. En Ernesto Vivares (Ed.), *Routledge Handbook to International Political Economy. Conversations and Inquiries* (637-654). New York/London: Routledge.

Buss, Paulo Marchiori; Ferreira, José Roberto (2010). Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde

e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118

Caribbean Public Health Agency [CARPHA] (2022). Coronavirus Disease. <https://carpha.org/What-We-Do/Public-Health/Novel-Coronavirus>

Cecchini, Simone (2022). Desigualdades estructurales y crisis superpuestas en América Latina y el Caribe. *Documento de Trabajo n° Especial*. Fundación Carolina/ Oxfam Intermón.

Chen, Lincoln y Narasimhan, Vasant (2003). Human Security and Global Health. *Journal of Human Development*, 4(2), 181-190. <https://doi.org/10.1080/1464988032000087532>

Davies, Sara E. y Wenham, Clare (2020). Why the COVID-19 response needs international relations. *International Affairs*, (96), 1227-1251.

Deciancio, Melisa (2016). International Relations from the South: A Regional Research Agenda for Global IR. *International Studies Review*, 18(1), 106-119. doi: <https://doi.org/10.1093/isr/viv020>

Ferrer, Aldo (27 de enero de 2013). Transformaciones de Nuestra América. *El Correo*. <http://www.elcorreo.eu.org/Transformaciones-de-Nuestra-America-Aldo-Ferrer?lang=fr>

Frenkel, Alejandro y Dasso Martorell, Agustina (2021). Pandemia y desintegración regional: la COVID-19 y el retroceso de la comunidad de seguridad sudamericana. *URVIO. Revista Latinoamericana De Estudios De Seguridad*, (31), 25-42. <https://doi.org/10.17141/urvio.31.2021.4987>

Garcia, Patricia J. et al. (2020). COVID-19 Response in Latin America. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(5), 1765-1772. doi: 10.4269/ajtmh.20-0765

Global Preparedness Monitoring Board [GPMB] (2020). *A World at Risk - Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies*. Geneva: WHO.

Grugel, Jean (1996). Latin America and the remaking of the Americas. En Andrew Gamble y Anthony Payne (Eds.), *Regionalism and World Order* (pp. 131-167). London: Macmillan.

Herrero, María Belén (2017). Moving towards a South-South International Health: Debts and challenges in the regional health agenda. *Revista Ciencia e Saude Coletiva*, 22(7), 2169-2174.

Herrero, María Belén y Tussie, Diana (2015). UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. *Global Social Policy*, (15), 261-277.

Herrero, María Belén y Loza, Jorgelina (2018). Building a regional health agenda: a rights-based approach to health in South America. *Global Public Health*, 13(9), 1179-1191.

Herrero, María Belén y Nascimento Lins de Oliveira, Beatriz (2022). COVID- 19 in Latin America and the Caribbean: The visible face of a health regional cooperation in crisis. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 65(1). <https://doi.org/10.1590/00347329202200103>

Marchiori Buss, Paulo y Tobar, Sebastián (2009). Diplomacia en Salud en América del Sur: El Caso de UNA-SUR SALUD. *Revista Argentina de Economía y Ciencias Sociales*, (18), 9-11.

Marchiori Buss, Paulo y Tobar, Sebastián (2020). COVID-19 and opportunities for international cooperation in health. *Cadernos de Saúde Pública*, (36). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00066920>.

Marchiori Buss, Paulo; Alcázar, Santiago y Galvão, Luis Augusto (2020). Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. *Estudos Avançados*, 34(99), 45-64. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.004>

MERCOSUR (2020). Declaración de los Presidentes del MERCOSUR sobre coordinación regional para la contención y mitigación del Coronavirus y su impacto. <https://documentos.mercosur.int/public/reuniones/>

Narea, Marco y Benzi, Daniele (2021). UNASUR Salud: Experiencias y debates al final de un Ciclo. *Aportes para la Integración Latinoamericana*, (27).

Ortiz-Pineda, Pablo A. y Sierra-Torres, Carlos H. (2022). Evolutionary Traits and Genomic Surveillance of SARS-CoV-2 in South America. *Global Health, Epidemiology and Genomics*. <https://doi.org/10.1155/2022/8551576>

Panisset, Ulysses (2018). Segurança humana: inteligência em saúde informada por evidências científicas e recursos humanos. En Roberto Passos Nogueira (Coord.), *Observatório Internacional de Capacidades Humanas Desenvolvimento e Políticas Públicas, Tendências Recentes das Políticas Sociais na América Latina* (pp. 147-180). Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp/Nethis.

Riggiozzi, Pía (2014). Regionalism through social policy: Collective action and health diplomacy in South America. *Economy and Society*, (43), 432-454.

Riggiozzi, Pía (2015). UNASUR: Construcción de una diplomacia regional en materia de salud a través de políticas sociales. *Estudios Internacionales*, 47(181), 29-50. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-3769.2015.36837>

Riggiozzi, Pía (2020). Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina. *Análisis Carolina*, (12), 1-13.

Riggiozzi, Pía y Tussie, Diana (2018). Claves para leer al regionalismo sudamericano: fortaleciendo el estado, regulando el mercado, gestionando autonomía. *Perspectivas. Revista De Ciencias Sociales*, (5), 6-21. <http://hdl.handle.net/2133/11498>

Rodrigues, Gilberto M. A. y Kleiman, Alberto (2020). Covid-19: ¿una nueva oportunidad para el multilateralismo? *Foreign Affairs Latin America*, (20), 36-43.

Rollet, Vincent (2022). ASEAN's "actorness" and "effectiveness" regarding the COVID-19 pandemic. *Regions and Cohesion*, 12(1), 25-53.

Secretaría General Iberoamericana [SEGIB] (2017). *La Cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica*. Washington, D. C.: OPS.

SEGIB (2022) Informe de la Cooperación Sur-Sur y triangular en Iberoamérica 2022. <https://www.segib.org/?document=informe-de-la-cooperacion-sur-sur-y-triangular-en-iberoamerica-2022-y-mensajes-principales>

Teixeira, Mariana Faria (2017). *O Conselho de Saúde da Unasul e os desafios para a construção de soberania sanitária* [Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fundação Oswaldo Cruz

Vance Mafla, Carina; Bermudez, Luana y Nascimento Lins de Oliveira, Beatriz (2016). "La cooperación Sur-Sur en Salud: la experiencia de UNASUR. *Línea Sur. Revista de Política Exterior*, 3(12), 89-102.

UN News (5 de mayo de 2023). WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency. <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>