

Serie: Los desafíos de la cooperación internacional en la respuesta a la COVID-19

#ISGlobal_policy

Equipo de Análisis y Desarrollo Global de ISGlobal

SEPTIEMBRE DE 2022

*Serie: Los desafíos de la cooperación
internacional en la respuesta a la COVID-19*

Policy Brief #1: Vacunas para frenar la pandemia en todo el mundo

Equipo de Análisis y Desarrollo Global de ISGlobal

MAYO DE 2022

#ISGlobal_policy

ÍNDICE

PARTE I. Contexto y antecedentes	4
PARTE II. Los desafíos	5
Sobre el desarrollo y la fabricación de la vacuna y otros productos farmacéuticos contra la COVID-19	6
Sobre el acceso y la distribución de la vacuna	8
PARTE III. Las respuestas	10
Sobre el desarrollo y la producción de vacunas y otras tecnologías para hacer frente a la COVID-19	10
Sobre el acceso y la distribución de la vacuna y otras tecnologías para hacer frente a la COVID-19	11
PARTE IV. El papel de la cooperación descentralizada: argumentos y buenas prácticas...	13
REFERENCIAS	15

PARTE I:

Contexto y antecedentes

La pandemia de COVID-19 que vivimos desde hace más de dos años nos ha hecho testigos de una sucesión de **acontecimientos sin precedentes**. Algunos tienen un carácter dramático que no olvidaremos, como el número de personas muertas y que han sufrido la enfermedad, la caída de la esperanza de vida o el tsunami socioeconómico derivado del frenazo a la economía global. También son dramáticos los efectos colaterales de este virus en la lucha contra otras enfermedades que castigan de manera particular a los países más pobres del planeta.

Otros hitos, sin embargo, pasarán a la historia por su **contribución al progreso de la humanidad**. Desde que el código genético del SARS-CoV-2 fue desvelado hasta la inyección de la primera dosis de la vacuna contra la COVID-19 pasaron solo 333 días.

Pero, a medida que queda atrás el momento más crítico de la emergencia, se hace evidente un legado inquietante y peligroso. El que deja la **inequidad** y la respuesta miope a los desafíos colectivos, que ha tenido un ejemplo dolorosamente destacado en la **distribución de la vacuna**, los diagnósticos y los tratamientos contra el coronavirus, originando algo que el Banco Mundial identifica como “otra pandemia” en su balance de 2021: *“Poco más del 7 % de las personas en los países de ingreso bajo han recibido una dosis de las vacunas en comparación con más del 75% en los países de ingreso alto. Por ello, se necesita un acceso justo y amplio a vacunas eficaces y seguras contra la COVID-19 y así poder salvar vidas y fortalecer la recuperación económica mundial.”*¹.

Este es un **fracaso sin paliativos de la comunidad internacional** del que es necesario aprender para corregir esta deriva. Esto es, precisamente, lo que se está planteando a nivel internacional con una batería de propuestas e iniciativas que proponen **una visión colectiva de la salud global**, una nueva gobernanza para la misma y declaran la necesidad de garantizar la equidad de acceso para todas las personas.² En este ejercicio no sobra nadie, y mucho menos las organizaciones e instituciones del sistema de ayuda al desarrollo que cuentan con capacidades y experiencia en este ámbito, como son las de la cooperación descentralizada española.

Este documento está dedicado al debate sobre el desarrollo, producción, acceso y distribución de las vacunas contra la COVID-19 ya que la **inmunización global** frente a esta nueva enfermedad se identificó, desde el inicio de la pandemia, como la única manera de superarla. Además, este debate encapsula los dilemas, dinámicas y contradicciones que han acabado resultando en una flagrante desigualdad. No obstante, se harán referencias puntuales en el texto a otras herramientas y productos para hacer frente a la enfermedad como los diagnósticos y los tratamientos.

La estructura del trabajo es la siguiente: después de esta **introducción**, la segunda parte hará un repaso de los **principales desafíos** a los que se enfrenta la comunidad internacional en este campo. La parte tercera aborda las **respuestas** que se deberían impulsar para hacer frente a estos desafíos. La parte cuarta, finalmente, ofrece una **visión sobre el papel de la cooperación descentralizada** en todo ello.

“A medida que queda atrás el momento más crítico de la emergencia, se hace evidente un legado inquietante y peligroso. El que deja la inequidad y la respuesta miope a los desafíos colectivos.”

PARTE II:

Los desafíos

Dos años después de las primeras infecciones por COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha autorizado **10 vacunas** para su uso de emergencia frente a la enfermedad. ³ En febrero de 2022 se han administrado **más de 10.000 millones de dosis** de vacunas que han permitido la inmunización de más de 4.000 millones de personas. ⁴ Todo ello supone un hito histórico sin precedentes. ⁵ El fracaso ha sido que el acceso de las personas a las dosis de las vacunas ha dependido esencialmente de la capacidad económica del país en que vivieran.

TABLA 1. Vacunas aprobadas por la OMS para uso de emergencia.

VACUNA	TITULAR	AGENCIA REGULADORA	FECHA DE LA RECOMENDACIÓN
COMIRNATY® [MRNA VACCINE [nucleósido modificado]]	BioNTech Manufacturing GmbH	<u>Agencia Europea de Medicamentos</u>	31 de diciembre de 2020
		<u>Food and Drug Administration (EE. UU.)</u>	16 de julio de 2021
VAXZEVRIA [CHADOXI-S [vector viral]]	AstraZeneca AB / SK Bioscience Co. Ltd	<u>Ministerio de Seguridad Alimentaria y Medicamentos (Corea)</u>	15 de febrero de 2021
		<u>Agencia Europea de Medicamentos</u>	15 de abril de 2021
	AstraZeneca AB	<u>Ministerio de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social (Japón)</u>	9 de julio de 2021
		<u>Therapeutic Goods Administration (Australia)</u>	9 de julio de 2021
		<u>Health Canada</u>	21 de agosto de 2021
		<u>COFEPRIS (DP) (México)</u>	23 de diciembre de 2021
		<u>ANMAT (DS) (Argentina)</u>	
COVISHIELD™ [CHADOXI-S [vector viral]]	Serum Institute of India Pvt. Ltd	<u>Organización Central de Control de Medicamentos (India)</u>	15 de febrero de 2021
[AD26.CO2-S [vector viral]]	Janssen–Cilag International NV	<u>Agencia Europea del Medicamento</u>	12 de marzo de 2021
SPIKEVAX ARN MENSAJERO [nucleósido modificado]]	Moderna Biotech	<u>Agencia Europea del Medicamento</u>	30 de abril de 2021
		<u>Ministerio de Seguridad Alimentaria y Medicamentos (Corea)</u>	23 de diciembre de 2021
	ModernaTX, Inc	<u>Food and Drug Administration (EE. UU.)</u>	6 de agosto de 2021

“Han sido fundamentalmente cuatro los desafíos enfrentados: el desarrollo de las vacunas, su fabricación, el acceso y la distribución de las mismas.”

VACUNA	TITULAR	AGENCIA REGULADORA	FECHA DE LA RECOMENDACIÓN
[AD26.COVS-2-S [vector viral]]	Beijing Institute of Biological Products Co., Ltd. (BIBP)	<u>Asociación Nacional de Medicamentos (China)</u>	7 de mayo de 2021
CORONAVAC [vector viral]	Sinovac Life Sciences Co., Ltd	<u>Asociación Nacional de Medicamentos (China)</u>	1 de junio de 2021
COVAXIN [®]	Bharat Biotech International Ltd	<u>Organización Central de Control de Medicamentos (India)</u>	3 de noviembre de 2021 <i>Suspensión del suministro</i>
COVOVAX [™]	Serum Institute of India Pvt. Ltd	<u>Organización Central de Control de Medicamentos (India)</u>	17 de diciembre de 2021
NUVAXOVID [™]	Novavax CZ a.s.	<u>Agencia Europea del Medicamento</u>	20 de diciembre de 2021

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Lista de vacunas para uso de emergencia frente a la COVID-19 (en inglés): <https://extranet.who.int/pqweb/vaccines/vaccinesCOVID-19-vaccine-eul-issued>. Última consulta 6 de abril de 2022.

Han sido fundamentalmente cuatro los desafíos enfrentados: el desarrollo de las vacunas, su fabricación, el acceso y la distribución de las mismas.

Sobre el desarrollo y la fabricación de la vacuna y otros productos farmacéuticos contra la COVID-19

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 transformó en realidad una amenaza de la que ya se había advertido con contundencia. ⁶ Todas las recomendaciones para hacer frente a la misma han resultado clave al hacer frente a la pandemia. Entre las mismas cabe destacar la de poner en marcha un sistema para **compartir la secuencia genómica de los nuevos patógenos**. A pesar de las dudas generadas por la falta de transparencia de las autoridades chinas en los primeros momentos del brote, el personal científico de este país hizo pública la secuencia del SARS-CoV-2 el 11 de enero de 2020. ⁷ Este hecho fue esencial para lanzar el desarrollo de las vacunas.

Las **inversiones para el desarrollo de vacunas** frente a la COVID-19 se produjeron de manera acelerada durante el año 2020. Se cifra en 93.000 millones de euros la cantidad de dinero que el sector público dedicó al desarrollo fundamentalmente de vacunas (95% del total frente al 5% para tratamientos). ⁸ La mayor parte de esta inversión, según el estudio realizado, se canalizó a través de inversiones y pagos anticipados a las compañías desarrolladoras a cambio de derechos de compra de las vacunas que finalmente superaran todas las fases de ensayo clínico y fueran autorizadas. Algo sobre lo que no había certezas en el momento de realizar estas inversiones y que está en la base del **acaparamiento de vacunas** que se ha acabado produciendo por parte de los países de mayores recursos. Ante la falta de certidumbre sobre el éxito de las vacunas en las que se estaba invirtiendo, se llevaron a cabo inversiones y compras de varias candidatas que, al irse aprobando por las autoridades sanitarias, fueron llegando a los países que acumularon un número de dosis varias veces superior al necesario para inmunizar a su población, como sucedió con la Unión Europea (UE) y Canadá.

“Los intereses de la industria no han sido los únicos que han tenido impacto al abordar el desafío de la producción de vacunas. Los cuellos de botella han hecho, durante una buena parte de 2021, que las vacunas frente a la COVID-19 fueran un bien escaso que ha llegado a hacer de ellas una clave geopolítica.”

El segundo gran desafío para la inmunización global frente a la COVID-19 ha sido la **producción de vacunas**. Para hacer frente a la pandemia global y abastecer de dosis de vacunas a toda la población mundial era necesario incrementar a niveles nunca vistos la capacidad de producción mundial, no solo de vacunas sino también de viales, jeringuillas y los dispositivos para su correcta conservación y transporte.

A comienzos de 2021, cuando las primeras vacunas empezaron a autorizarse, se puso de manifiesto la existencia de un auténtico cuello de botella en la producción a escala, derivado de la producción del suero. De entrada, porque por más que la necesidad de incrementar esta capacidad impere, se trata de **un sofisticado proceso** que debe cumplir con todas las especificaciones de las autoridades sanitarias, y poner en marcha este tipo de instalaciones requiere tiempo, dinero y personal cualificado.

Pero se trata de un problema con más aristas. No hay datos disponibles sobre la capacidad global de producción de vacunas antes de la pandemia,⁹ lo que hace que haya sido la industria farmacéutica la principal responsable de llevar a cabo las estimaciones de producción. Según un informe del movimiento global “The People’s Vaccine” las capacidades de producción se sobreestimaron. El informe argumenta que estas **estimaciones infladas** tenían por objetivo demostrar la suficiencia de la capacidad de la industria. Con ello buscaban frenar las crecientes demandas en favor de la exención temporal de las normas de propiedad intelectual sobre las **patentes** de las vacunas, promovidas por los gobiernos de India y Sudáfrica ante la Organización Mundial del Comercio. La industria y numerosos países de altos ingresos (la propia UE) se oponen a esta iniciativa. Supondría la transferencia de conocimientos, así como un buen número de las patentes necesarias para fabricación de las vacunas frente a la SARS-CoV-2, a empresas con instalaciones ya existentes dedicadas a la producción de otros medicamentos y vacunas (sobre todo en países de renta media). De ahí el **lento avance de las negociaciones** en torno a esta iniciativa: además de la frontal oposición de actores fundamentales, deben alcanzarse acuerdos en una gran cantidad de aspectos concretos. Ya llegan tarde para responder a la actual pandemia, pero pueden resultar fundamentales para la próxima.

“Sin duda, el cierre de fronteras a las exportaciones de vacunas que ha tenido un mayor impacto a nivel global ha sido el de India. Se trata del país que más vacunas produce y exporta a los países de menos ingresos.”

Pero los **intereses de la industria** no han sido los únicos que han tenido impacto al abordar el desafío de la producción de vacunas. Los cuellos de botella han hecho, durante una buena parte de 2021, que las vacunas frente a la COVID-19 fueran un bien escaso que ha llegado a hacer de ellas una **clave geopolítica**. Hay cuatro elementos a destacar en este sentido:

- Los **países de mayores recursos** han abogado internacionalmente por una respuesta global a la pandemia, mientras priorizaban la adquisición de vacunas para su propia población.
- **EE. UU.** se ha sumado al concierto multilateral con el cambio en su presidencia. Sin embargo, la respuesta inicial de la administración Trump centrada en el propio país hizo que en el momento de producirse la transición ya se hubiera vacunado a una buena parte de las y los estadounidenses.
- Este vacío internacional dejado en un primer momento por la principal potencia económica mundial fue aprovechado por otras potencias como **China** y **Rusia** para **expandir su influencia internacional** llegando a acuerdos para suministrar la vacunas desarrolladas y producidas en ambos a países, sobre todo los de renta media, que quedaron en el limbo de no poder competir con los de mayores ingresos en el mercado de las primeras vacunas producidas ni entrar en los mecanismos de donación para los países de menores ingresos.

- Pero, sin duda, el cierre de fronteras a las exportaciones de vacunas que ha tenido un mayor impacto a nivel global ha sido el de **India**. Se trata del país que más vacunas produce y exporta a los países de menos ingresos.¹⁰ El Serum Institute es el principal productor mundial de vacunas y había alcanzado un acuerdo con la iniciativa COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access) para la producción de un importante volumen de vacunas de AstraZeneca. La variante delta del SARS-CoV-2 tuvo una incidencia en India demoledora, lo que llevó al gobierno a priorizar la inmunización de su población prohibiendo la salida del país de las dosis producidas, reproduciendo lo que habían hecho los países con mayores recursos.

Sobre el acceso y la distribución de la vacuna

La **falta de equidad** en el acceso a las dosis de las vacunas es la culminación de la serie de problemas que se han señalado en el apartado anterior. Pocas cosas lo ilustran mejor que la puesta en marcha y evolución experimentada por COVAX. En mayo de 2020 la OMS y la UE lanzaron la iniciativa multilateral ACT-A¹¹ con el objetivo de hacer equitativo el acceso a las tecnologías para hacer frente a la COVID-19: tratamientos, vacunas y diagnósticos, además de un fortalecimiento de los sistemas de salud liderado por el Banco Mundial. Se puso al frente de sus diferentes pilares, con un mandato limitado al tiempo de pandemia, a las organizaciones multilaterales que en los últimos 20 años han respondido a los principales desafíos de la salud en el ámbito del desarrollo. A su financiación se llamó a los principales donantes de Ayuda Oficial al Desarrollo y también al sector privado. COVAX es el pilar de vacunas de esta iniciativa.

El apoyo al pilar de vacunas ha concentrado notablemente la respuesta multilateral a la COVID-19. Lo lideran la OMS, CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations), UNICEF y la Alianza Global para la Inmunización (GAVI), esta última la organización que gestiona la adquisición y entrega de vacunas. La UE, a través del programa Equipo Europa (*Team Europe*), ha movilizado una gran cantidad de recursos comunitarios, incluidos los de sus Estados miembros. También han contribuido las instituciones financieras de desarrollo. Por último, cabe señalar como un hito los aportes que han hecho los gobiernos de Comunidades Autónomas como Cataluña, Euskadi y Extremadura, que figuran en su lista de **donantes**.

COVAX ha tenido que adaptarse a necesidades muy concretas desde que fue creada. Se planteó originalmente como un mecanismo de intermediación global para la adquisición de vacunas. En su diseño original se propone, por un lado, el **Compromiso Avanzado de Mercado** (*Advanced Market Commitment, AMC*), un fondo de donación para la compra anticipada de dosis de vacunas para los 92 países que se consideran elegibles por ser de menores ingresos. Incluye una reserva humanitaria para las situaciones de emergencia y población desplazada. Por otro lado, se planteaba otro instrumento para que los países con mayores recursos denominados “**economías autofinanciadas**” adquirieran las dosis de las vacunas para inmunizar a su población. A este último mecanismo de autofinanciación se acogieron muy pocos países, y la ambiciosa aspiración inicial no llegó a ser una opción real.

Los países de mayores ingresos ya estaban negociando bilateral o regionalmente con la industria farmacéutica.¹² De hecho, la respuesta regional a la adquisición de vacunas ha sido seguida también en **América Latina**, bajo el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud, a través del Fondo Rotatorio para la Inmunización ya existente; y la Unión Africana a través del Equipo de adquisición de vacunas para **África** (AVATT por sus siglas en inglés), una alianza con el Banco Mundial para adquirir y distribuir vacunas a 400 millones de personas.¹³

“Durante 2021 los cuellos de botella en la producción afectaron sobremanera a la iniciativa COVAX. Mientras tanto, los países de mayores recursos empezaron a contar con excedentes de dosis de las vacunas que recibían. La donación de dosis fue ganando entidad a lo largo del año.”

“El papel que ha acabado desempeñando la iniciativa COVAX ha contribuido de manera importante a alcanzar los 1.000 millones de dosis distribuidas en 144 países a mediados de enero de 2022. Este hito innegable queda lejos, sin embargo, del objetivo de 1.425 millones de dosis para 2021.”

Durante 2021 los **cuellos de botella** en la producción afectaron sobremanera a la iniciativa COVAX. Mientras tanto, los países de mayores recursos empezaron a contar con **excedentes** de dosis de las vacunas que recibían. La donación de dosis fue ganando entidad a lo largo del año como respuesta a la flagrante falta de acceso de los países de menos recursos. **España** y sus diferentes administraciones fue uno de los primeros países en comprometerse en este sentido y ya en enero de 2021 se aprobó el *Plan de acceso universal*, para compartir vacunas frente a la COVID-19.¹⁴ Estas donaciones se han podido realizar bilateralmente o bien a través de la iniciativa COVAX, mejor preparada para llevar a cabo la entrega a los países receptores. Más de la mitad de las dosis de vacunas donadas se canalizarán a través de esta iniciativa que a comienzos de febrero de 2022 ya había distribuido más de 500 millones de dosis donadas.¹⁵

Este papel que ha acabado desempeñando la iniciativa ha contribuido de manera importante a alcanzar los **1.000 millones de dosis distribuidas** en 144 países a mediados de enero de 2022. Este hito innegable queda lejos, sin embargo, del **objetivo de 1.425 millones de dosis** para 2021 que se estableció en el mes de septiembre.¹⁶ Pero la distribución de dosis donadas no se preveía originalmente en el diseño de la iniciativa y ha exigido una adaptación para poder llevarla a cabo con solvencia. Así, por ejemplo, se han desarrollado unas **pautas para la donación de vacunas** que prevean y traten de evitar la caducidad de las dosis o que lleguen a los países receptores sin tiempo para su distribución.¹⁷ La **anticipación** es fundamental para que los países puedan poner en marcha sus campañas de vacunación.

Se prevé que hasta junio se envíen 1.500 millones de dosis por parte de COVAX a los países receptores, por lo que empieza una **nueva fase de distribución de la vacuna** a la población. Ahora mismo, y una vez se vislumbra el final del problema de falta de acceso a las dosis, esta distribución representa el principal desafío y puede ser el principal obstáculo para lograr el 40% de la población vacunada en estos países para el verano.¹⁸ **Los sistemas de salud de estos países** son frágiles tanto en recursos como en personal sanitario. Hace falta aumentar la capacidad de almacenamiento, reforzar las cadenas de frío, el transporte, los centros de vacunación y las plantillas de personal de salud, además de conseguir todo el material necesario, desde jeringas hasta desechables para llevar la vacuna al brazo de millones de personas. Finalmente, al hablar del desafío de la distribución de vacunas, hay que mencionar un factor realmente importante en el que no se va a profundizar en este documento. Se trata del **rechazo a las vacunas** por parte de la población de los países receptores, una circunstancia de sobra conocida para las organizaciones que operan en terreno agravada por la pandemia. Movilizados por las redes, los mensajes negativos llegan a todos los rincones y el hecho de que en algunos casos se piense que están llegando las dosis que no queremos aquí, todavía genera más resistencia. La complejidad y vigencia de este tema merece futuros análisis en profundidad.

PARTE III:

Las respuestas

Este documento aborda el reto de la inmunización ante la COVID-19 desde una perspectiva global, por lo que las respuestas que se ofrecen a continuación son fundamentalmente **multilaterales**. A las mismas están llamados a hacer contribuciones todos los actores posibles, tanto públicos como privados. Estas contribuciones no son solo **económicas**, también deben ser expresión de un **compromiso político firme** ya que, de las mismas, además, debe resultar una visión común de salud que responda a los desafíos de la pandemia y prevenga nuevos riesgos globales. Esta visión debe estar apoyada en una sólida gobernanza y en la financiación y distribución de vacunas y otras tecnologías para hacer frente a las epidemias con perspectiva global. Este punto debe ser la base de la lucha contra la pandemia y puede ayudar a restablecer la confianza entre el Norte y el Sur global. Estas son algunas de las cuestiones más destacadas:

Sobre el desarrollo y la producción de vacunas y otras tecnologías para hacer frente a la COVID-19

“Las contribuciones económicas de actores públicos y privados deben ser expresión de un compromiso político firme ya que, de ellas, además, debe resultar una visión común de salud que responda a los desafíos de la pandemia y prevenga nuevos riesgos globales.”

- Incrementar la **inversión pública en ciencia e innovación** definiendo una política pública que entre sus objetivos fije la generación y transferencia de conocimiento para la contribución a los bienes públicos globales.
- Liderar el debate sobre la **reforma del modelo de investigación y acceso a medicamentos esenciales**, alineados con los objetivos de interés público. Los Estados deben garantizar con su inversión actividades de investigación que estén en la base de los avances que permiten el desarrollo de estos productos. Para incentivar al sector privado se podrían considerar propuestas como el modelo de proveedor preferente propuesto por ISGlobal.¹⁹
- Promover la creación e incentivar la participación de actores, tanto públicos como privados, en las plataformas de conocimiento compartido. En particular:
 - **C-TAP (COVID-19 TECHNOLOGY ACCESS POOL)**. Esta iniciativa se lanzó por la OMS en mayo de 2020 como un banco de conocimiento y datos a nivel global en el que compartir también la propiedad intelectual de productos.²⁰ La primera, y hasta el momento única licencia ha sido la acordada en noviembre con el Centro Superior de Investigaciones Científicas de España sobre un test serológico de anticuerpos para la COVID-19.²¹ El Gobierno de España venía expresando su compromiso con esta iniciativa desde el mes de mayo promoviendo internacionalmente la iniciativa “Vacunas para todos”.²² Recientemente, más de una veintena de organizaciones de la sociedad civil se

han dirigido al gobierno solicitando la firma de una nueva licencia con C-TAP para la vacuna HIPRA.²³

- **CENTRO DE TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA ARNM DE SUDÁFRICA.**²⁴ Se trata de un consorcio liderado por la OMS, cuyo objetivo es compartir tecnología para la producción de las vacunas de ARN mensajero en los países de ingresos medios y bajos. La UE a través del trabajo conjunto del “Equipo Europa” es el principal contribuyente de esta iniciativa. En el contexto de la cumbre entre la Unión Africana y la UE en el mes de febrero de 2022, la OMS anunció que los seis primeros países africanos en recibir esta tecnología serían Egipto, Kenia, Nigeria, Senegal, Sudáfrica y Túnez.

“Apoyar la suspensión temporal de algunos de los derechos de propiedad intelectual presentada ante la Organización Mundial del Comercio que impiden la producción a escala de las vacunas contra COVID-19.”

- Apoyar la **suspensión temporal de algunos de los derechos de propiedad intelectual** presentada ante la Organización Mundial del Comercio que impiden la producción a escala de las vacunas contra COVID-19. La urgencia de alcanzar un consenso que haga posible esta suspensión también se recogía en la iniciativa del gobierno “Vacunas para todos”. En este sentido también se manifestó el Gobierno vasco con la firma el 25 de mayo de 2021 de la “Declaración vasca a favor de la suspensión temporal de las patentes de las vacunas para la COVID-19”.²⁵ Si bien esta propuesta llega tarde para la respuesta a la actual pandemia, es fundamental disponer de un marco de referencia que permita hacer de esta exención una posibilidad que pueda activarse de manera efectiva ante futuras crisis.

Sobre el acceso y la distribución de la vacuna y otras tecnologías para hacer frente a la COVID-19

- Mantener e incrementar las contribuciones económicas y de dosis a la **iniciativa COVAX**. Contribuir con ello a alcanzar el objetivo fijado por la OMS de alcanzar el 70% de la población mundial vacunada para mediados de 2022.²⁶ En el mes de enero de 2022, COVAX hizo pública la necesidad de recaudar 5.200 millones de dólares para la financiación del mecanismo de donación de dosis destinada a los países de ingresos medios y bajos. De esta cantidad 1.000 millones de dólares se destinarán al apoyo a los países receptores para la distribución de vacunas a su población. Ante esta llamada, los donantes ya han comprometido 192 millones de dólares incluidos 3 millones y medio por parte del Gobierno de España.²⁷
- Contribuir más allá de lo económico, mediante la **transferencia de conocimiento y capacitación**, al esfuerzo global encaminado a fortalecer las capacidades de los países receptores de vacunas para el despliegue más efectivo posible de sus campañas de vacunación.
- Valorar la realización de contribuciones al **resto de pilares de la iniciativa ACT-A**. A finales del mes de octubre, la iniciativa hizo públicos su presupuesto y plan de acción hasta el próximo septiembre de 2022. Además de los objetivos de vacunación, se fijan los de incrementar las tasas de **diagnóstico** a 1 de cada 1.000 personas al día, y tratar hasta 120 millones de personas enfermas de COVID-19 con **terapias** ya existentes y futuras. Para el pilar llamado “conector” de los sistemas de salud de la iniciativa, se estiman necesarios 5.900 millones de dólares para proporcionar **equipos de protección** para 2.700.000 trabajadoras y trabajadores sanitarios.²⁸

“Hay que hacer cómplice al conjunto de la población de la necesidad de que ante una próxima pandemia se logre un acceso más equitativo a nivel global, desde su consideración como un bien común.”

- Contribuir a la **información y sensibilización de la población** en torno a la importancia de que todo el planeta disfrute de un acceso equitativo a las vacunas. Se trata de una cuestión tan delicada como importante: vivimos en la parte del mundo que ha tenido un acceso privilegiado a las vacunas frente a la COVID-19.
 - Tanto las **AUTORIDADES ESTATALES** como la mayoría de las **AUTONÓMICAS** han mostrado un firme compromiso con la donación de dosis de las vacunas antes que muchos países de nuestro entorno. Antes incluso de que pudiera hablarse propiamente de excedentes, ya que, en el mes de abril, durante la Cumbre Iberoamericana, el Presidente del Gobierno anunció la donación a los países de América Latina de 7,5 millones de las dosis de vacunas correspondientes a España cuando se alcanzara la vacunación del 50% de la población española.²⁹ Hay que hacer cómplice al conjunto de la población de la necesidad de que ante una próxima pandemia se logre un acceso más equitativo a nivel global, desde su consideración como un bien común. Y esto es particularmente importante en un momento en el que se debate sobre las dosis de refuerzo de la vacuna mucho más allá de las recomendaciones de la ciencia.

PARTE IV:

El papel de la cooperación descentralizada: argumentos y buenas prácticas

En la respuesta a los desafíos sobre el desarrollo y la producción puede parecer que no existe una conexión lineal con las competencias y capacidades de las **Comunidades Autónomas**, algo que no es necesariamente así. La apuesta por la ciencia y la innovación, así como la vocación de compartir el conocimiento generado en plataformas e iniciativas internacionales está al alcance de todas las administraciones públicas. Además, hay debates de fondo planteados en torno a los modelos de innovación y acceso a tecnología sanitaria; el sistema vigente de protección de la propiedad intelectual; o la necesidad de ampliar y extender la muy fuertemente localizada capacidad de fabricación de estos productos. En estos debates hay que incorporar el mayor número de voces que sea posible y las administraciones más cercanas al territorio y la ciudadanía tienen una perspectiva importante que aportar.

En el ámbito del acceso y distribución de las vacunas, hay **dos grandes áreas** en las que las Comunidades Autónomas pueden contribuir a la vacunación de alcance global. La primera es **incorporándose a las iniciativas multilaterales** de respuesta conjunta donde ya contamos con algunos precedentes:

- En el ámbito estatal, las administraciones autonómicas están presentes en el Comité de Coordinación del Plan de Vacunación Solidaria puesto en marcha por el Gobierno de España.³⁰
- En el ámbito multilateral, los gobiernos de las Comunidades Autónomas han contribuido a la donación de dosis de las vacunas a través de UNICEF. Además, como se ha señalado, los gobiernos de Cataluña, Euskadi y Extremadura han realizado aportaciones directas a COVAX que suman más de un millón de dólares.³¹ En el encuentro de Comunidades Autónomas y cooperación celebrado en Extremadura en el mes de noviembre, la declaración final recogía el compromiso de crear un fondo de 2.649.400 euros.³²

La segunda área es la **transferencia de conocimiento** para garantizar el éxito de la estrategia de inmunización. Este es un valor añadido importante de las Comunidades Autónomas para afrontar el principal desafío actual que es la distribución de la vacuna entre la población: pueden impulsar la transferencia de conocimiento, experiencia y capacidades que han hecho posible el éxito de la campaña de vacunación frente a la COVID-19 en España. Son los servicios autonómicos de salud los que han gestionado este trabajo, por lo que sus aprendizajes cobran especial importancia de cara a completar un esfuerzo global. Esta experiencia se concreta en capacidad de asistencia técnica en:

- Planificación y desarrollo de los programas de vacunación en los países prioritarios de cooperación.
- Desarrollar las capacidades de los sistemas de salud para la distribución segura y completa de las vacunas, diagnósticos y tratamientos.
- Formación en las comunidades de destino para evitar la resistencia a la vacunación.

“La apuesta por la ciencia y la innovación, así como la vocación de compartir el conocimiento generado en plataformas e iniciativas internacionales está al alcance de todas las administraciones públicas.”

Esta idea de transferencia de conocimiento y capacidades técnicas y de gestión sanitaria como clave de la cooperación en el sector de la salud se repetirá en los diferentes documentos de la serie, pero en el caso de la campaña de vacunación hay un valor añadido y un reconocimiento internacional que impulse **programas específicos liderados por las Comunidades Autónomas** a los que contribuyan tanto sus servicios de salud como sus agencias u órganos de cooperación internacional.

Finalmente, en el apartado de respuestas se ha identificado una labor compleja y delicada de información y sensibilización a la opinión pública que encaja perfectamente en uno de los ámbitos más característicos de la cooperación autonómica como es la **Educación para la Ciudadanía Global**.

REFERENCIAS

1. Resumen del año 2021 en 11 gráficos: la pandemia de la desigualdad. Banco Mundial. Diciembre 2021: www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/12/20/year-2021-in-review-the-inequality-pandemic (Última consulta 22 de febrero de 2022)
2. Declaración de Roma. Cumbre de salud global. 21 de mayo de 2021 (versión en inglés): global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en (Última consulta 22 de febrero de 2022)
3. Organización Mundial de la Salud. Lista de vacunas para uso de emergencia frente a la COVID-19 (en inglés): extranet.who.int/pqweb/vaccines/vaccinesCOVID-19-vaccine-eul-issued (Última consulta 22 de febrero de 2022)
4. Organización Mundial de la Salud. Tablero COVID-19 (en inglés): covid19.who.int/ (Última consulta 22 de febrero de 2022)
5. Glassman, Amanda, Charles Kenny y George Yang. *COVID-19 vaccine development and rollout in historical perspective*. Center for Global Development. Febrero 2022: www.cgdev.org/publication/COVID-19-vaccine-development-and-rollout-historical-perspective (Última consulta 22 de febrero de 2022)
6. Un mundo en peligro. Informe anual sobre la preparación mundial para las emergencias sanitarias. Junta de vigilancia mundial de la preparación. Septiembre de 2019. (Resumen ejecutivo en español): www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/annual-reports/gpmb-2019-execsum-annualreport-es.pdf?sfvrsn=52ccc8_3 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
7. Cohen, Jon. Chinese researchers reveal draft genome of virus implicated in Wuhan pneumonia outbreak. *Science*. 11 de enero de 2020: www.science.org/content/article/chinese-researchers-reveal-draft-genome-virus-implicated-wuhan-pneumonia-outbreak (Última consulta 22 de febrero de 2022)
8. Governments Spent at Least €93bn on COVID-19 Vaccines and Therapeutics During the Last 11 Months. *BusinessWire*. 11 de enero de 2021: www.businesswire.com/news/home/20210110005098/en/Governments-Spent-at-Least-%E2%82%AC93bn-on-COVID-19-Vaccines-and-Therapeutics-During-the-Last-11-Months (Última consulta 22 de febrero de 2022)
9. Guetta-Jeanrenaud, Lionel, Niclas Poitiers y Reinhilde Veugelers. A world divided: global vaccine trade and production, *Bruegel*, 20 de julio de 2021: www.bruegel.org/2021/07/a-world-divided-global-vaccine-trade-and-production/ (Última consulta 22 de febrero de 2022)
10. Ver nota anterior.
11. Organización Mundial de la Salud. Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19: www.who.int/es/initiatives/act-accelerator (Última consulta 22 de febrero de 2022)
12. Un mes después de liderar el lanzamiento de la iniciativa ACT-A, la Unión Europea adoptaba su propia estrategia global de vacunación centralizando en la Comisión Europea la negociación y adquisición de dosis para todos sus Estados miembros. Estrategia de la UE para las vacunas contra la COVID-19. Comunicación de la

- Comisión Europea. 17 de junio de 2020:
eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DCo245&from
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 13.** El Banco Mundial y la Unión Africana se unen para apoyar la vacunación rápida de hasta 400 millones de personas en África. Banco Mundial. 21 de junio de 2021:
www.bancomundial.org/es/news/press-release/2021/06/21/world-bank-and-african-union-team-up-to-support-rapid-vaccination-for-up-to-400-million-people-in-africa
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 14.** Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación y el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Plan de Acceso Universal: Compartiendo las Vacunas contra la COVID-19. Enero de 2021:
www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/ElMinisterioInforma/Documents/PLAN%20ACCESO%20UNIVERSAL-1.pdf
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 15.** COVAX crosses milestone of 500 million donated doses shipped to 105 countries. GAVI. 4 de febrero de 2022:
www.gavi.org/news/media-room/covax-crosses-milestone-500-million-donated-doses-shipped-105-countries
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 16.** Ver nota 14.
- 17.** Principles for sharing COVID-19 vaccine doses with COVAX. Versión 2. COVAX. Febrero 2022:
www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/COVAX_Principles-COVID-19-Vaccine-Doses-COVAX.pdf
 (Última consulta 22 de febrero de 2022).
- 18.** Break Covid now. The GAVI COVAX AMC investment opportunity. COVAX. Febrero 2022:
www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/Gavi-COVAX-AMC-2022-IO.pdf
 (Última consulta 22 de febrero de 2022).
- Además de para COVAX, esta también es una prioridad para los países donantes. En el caso de EE. UU. en diciembre del año pasado su agencia de cooperación internacional, USAID, anunció la puesta en marcha de la iniciativa “Global VAX” con este objetivo al que lleva dedicados 1.700 millones de dólares, gran parte de ellos a través de COVAX. Global VAX: A New ‘Initiative for Global Vaccine Access’ To Accelerate U.S.Vaccine Delivery Assistance Around the World. USAID. Diciembre 2021:
www.usaid.gov/sites/default/files/documents/Global_Vax_Factsheet_v2.pdf
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 19.** Adrián Alonso, Marina Espriu, Joan Bigorra, Rafael Vilasanjuan y Gonzalo Fanjul. “COVID-19 y la reforma del sistema de I+D biomédico: propuesta para un modelo de proveedor preferente-4S”. Documento de trabajo de ISGlobal. Junio 2021:
www.isglobal.org/-/COVID-19-y-la-reforma-del-sistema-de-i-d-biomedico-propuesta-para-un-modelo-de-proveedor-preferente
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 20.** Organización Mundial de la Salud. Plataforma de acceso a la tecnología frente a la COVID-19 (en inglés):
www.who.int/initiatives/COVID-19-technology-access-pool
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 21.** Organización Mundial de la Salud. WHO and MPP announce the first transparent, global, non-exclusive license for a COVID-19 technology. 23 de noviembre de 2021:
www.who.int/news/item/23-11-2021-who-and-mpp-announce-the-first-transparent-global-non-exclusive-licence-for-a-COVID-19-technology
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 22.** Iniciativa “Vacunas para todos”. Non-paper español. Mayo 2021:
www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/070521-Vacunas_para_todos.pdf
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 23.** Carta abierta al gobierno de 22 de febrero de 2022:
https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2022/02/Vacunas_Hipra_CSIC_Presidente_Pub.pdf
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 24.** Organización Mundial de la Salud. Centro de transferencia de tecnología ARNm (en inglés):
<https://www.who.int/initiatives/the-mrna-vaccine-technology-transfer-hub>
 (Última consulta 22 de febrero de 2022)

- 25.** Declaración vasca a favor de la suspensión temporal de las patentes de las vacunas para la COVID-19: bideoak2.euskadi.eus/2021/05/25/news_69297/DECLARACION_SUSPENSION_TEMPORAL.pdf (Última consulta 15 de marzo de 2022)
- 26.** Organización Mundial de la Salud. Strategy to achieve global COVID-19 vaccination by mid-2022. Octubre 2021: cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/COVID-19/strategy-to-achieve-global-COVID-19-vaccination-by-mid-2022
- 27.** GAVI. World leaders launch calls for renewed support for vaccination in 2022 as part of the global fight against COVID-19. 19 de enero de 2022: www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-launch-call-renewed-support-vaccination-2022-part-global-fight (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 28.** Jenny Lei Ravelo. ACT-A launches new plan amid persistent challenges. Devex. 28 de octubre de 2021: www.devex.com/news/act-a-launches-new-plan-amid-persistent-challenges-101922?access_key=&utm_source=nl_newswire&utm_term=article&utm_content=text&mkt_tok=Njg1LUtCTCo3NjUAAAGAArHvwhdEdMP8viwP1mdQ-Ci54rYfUsCDVoIuHI1591cIbPIG5L8FSszh1yDdENfklNC_1GamT4YsmS4KcShMfec3XK6u8E3kp9QPcdJgTv256go (Última consulta 22 de febrero de 2022).
- 29.** La Moncloa. España enviará 7,5 millones de vacunas a América Latina a medida que avance la campaña de vacunación nacional. 21 de abril de 2021: www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2021/210421-sanchezcumbre.aspx (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 30.** Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación y el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Plan de Acceso Universal: Compartiendo las Vacunas contra el COVID-19. Enero de 2021: www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/ElMinisterioInforma/Documents/PLAN%20ACCESO%20UNIVERSAL-1.pdf (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 31.** GAVI. Key Outcomes One World Protected - COVAX AMC Summit. Noviembre 2021: www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/COVAX-AMC-Donors-Table.pdf (Última consulta 22 de febrero de 2022)
- 32.** Declaración conjunta del XIV encuentro de Comunidades Autónomas y cooperación para el desarrollo. Extremadura 2021. Noviembre 2021: www.euskadi.eus/contenidos/nota_prensa/xiv_encuentro_ccaa/es_def/adjuntos/DECLARACION-CONJUNTA-XIV-ENCUENTRO-CCAA-2021.pdf (Última consulta 22 de febrero de 2022)

*Serie: Los desafíos de la cooperación
internacional en la respuesta a la COVID-19*

Policy Brief #2: Sistemas de salud, COVID-19 y cooperación descentralizada

Equipo de Análisis y Desarrollo Global de ISGlobal

MAYO DE 2022

#ISGlobal_policy

ÍNDICE

PARTE I. Introducción	20
PARTE II. Los sistemas de salud en los países de ingreso bajo y medio	21
PARTE III. El impacto del coronavirus sobre los sistemas de salud y el desarrollo sostenible	23
¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en los sistemas sanitarios?	24
¿Qué se debe hacer ahora para reconstruir estos sistemas sanitarios?	25
PARTE IV. ¿Cómo pueden contribuir las comunidades autónomas al fortalecimiento de los sistemas de salud tras la pandemia de COVID-19?	26
REFERENCIAS	29

PARTE I:

Introducción

En mayo de 2021, **India** sufría una enorme crisis sanitaria derivada de la **falta de bombonas de oxígeno** para satisfacer la desmedida demanda generada por el SARS-CoV-2, poniendo de manifiesto la imposibilidad de su sistema sanitario para hacer frente a la pandemia de COVID-19 y demostrando la importancia de una sólida infraestructura de salud para manejar emergencias sanitarias con éxito. ¹

India se convirtió en el símbolo de un problema mucho más extendido. La pandemia de SARS-CoV-2 ha puesto a prueba a los sistemas sanitarios de todo el mundo, revelando las debilidades inherentes al modelo sanitario previo, y también las que aparecen en contexto de **países de bajos ingresos**. Si bien todos los sistemas han sufrido en mayor o menor medida, son los de estos últimos países los que se han visto más desbordados y, por tanto, los que necesitan urgentemente una reconstrucción basada en un modelo racional y resiliente que logre hacer frente a emergencias en salud. **Un sistema sanitario sólido es esencial para enfrentar amenazas y riesgos en salud**, ya que representa la vanguardia de la respuesta a través de: el aumento de sus capacidades para cubrir nuevas necesidades sin dejar de lado sus funciones anteriores; ser el centro de distribución de la información y los protocolos sanitarios; proporcionar medicamentos y tecnologías sanitarias; y, coordinar a los actores clave. Esta importancia se ha visto validada durante la pandemia, ya que los países con sistemas sanitarios más sólidos son los que la han gestionado mejor.

En este contexto, resulta fundamental una **alianza de salud global** que ayude a reconstruir y reforzar los sistemas sanitarios de los países más vulnerables, para aumentar su resiliencia y preparación ante futuras emergencias en salud. ² El **propósito de este documento** es detallar las características de los sistemas sanitarios en países de ingresos bajos y medios, explicar cómo la COVID-19 les ha afectado y qué se puede hacer desde la cooperación para ayudar a su mejora y desarrollo. Su **estructura** es la siguiente: tras esta introducción, la parte segunda aborda la fragilidad de los sistemas de salud en el mundo en desarrollo. A continuación, la parte tercera describe el impacto que la crisis múltiple del coronavirus ha tenido en estos sistemas, y cuáles son las prioridades para reconstruirlos. La parte cuarta, finalmente, se centra en el valor añadido de las agencias de la cooperación descentralizada en este esfuerzo.

“El propósito de este documento es detallar las características de los sistemas sanitarios en países de ingresos bajos y medios, explicar cómo la COVID-19 les ha afectado y qué se puede hacer desde la cooperación para ayudar a su mejora y desarrollo.”

PARTE II:

Los sistemas de salud en los países de ingreso bajo y medio

El **objetivo de un sistema de salud** es la mejora de la salud de la población, a través de servicios preventivos y curativos, la protección y promoción de la salud, la preparación ante emergencias y la acción intersectorial.³ Sin embargo, los sistemas de salud también forman parte del **tejido social** de cualquier país, apuntalando valores que van más allá de la atención sanitaria, como la equidad o la justicia.⁴ Un sistema de salud puede entenderse como un conjunto de **seis funciones**:

- Provisión de servicios.
- Recursos humanos.
- Sistemas de información.
- Tecnología y productos médicos, vacunas.
- Financiación.
- Liderazgo/gobernanza.

“Estos sistemas de salud tienen debilidades específicas vinculadas a una escasa cobertura de servicios y de protección financiera que, en general, los hacen más vulnerables ante disrupciones que afecten a la salud, sea una emergencia sanitaria o de otro tipo, como un desastre natural dado.”

Los sistemas de salud en los países de ingresos bajos y medios cuentan con una **cierta estabilidad y sostenibilidad** gracias a sólidas redes comunitarias o una simbiosis con tratamientos y procedimientos tradicionales. Además, en algunos casos, cuentan con experiencia y recursos limitados para enfrentar situaciones epidémicas concretas. Por otro lado, tienen **debilidades específicas** vinculadas a una escasa cobertura de servicios y de protección financiera que, en general, los hacen más vulnerables ante disrupciones que afecten a la salud, sea una emergencia sanitaria o de otro tipo, como un desastre natural dado. Esta **falta de protección financiera** significa que aproximadamente 100 millones de personas caen por debajo del umbral de la pobreza cada año como consecuencia de los pagos de su asistencia sanitaria y muchas más no buscarán asistencia porque carecen de los fondos necesarios.⁵

Las **principales deficiencias** de estos sistemas pueden categorizarse de la siguiente manera:⁶

- **Relacionados con la comunidad:** barreras físicas, financieras o sociales para el uso de intervenciones efectivas.
- **Provisión de servicios:** falta de personal, que además suele estar poco remunerado, falta de infraestructura y equipamiento.
- **Políticas de salud:** excesiva centralización del sistema, poca regulación del sector privado.
- **Política gubernamental:** excesiva burocratización.
- **Ambiente político:** corrupción, censura.

- **Ambiente físico:** teniendo en cuenta las débiles capacidades, recursos e infraestructuras queda condicionada de partida la predisposición climática y geográfica a determinadas enfermedades o a catástrofes naturales.
- **Contexto global:** gobernanza fracturada de la salud global, migración de personal cualificado a países de altos ingresos.

Aunque existen mecanismos locales, nacionales e internacionales de preparación y respuesta a emergencias en salud, la mayoría de estos sistemas, pese a su voluntad de resiliencia, no cuentan con recursos y capacidades que aumentan la vulnerabilidad ante disrupciones.

La resiliencia de los sistemas de salud tiene que ver con su capacidad para prepararse y responder eficazmente a las crisis, manteniendo sus funciones básicas y reorganizándose si las condiciones lo requieren. Los sistemas de salud son resilientes si protegen la vida humana y producen buenos resultados de salud para todos durante una crisis y después de ella.⁷ La resiliencia de un sistema sanitario depende, en gran medida, de cuatro **factores**:⁸

- **Gobernanza:** liderazgo, coordinación, cultura organizacional, sistemas de información, vigilancia epidemiológica.
- **Financiación:** recursos monetarios y flexibilidad para redistribuirlos, amplia cobertura en salud (idealmente Cobertura Universal de Salud).
- **Recursos:** humanos y físicos, y capacidad para incrementarlos.
- **Provisión de servicios:** con una aproximación flexible y alternativas para la asistencia.

Recientes estudios realizados durante la pandemia de COVID-19 dan pistas sobre **cómo reforzar la resiliencia de estos sistemas de salud**, como un fortalecimiento de las relaciones bilaterales entre países o mecanismos para mejorar la motivación y facilitar los cambios entre profesionales sanitarios.⁹

CUADRO 1. La Cobertura Universal de Salud.¹⁰

La Cobertura Universal de Salud significa que **todas las personas y comunidades** reciben los servicios sanitarios que necesitan sin sufrir dificultades económicas para sufragarlos. Incluye **todo el espectro de servicios sanitarios** esenciales y de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo de la vida. Para lograr este objetivo, es primordial un sistema de salud sólido y resiliente, además de un personal sanitario y asistencial adecuado, competente y con derechos laborales robustos. La Cobertura Universal de Salud es una de las metas del **Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de la Agenda 2030**.

¿Se puede medir la Cobertura Universal de Salud?

El seguimiento de los avances en este sentido debe centrarse en dos aspectos:

- La proporción de la población que puede acceder a servicios sanitarios esenciales de calidad [ODS 3.8.1]
- La proporción de la población que gasta una gran cantidad de ingresos familiares en salud [ODS 3.8.2].

Medir la equidad, tanto en la cobertura de salud como en otros ámbitos [el socioeconómico, por ejemplo] también es fundamental para entender quién se está quedando atrás, dónde y por qué.

Muchos países ya están avanzando hacia la Cobertura Universal de Salud, aunque en todas partes **la pandemia ha afectado** a la capacidad de los sistemas sanitarios para prestar servicios de salud sin disrupciones. Todos los países pueden y deben tomar medidas para avanzar más rápidamente hacia la Cobertura Universal de Salud a pesar de los reveses de la COVID-19, o para mantener los avances que ya han conseguido.

PARTE III:

El impacto del coronavirus sobre los sistemas de salud y el desarrollo sostenible

“Los países que han logrado una mejor gestión de la pandemia hasta ahora han sido aquellos con sistemas de salud sólidos, cobertura universal de salud y un alto índice de resiliencia.”

La llegada de la pandemia de COVID-19 ha supuesto **un desafío sin precedentes** para los sistemas de salud. Los países que han logrado una mejor gestión de la pandemia hasta ahora han sido aquellos con sistemas de salud sólidos, cobertura universal de salud y un alto índice de resiliencia.¹¹ Esto demuestra la gran importancia de los sistemas de salud en el contexto de la pandemia y como elemento clave en la planificación para futuras emergencias sanitarias. (Ver Cuadro 2)

CUADRO 2. ¿Por qué son importantes los sistemas de salud en el contexto de la pandemia?

Existen diversos factores que explican por qué los países con sistemas sanitarios mejor financiados y con coberturas más amplias han hecho frente a la pandemia de manera más exitosa. El primero, y más evidente, es que un sistema de salud sólido tiene la capacidad de **ejercer liderazgo en la respuesta**, y actuar como centro de coordinación del resto de los actores, especialmente desde la rama de Salud Pública.

Esta solidez puede tener **efectos directos** sobre la salud, como cuando los sistemas sanitarios resilientes aumentan sus capacidades para hacer frente a los pacientes COVID-19 sin dejar de lado todas las patologías que venían tratando anteriormente. Sin embargo, también existen **efectos indirectos** sobre la salud: un sistema sanitario fuerte y equitativo palia en gran medida las consecuencias de las desigualdades sociales que hacen que las personas de niveles socioeconómicos más bajos, con patologías crónicas, con enfermedades mentales, diversidad de funcionalidades físicas u orgánicas, etc. sufran peores consecuencias en salud por la pandemia. Aquí es fundamental la cobertura sanitaria universal [Ver Cuadro 1] y el fortalecimiento de la atención primaria y la salud pública, lo cual exige un amplio gasto en salud que garantice la financiación del sistema.

Un sistema sanitario equitativo y bien financiado está más preparado para hacer frente a emergencias sanitarias, especialmente si tiene planes específicos de Preparación y Respuesta que le otorguen resiliencia ante disrupciones en salud [Ver Policy Brief #3: *Prevención y respuesta ante nuevas emergencias sanitarias. El papel de la cooperación descentralizada*].

¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en los sistemas sanitarios?

La pandemia ha afectado enormemente a los objetivos de salud de prácticamente todas las naciones. Este impacto ha sido cualitativamente distinto en países de ingresos altos y en países de ingresos medios y bajos. Mientras que para los primeros la pandemia ha sido la primera crisis de estas características en un siglo, muchos países en vías de desarrollo ya tenían **experiencia enfrentando emergencias sanitarias**. Esa experiencia ha contribuido a paliar, en parte, algunos de los efectos más graves que se preveían sobre estos sistemas sanitarios.

Los efectos de esta crisis sanitaria sobre los sistemas de salud son variados y complejos:

- Por un lado, la COVID-19 ha tenido efectos directos sobre la salud de la población en forma de **exceso de morbimortalidad**, lo cual ha sobrecargado en gran medida al sistema sanitario.
- Además, esta sobrecarga ha afectado colateralmente al resto de patologías, debido al desvío de recursos hacia la respuesta a la pandemia: una infraestructura y un personal sanitario sobrecargado y dedicado casi exclusivamente a la COVID-19 ha dejado **desatendidas incontables patologías crónicas**, lo cual a su vez sobrecarga más el sistema y añade morbimortalidad adicional, con elevada incidencia para las mujeres.
- Por último, la pandemia **ha empeorado las desigualdades** en diferentes ámbitos, lo cual se correlaciona con peores resultados en salud para la población más vulnerable, que busca ayuda en el sistema sanitario y se suma a la sobrecarga existente.

“El impacto directo e indirecto de la pandemia sobre la salud es evidente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que se han visto afectados en el transcurso de la pandemia. El impacto más claro es en el ODS 3, que tiene que ver con garantizar una vida saludable, pero los efectos de la pandemia pueden notarse en prácticamente todas las metas que se habían propuesto para 2030.”

Esta disrupción sobre la actividad de los sistemas sanitarios tendrá **consecuencias a largo plazo**: en los países de altos ingresos, se estima que las consultas médicas no relacionadas con COVID-19 han disminuido hasta en un 50%, lo cual se traducirá en un **aumento de patología derivada de esta desatención**. Para los sistemas de salud más vulnerables y menos resilientes, esta interrupción de sus servicios ha sido aún mayor. Además, se pronostica que las **enfermedades mentales** serán la primera causa de morbimortalidad a nivel mundial en 2030, en parte debido al daño que la crisis de COVID-19 ha causado en la salud mental de la población.¹² A esto se une el enorme **impacto económico de la pandemia**, que ha sido especialmente intenso en los países de ingresos medios y bajos.¹³

Este impacto directo e indirecto sobre la salud es evidente en los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, que se han visto afectados en el transcurso de la pandemia. El impacto más claro es en el ODS 3, que tiene que ver con garantizar una vida saludable, pero los efectos de la pandemia pueden notarse en prácticamente todas las metas que se habían propuesto para 2030. Por ejemplo, el **aumento del desempleo** repercutirá en el ámbito del ODS 8 (sobre el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos), pero también en el ODS 1 (la lucha contra la pobreza), el ODS 2 (la erradicación del hambre, la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición), el ODS 5 (la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas), y las metas 5.2, 8.7 y 16.2, sobre la trata y la explotación de personas. Asimismo, la pandemia **ha acentuado las desigualdades** existentes en las sociedades, así como las vulnerabilidades de ciertos grupos de población, y en consecuencia puede retrasar la consecución del ODS 10, que busca reducir las desigualdades entre y dentro de los países.¹⁴ Por otro lado, la pandemia ha supuesto el **aumento de los desechos sanitarios**, especialmente las mascarillas y los equipos de protección individual, lo que repercute en aquellos ODS que se centran en el cuidado de los sistemas naturales, como el ODS 13 (Acción por el clima) y el ODS 14 (Vida submarina).

¿Qué se debe hacer ahora para reconstruir estos sistemas sanitarios?

La COVID-19 ha demostrado la importancia de contar con sistemas sanitarios robustos y resilientes para hacer frente a crisis sanitarias. Además, ha supuesto un impacto enorme en los sistemas de los países más vulnerables, y ha afectado especialmente a sus objetivos en salud. Sin embargo, estos sistemas ya tenían **problemas previos a la pandemia** que les restaban capacidad para hacer frente a amenazas para la salud, y que la COVID-19 ha agravado. Por ello, es esencial tener en cuenta tanto la base sobre la que se construyeron estos sistemas como los daños que han sufrido durante esta crisis global, para poder **diseñar planes de recuperación y reconstrucción que aborden en profundidad las fallas** que afectan a su capacidad de preparación y respuesta ante emergencias, así como a su funcionamiento cotidiano.

“En este momento resulta fundamental repensar el modelo de cooperación para reorientar esfuerzos hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud, ayudando a estos Estados a ganar eficiencia y efectividad en la consecución de sus objetivos de salud y la resiliencia ante emergencias de salud.”

En este contexto es fundamental **reforzar y reconsiderar los mecanismos de cooperación internacional**. Tradicionalmente, la cooperación en materia de salud se ha focalizado en la financiación de programas verticales específicamente diseñados para lidiar con una enfermedad concreta (si bien la cooperación descentralizada siempre ha tenido objetivos estructurales, como la potenciación de servicios comunitarios o el refuerzo de la atención primaria).¹⁵ En este momento resulta fundamental repensar el modelo de cooperación para **reorientar esfuerzos hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud**, ayudando a estos Estados a ganar eficiencia y efectividad en la consecución de sus objetivos de salud y la resiliencia ante emergencias de salud. Además, las capacidades económicas e institucionales de los países deben ser consideradas cuidadosamente para **determinar si lo que se necesita es cooperación técnica, institucional y/o financiera**.

CUADRO 3. Aportaciones de la cooperación multilateral a los sistemas sanitarios de países de ingresos medios y bajos.

Las iniciativas multilaterales de salud global se han convertido en **actores muy relevantes** para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Desde la creación de las primeras iniciativas a comienzos de los 2000 han evolucionado e incorporado a sus objetivos específicos de intervención el fortalecimiento de los sistemas nacionales y comunitarios de salud de los países en los que operan:

- **Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria:** cuenta con un programa de financiación de “Sistemas para la salud resilientes y sostenibles [SSRS]” al que pueden aplicar los Estados para solicitar esta inversión. Este programa forma parte de la estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: *Invertir para poner fin a las epidemias* y precede a la crisis del SARS-CoV-2.¹⁶ Además, como parte de la iniciativa ACT-Accelerator de respuesta a la pandemia, lidera tanto el pilar de diagnósticos como el conector de sistemas de salud.
- **GAVI:** uno de sus objetivos fundamentales se relaciona con la equidad, y pasa por el fortalecimiento de los sistemas sanitarios de los países beneficiarios para asegurar una correcta inmunización de la población.¹⁷
- **The Global Financing Facility:** este partenariado global, encabezado por el Banco Mundial, tiene entre sus objetivos mejorar los sistemas sanitarios de los países de bajos ingresos como medio para mejorar la salud de mujeres, infancia y adolescencia. Entre los diversos programas que apoya están algunos destinados a mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios.^{18, 19}
- **EBC Coalition:** la coalición “Every Breath Counts” contra la neumonía realiza una amplia labor de incidencia por la cobertura sanitaria universal y la mejora de los sistemas sanitarios más vulnerables.²⁰

PARTE IV:

¿Cómo pueden contribuir las comunidades autónomas al fortalecimiento de los sistemas de salud tras la pandemia de COVID-19?

“La cooperación descentralizada se encuentra en un momento de transición para consolidar un nuevo modelo de cooperación donde, además de promover recursos, aspira a movilizar sus propias capacidades y experiencia técnica con gran potencial para contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud.”

Según los últimos datos actualizados por el Comité de Ayuda para el Desarrollo (CAD), el 24% de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española destinada a cooperación sanitaria corresponde a la cooperación descentralizada, con un total de **43,2 millones de euros**; aumenta en 2,1 millones de euros con respecto al año anterior.²¹ Estos números permiten visibilizar la **apuesta de la cooperación descentralizada por la salud**: salud sexual y reproductiva, nutrición, investigación médica, prevención, educación, comunicación y fortalecimiento de los sistemas de salud, entre otros. La crisis global generada por la COVID-19 refuerza la necesidad de considerar este tipo de intervenciones en todas las líneas de acción humanitaria y desarrollo.

El aporte sustancial en materia de salud de la cooperación descentralizada se basa en su experiencia en la gestión de diferentes competencias en materia de salud, la extensión de derechos de ciudadanía y su capacidad para forjar alianzas para la localización de los ODS. La cooperación que realizan las **regiones, diputaciones y ayuntamientos** tiene un gran potencial para fortalecer la dimensión local y descentralizada de las políticas de salud global, construyendo nuevas narrativas en torno a su singularidad y valor añadido:

- Las **comunidades autónomas** son las administraciones que gestionan directamente los sistemas de salud en España. Esta competencia es la clave de sus potenciales aportaciones al fortalecimiento de los sistemas de salud de los países de menos recursos. Adicionalmente, la cooperación internacional representa una oportunidad para que las comunidades autónomas incorporen nuevos conocimientos y experiencias de los territorios con los que trabajan, que luego pueden aplicar en su gestión directa de la salud de la población.
- A través de sus **agencias de desarrollo y direcciones de cooperación internacional**, atesoran el conocimiento de la realidad de estos territorios y la experiencia de trabajo conjunto desde hace varias décadas. De nuevo, esto representa una oportunidad tanto para aportar como para aprender de otros modelos de salud con una perspectiva más integrada con la comunidad, como es el caso en muchos países de ingresos medios y bajos.

Un ejemplo reciente de colaboración, en este caso entre las unidades administrativas de una misma comunidad autónoma, lo ofrece **Euskadi**. En julio de 2020 se suscribió un convenio entre el Servicio Vasco de Salud, la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo-eLankidetzta y Médicos sin Fronteras para apoyar una delegación médica vasca en Perú como parte de la respuesta a la emergencia de la COVID-19. Con este

convenio se respondía a una solicitud del Ministerio de Salud del Gobierno de **Perú** para que el personal sanitario pudiera compartir su conocimiento y experiencia en la respuesta a la pandemia. A partir de esta experiencia, en junio de 2021 se suscribió un protocolo general de actuaciones entre el Servicio Vasco de Salud y la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo, con el objetivo de “definir las áreas de interés común en materia de cooperación sanitaria, y posteriormente, llevar a cabo iniciativas, acciones, proyectos y programas de cooperación técnica que respondan a las necesidades de las poblaciones de los países empobrecidos del Sur y contribuyan a la consecución de la cobertura sanitaria universal”.

“La apuesta de la cooperación andaluza por la salud incluye el apoyo a los países centroamericanos con un nuevo acuerdo con el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) a través del Programa de cooperación técnica de la Junta de Andalucía con el Sistema de la Integración Centroamericana ante la COVID-19.”

Otra experiencia a destacar sería la del **Servicio Andaluz de Salud**, que promueve la cooperación al desarrollo colaborando con entidades sin ánimo de lucro y facilitando la incorporación de profesionales a proyectos específicos. Lo hace mediante licencia retribuida a sus profesionales para que puedan ausentarse de su puesto habitual de trabajo y viajen al país de destino en donde se desarrolla el proyecto. La apuesta de la cooperación andaluza por la salud incluye el apoyo a los países centroamericanos con un nuevo acuerdo con el **Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)** a través del *Programa de cooperación técnica de la Junta de Andalucía con el Sistema de la Integración Centroamericana ante la COVID-19*. Este acuerdo permite apoyar a los sistemas de salud pública de los ocho Estados miembros del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), en colaboración con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la Universidad de Málaga y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud Centroamericanos (SE-COMISCA). El acuerdo permite establecer una relación de colaboración y cooperación entre sistemas de salud que fomenta el intercambio y transferencia de conocimiento especializado y facilita la transferencia tecnológica hospitalaria para la prestación de un tratamiento sanitario a las personas afectadas por la COVID-19. El programa incluye la transferencia de la patente de los respiradores desarrollados por la Universidad de Málaga y la transferencia de conocimiento y experiencia en la aplicación, además de la donación de 130 respiradores.

Estos casos muestran experiencias concretas de la cooperación descentralizada, a partir de las capacidades del personal sanitario de las comunidades autónomas. Es importante señalar, no obstante, que estos marcos de coordinación entre administraciones, y dentro de una misma administración autonómica, son el resultado de una **voluntad de colaboración previa**. Estas experiencias muestran que es posible superar dificultades concretas para maximizar las contribuciones de las cooperaciones autonómicas y el conjunto de la Cooperación Española al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Estos serían los principales retos identificados:

- **La priorización del sector de la salud en la cooperación descentralizada.** La pandemia ha revitalizado la importancia de un sector que ha ido perdiendo peso específico –como ocurre con la Cooperación Española y otras– a lo largo de los últimos años. Su éxito depende en parte del éxito en otras prioridades como el agua y saneamiento o la igualdad de género.
- **Dentro de las administraciones autonómicas falta una visión integrada** de todas sus capacidades e iniciativas de cooperación en el sector salud, que incluya a todos sus actores: universidades, hospitales, colegios profesionales sanitarios y centros de investigación.
- Más allá del ámbito de la acción humanitaria, donde hay una sólida experiencia al respecto, existe una **dificultad de coordinación entre la cooperación descentralizada y la Cooperación Española**, que afecta también al ámbito específico de la salud. Un ejemplo reciente ilustra todas estas potencialidades:

los Equipos START, promovidos desde la Oficina de Acción Humanitaria de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Se trata del Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta a Emergencias (START, en sus siglas en inglés), certificado por la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea, e integrado en sus mecanismos de respuesta humanitaria de emergencia. Este equipo está diseñado para desplegar en 72 horas un hospital de campaña con quirófano y lo forman fundamentalmente personal sanitario del sistema de salud pública español, además de personas expertas en logística y acción humanitaria. Todo ello pasa por la existencia de un convenio que permite poner a disposición de este equipo el personal sanitario que trabaja en las comunidades autónomas.

- No existe una sistematización de las posibilidades **para que el personal sanitario se implique** (desde su periodo mismo de formación) en iniciativas y proyectos de cooperación internacional, sin menoscabo alguno de sus condiciones laborales o itinerarios curriculares.

“La pandemia de la COVID-19 ha hecho de la salud una prioridad a nivel global. España ha logrado cierto prestigio a través de su respuesta a esta crisis, especialmente desde la campaña de vacunación. Esta respuesta hubiese sido imposible sin los servicios autonómicos de salud.”

La pandemia de la COVID-19 ha hecho de **la salud una prioridad a nivel global**. España ha logrado cierto prestigio a través de su respuesta a esta crisis, especialmente desde la campaña de vacunación. Esta respuesta hubiese sido imposible sin los servicios autonómicos de salud. Por otro lado, y al igual que el sistema sanitario, el sistema de cooperación español se caracteriza por su descentralización. A pesar de esta singularidad, las comunidades autónomas y ayuntamientos españoles no han elaborado una narrativa propia sobre sus políticas de cooperación internacional y su conexión con ese valor añadido de gestión propia de políticas públicas. La cooperación descentralizada se encuentra en un **momento de transición** para consolidar un nuevo modelo de cooperación donde, además de promover recursos, aspira a movilizar sus propias capacidades y experiencia técnica con gran potencial para contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud. En este contexto de reforma del sistema de cooperación –nacional y de algunas autonomías– se abre **una oportunidad para:**

- **Facilitar alianzas estratégicas multiactor y multinivel**, tanto dentro como entre las autonomías, que contribuyan a la construcción de un marco de referencia común y el reconocimiento de una línea de acción conjunta en materia de salud global.
- **Promover la complementariedad y la coordinación de las contribuciones** de los diferentes actores de la cooperación autonómica para impulsar el fortalecimiento de los sistemas de salud a partir de la transferencia de conocimientos y capacidades (sanitarios y de gestión pública en el ámbito de la salud).
- **Generar un espacio compartido de conocimiento** sobre experiencias de fortalecimiento de sistemas de salud que facilite la alineación en los planes estratégicos de la cooperación descentralizada, identificando prioridades de intervención que respondan a esa visión de conjunto en salud global. Al mismo tiempo, utilizar el marco de la cooperación como espacio de aprendizaje de otros sistemas y organizaciones.
- **Disponer de un espacio de diálogo** donde compartir las mejores prácticas e iniciativas para superar las dificultades de gestión administrativa e impulsar la adaptación o revisión de instrumentos capaces de catalizar alianzas en la materia.
- **Impulsar iniciativas para promover la investigación científica** en la materia, desde el enfoque de la localización de los ODS. Conectar estas iniciativas con la ciudadanía apoyándose en los instrumentos de Educación para la Ciudadanía Global.

REFERENCIAS

1. Sudipto Modal. Falta de oxígeno, crematorios desbordados y mercado negro: la devastación en la India. *El País*. 3 de mayo de 2021. elpais.com/sociedad/2021-05-03/falta-de-oxigeno-crematorios-desbordados-y-mercado-negro-la-devastacion-en-la-india.html
2. Francisco Javier Sancho Más. “La crisis de oxígeno que vivió la India podría expandirse al este de África”. *Planeta Futuro. El País*. 30 de mayo de 2021. elpais.com/planeta-futuro/2021-05-30/la-crisis-de-oxigeno-que-vivio-india-podria-expandirse-al-este-de-africa.html
3. Maureen Mackintosh & Meri Koivusalo. Health Systems and Commercialization: In Search of Good Sense. 2005. www.researchgate.net/publication/304699900_Health_Systems_and_Commercialization_In_Search_of_Good_Sense
4. Lucy Gilson. Introduction to Health Policy and Systems Research. Organización Mundial de la Salud. www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerpart1.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Health systems financing: the path to universal coverage. www.paho.org/en/documents/world-health-report-2010-health-systems-financing-path-universal-coverage
6. Anne Mills. Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries. *New England Journal of Medicine*. 6 de febrero de 2014. www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1110897
7. Margaret E Kruk et al. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, Volume 385, Issue 9980, 1910 - 1912. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60755-3/fulltext#articleInformation](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60755-3/fulltext#articleInformation)
8. Steve Thomas, Anna Sagan, James Larkin, Jonathan Cylus, Josep Figueras, Marina Karanikolos. Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf
9. Pauline Yongeun Grimm, Sandy Oliver, Sonja Merten, Wai Wai Han, Kaspar Wyss. Enhancing the Understanding of Resilience in Health Systems of Low- and Middle-income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis. *International Journal of Health Policy and Management*, 2021. www.ijhpm.com/article_3999.html

10. Organización Mundial de la Salud. Universal health coverage (UHC). [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
11. *Bloomberg*. The Covid Resilience Ranking. www.bloomberg.com/graphics/Covid-resilience-ranking
12. Alan D Kaye, Chikezie N Okeagu, Alex D Pham, et al. Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2021;35(3):293-306. doi:10.1016/j.bpa.2020.11.009
13. What will be the impact of the COVID-19 pandemic on healthcare systems? Deloitte. www2.deloitte.com/fr/fr/pages/Covid-insights/articles/impact-Covid19-healthcare-systems.html
14. Laura Thompson. How will COVID-19 affect the achievement of the goals of the 2030 Agenda? IOM. Disponible en: <https://rosanjose.iom.int/site/en/blog/how-will-COVID-19-affect-achievement-goals-2030-agenda>
15. David McCoy & Nouria Brikci Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems: what next? Bulletin of the World Health Organization, 88 (6), 478 - 480. World Health Organization. 2010. dx.doi.org/10.2471/BLT.09.074419
16. Construir sistemas para la salud resilientes y sostenibles (SSRS). Nota informativa. Fondo Mundial. www.theglobalfund.org/media/8830/core_resilientsustainablehealthinfonote_es.pdf
17. The equity goal. GAVI. www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025/equity-goal
18. Building High Quality Health Systems: Service Delivery Redesign for Maternal and Newborn Health. GFF. www.globalfinancingfacility.org/building-high-quality-health-systems-service-delivery-redesign-maternal-and-newborn-health
19. Protecting Essential Health Services for Women and Adolescents: Building Resilient Health Systems. GFF. www.globalfinancingfacility.org/events/protecting-essential-health-services-women-and-adolescents-building-resilient-health-systems
20. Universal Health Coverage (UHC): through the lens of pneumonia. EBC Coalition. stoppneumonia.org/uhc-through-the-lens-of-pneumonia
21. Sistema de Información de la Ayuda Oficial al Desarrollo Info@OD. Cooperación Española. Gobierno de España. infoaod.maec.es

Para saber más

- The impact of COVID-19 on health and health systems. OCDE. Disponible en: www.oecd.org/health/COVID-19.htm

*Serie: Los desafíos de la cooperación
internacional en la respuesta a la COVID-19*

Policy Brief #3: Prevención y respuesta ante nuevas emergencias sanitarias.

El papel de la cooperación descentralizada

Equipo de Análisis y Desarrollo Global de ISGlobal

MAYO DE 2022

#ISGlobal_policy

ÍNDICE

PARTE I. Introducción	33
PARTE II. Los desafíos	35
Desgobierno sanitario en época de crisis	35
PARTE III. Las respuestas	39
Buenas prácticas	39
PARTE IV. El papel de la cooperación descentralizada: argumentos y buenas prácticas...	42
REFERENCIAS	44

PARTE I:

Introducción

Aunque en el transcurso de la humanidad ha habido crisis sanitarias que han requerido de la actuación de gobiernos y organismos internacionales, el siglo XX –y lo que llevamos de siglo XXI– ha supuesto un salto cualitativo al respecto. En el **mundo globalizado de hoy**, las enfermedades pueden propagarse rápidamente y a gran distancia al amparo de los viajes y el comercio internacionales. Una crisis sanitaria en un país puede afectar a los medios de vida y la economía de muchas partes del mundo. Además, en el origen de algunas epidemias está el cómo la especie humana se relaciona con el entorno y otras especies animales. El cambio climático, la reducción de la biodiversidad y la degradación de ciertos ecosistemas han propiciado la **emergencia de muchas enfermedades infecciosas humanas** previamente desconocidas surgidas a partir de reservorios animales, incluidos agentes como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el coronavirus del SARS de 2005, el virus H5N1 de la gripe aviar altamente patógena, el virus H1N1 de la gripe pandémica de 2009, el H7N9-virus de la gripe y el coronavirus del síndrome respiratorio Oriente Medio (MERS).

La lógica de la preparación y respuesta ante epidemias y pandemias también puede aplicarse a **otros riesgos sistémicos y globales** causados, por ejemplo, por vertidos de productos químicos, accidentes nucleares o a los múltiples retos ocasionados por el cambio climático (olas de calor o frío extremo, sequías, lluvias torrenciales e inundaciones, incendios forestales o el incremento de enfermedades zoonóticas o vectoriales).

En la actualidad, somos víctimas y testigos del **impacto sin precedentes de la pandemia de COVID-19** (causado por el virus SARS-CoV-2) en todo el planeta y en todas las facetas de nuestras vidas y sociedades. Países con sistemas sanitarios sólidos y mecanismos eficaces de protección social han visto cómo sus estructuras se colapsaban al enfrentarse a cifras abrumadoras de personas infectadas y de muertes.

Esta emergencia de salud global ha afectado de forma desproporcionada a las regiones con unos sistemas sanitarios más frágiles, con grandes bolsas de población en situación de vulnerabilidad y con unos contextos socioeconómicos que dificultan las medidas de confinamiento.

Si las amenazas son globales, también lo deberían ser sus respuestas, a través de marcos globales de desarrollo sostenible, así como plataformas y herramientas de cooperación internacional. En nuestro contexto, la **cooperación sanitaria descentralizada española**, próxima a las instituciones y recursos humanos de los centros de atención sanitaria del sistema nacional de salud, así como a la experiencia de sus centros de salud pública e investigación, suponen un **valor añadido** en programas de intercambio de conocimiento y cooperación técnica con países de bajos y moderados ingresos (PBMI). En concreto, tal y como veremos a lo largo de este documento, estas herramientas pueden ser de gran utilidad en el establecimiento y fortalecimiento de sistemas de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias a nivel global.

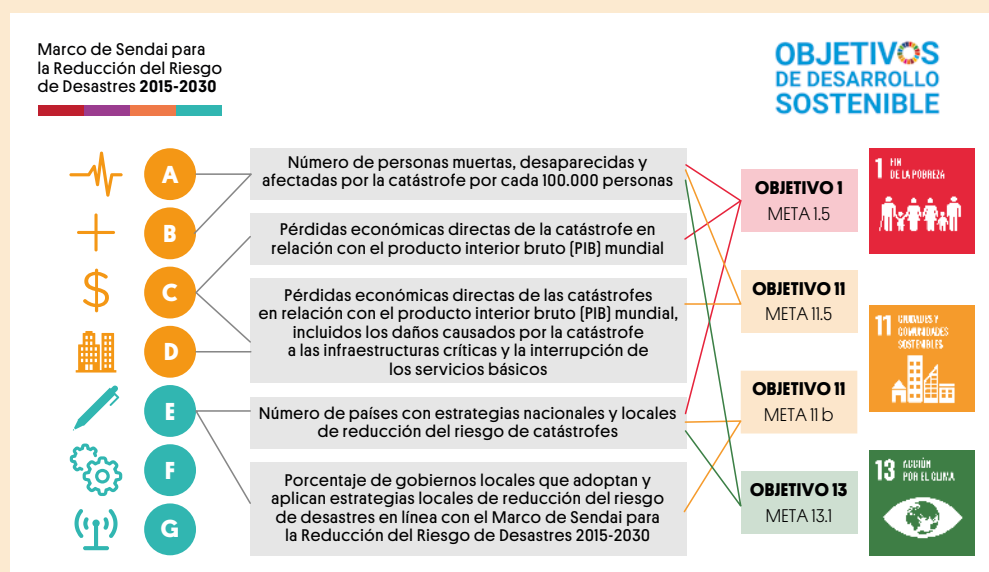
“La cooperación sanitaria descentralizada española, próxima a las instituciones y recursos humanos de los centros de atención sanitaria del sistema nacional de salud, así como a la experiencia de sus centros de salud pública e investigación, suponen un valor añadido en programas de intercambio de conocimiento y cooperación técnica con países de bajos y moderados ingresos.”

CUADRO 1. Marco normativo para la preparación y respuesta ante emergencias.

La COVID-19 es el catalizador que está provocando y provocará cambios sistémicos y profundos a nivel global en los sistemas de preparación y respuesta a todos los niveles. El principal marco legislativo con el que se cuenta a nivel internacional que detalla las responsabilidades y capacidades que deben asumir las autoridades sanitarias a nivel nacional es el **Reglamento Sanitario Internacional (RSI)**. El RSI es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para **194 países**, entre ellos todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El último RSI, aprobado en 2005, puede aplicarse a enfermedades infecciosas de todo tipo, pero se amplía en este año a otras emergencias de salud pública. El reglamento contempla las capacidades necesarias que es necesario desarrollar en “tiempos de paz” por parte de los países para prevenir y controlar la propagación internacional de enfermedades.

El otro gran marco normativo-teórico que ordena el campo de la preparación y respuesta ante diversos riesgos es la **Agenda 2030**. Por un lado, esta recoge en el ODS 3 el refuerzo de la capacidad de los países para desarrollar las competencias del RSI-2005. Por el otro, metas específicas relacionadas con el Marco Sendai para la reducción del riesgo de desastres,¹ que se construye sobre la premisa de que las pérdidas económicas directas que ocasionan los desastres han aumentado en más de un 150% durante los últimos 20 años y los países en desarrollo han asumido de forma desproporcionada estas pérdidas.

FIGURA 1. Correlación entre los objetivos del Marco Sendai y los de la Agenda 2030.



Fuente: UNDRR. El Marco de Sendai y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: www.undrr.org/es/implementando-el-marco-de-sendai/el-marco-de-sendai-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.

PARTE II:

Los desafíos

“La pandemia por COVID-19 ha señalado y puesto de manifiesto las fortalezas, pero también las debilidades, en el sistema de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias a nivel mundial y por países, incluyendo la fragilidad de sus sistemas sanitarios.”

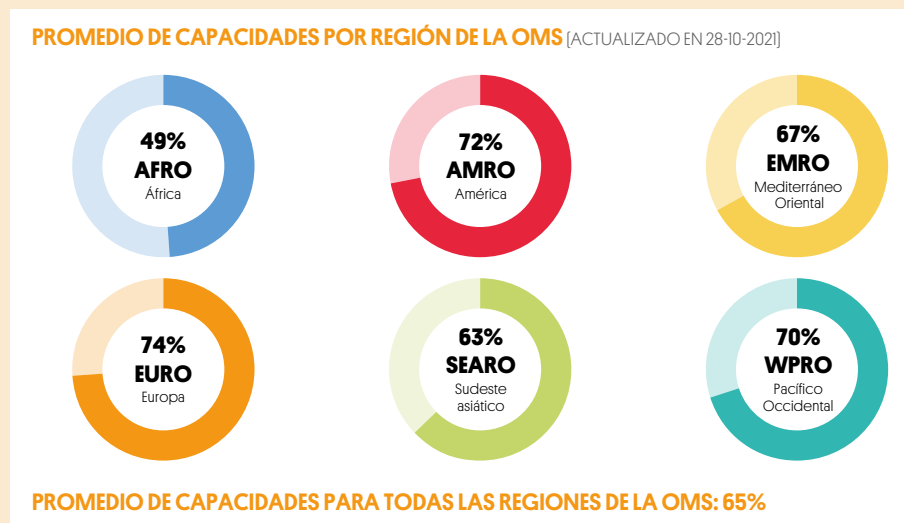
La gobernanza sanitaria global se pone especialmente a prueba en circunstancias que podemos equiparar a “incendios forestales” de la salud mundial, como las pandemias, epidemias y otras emergencias que implican necesariamente a los sistemas sanitarios. Estos episodios, además, suelen afectar a zonas caracterizadas por estructuras sociales y sistemas de salud frágiles, recursos limitados y altos niveles de incertidumbre. Son en estos momentos necesarios **Planes de Preparación y Respuesta sistémicos** que involucren a todos los actores necesarios a todos los niveles que requieren coordinación y acción.

La pandemia por COVID-19 ha señalado y puesto de manifiesto las fortalezas, pero también las debilidades, en el sistema de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias a nivel mundial y por países, incluyendo la fragilidad de sus sistemas sanitarios. A continuación, se exponen algunos de esos elementos que constituyen **un desafío para encarar la próxima pandemia mejor preparados** a nivel planetario.

Desgobierno sanitario en época de crisis

Las herramientas legislativas, normativas y de estructuras antes mencionadas no fueron suficientes para evitar o controlar de manera eficiente el desafío impuesto por la pandemia por COVID-19. Incluso antes de la COVID-19, el nivel de consecución de las **capacidades de vigilancia y gestión de riesgos** determinados por el RSI-2005, basadas en autoevaluaciones anuales de carácter voluntario, ² variaba de manera desigual **según la región** (Ver Figura 2). La mejor preparada, la región europea, llegaba a un 74%, mientras que la región de África subsahariana apenas alcanzaba el 50%.

FIGURA 2. Capacidades básicas del RSI-2005 desarrolladas por las distintas regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. e-SPAR State Party Annual Report. Disponible en: extranet.who.int/e-spar/.

Mientras, el **progreso de las metas globales y los indicadores estipulados** por el Marco Sendai es si cabe más desolador, con 107 países que no reportan o no han comenzado a implementar medidas y la mayoría de metas con una consecución inferior al 30% (Ver Figura 3).

FIGURA 3. Consecución de las metas fijadas por el Marco Sendai.



Fuente: UNDRR. Measuring Implementation of The Sendai Framework. Disponible en: sendaimonitor.undrr.org/.

“Basándose en su diagnóstico de lo que ha fallado en cada fase de la respuesta a la COVID-19, un Panel Independiente comisionado por la Asamblea Mundial de la Salud realizó las siguientes seis recomendaciones dirigidas a garantizar que un futuro brote no se convierta en una pandemia.”

Pero ha sido COVID-19, la última pandemia de este siglo, la que ha venido a poner a prueba la salud de los mecanismos de preparación y respuesta que estaban en marcha. En mayo de 2021 se dio a conocer una revisión de la respuesta global a COVID-19 por un Panel Independiente, comisionado por la **Asamblea Mundial de la Salud**,³ que examinó estas cuestiones, centrándose en los **puntos débiles detectados en todos los eslabones de la cadena de preparación y respuesta**. En concreto, subraya:

- La preparación previa carecía de consistencia y de la financiación necesaria.
- El sistema de alerta y de comunicación del riesgo fue demasiado lento y poco eficaz.
- Se desató una crisis sin precedentes en el suministro de productos sanitarios (mascarillas, oxígeno) y de medicamentos.
- La respuesta ha acentuado las desigualdades. Por ejemplo, la distribución de las vacunas es manifiestamente injusta y carente de estrategia.
- Faltó liderazgo político a escala mundial.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) no tuvo suficiente poder.

Basándose en su diagnóstico de lo que ha fallado en cada fase de la respuesta a la COVID-19, el Panel realizó las siguientes **seis recomendaciones** dirigidas a garantizar que un futuro brote no se convierta en una pandemia:

01. Llevar la preparación y respuesta frente a las pandemias al más alto nivel del **liderazgo político** (incluyendo un Consejo Mundial de Amenazas Sanitarias, una declaración política de alto nivel o un Convenio Marco sobre Pandemias).
02. Reforzar la independencia, autoridad y financiación de la OMS (haciendo cambios estratégicos en sus puestos de dirección, a nivel central y en sus oficinas nacionales y regionales).
03. Fomentar la **inversión** en preparación ante crisis sanitarias en tiempos de paz y antes de la siguiente crisis y articular mecanismos nacionales que permitan que los coordinadores nacionales de pandemias tengan línea directa con los jefes y jefas de Estado y de Gobierno.
04. Invertir en un sistema más ágil y rápido de información de **vigilancia y alerta**.
05. Crear una plataforma cuyos términos y condiciones se hayan negociado previamente para acceder a **herramientas y suministros**. Asimismo, se debe garantizar la transferencia de tecnología y el compromiso con la concesión voluntaria de las licencias cuando se haya usado financiación pública para investigación y desarrollo, y reforzar las capacidades regionales en materia de fabricación, regulación y adquisición de vacunas, los tratamientos, los medios de diagnóstico y los suministros básicos.
06. Conseguir nueva **financiación internacional** para la preparación y respuesta frente a las pandemias que sean ágiles (de líneas presupuestarias relacionadas con la ayuda oficial del desarrollo o con otras alternativas).

Aunque lentos, se están dando pasos en la dirección apuntada por estas recomendaciones. Por ejemplo, a nivel internacional, en el entorno de las Naciones Unidas y de la OMS hay varias iniciativas para redactar un **Tratado Internacional de Pandemias**⁴ y **revisar el Reglamento Sanitario Internacional de 2005**. Y, en torno a la recomendación número 4, la OMS anunció en septiembre de 2021 la creación de un **Hub de Inteligencia ante pandemias y epidemias** con sede en Berlín y una financiación inicial del gobierno alemán de 100 millones de euros para tres años. Este *hub* estará conectado con la

arquitectura regional y de oficinas nacionales de la OMS, el ecosistema de institutos de I+D, el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), el Centre for Disease Control and Prevention (CDC) africano, o el programa Global Outbreak Alert And Response Network (GOARN).

En cuanto a la recomendación 5, se trataría de expandir la experiencia exitosa, pero limitada, del actual Acelerador ACT para el Acceso a instrumentos contra la COVID-19 (ACT-A), incluyendo diagnósticos, tratamientos, vacunas (la llamada iniciativa **COVAX**), y fortalecimiento de los sistemas de salud, que, además, asegura la **participación coordinada de las organizaciones multilaterales y fondos público-privados**, como la OMS, el Fondo Mundial contra la Malaria, el SIDA y la Tuberculosis, el Banco Mundial, la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores (FIND), la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), entre otros.

A nivel de la **Unión Europea**, también se ha presentado la nueva Autoridad Europea de Preparación y Respuesta Ante Emergencias Sanitarias (**HERA**), que entrará en vigor en 2022 y que se coordinará con instituciones europeas ya existentes (ECDC y Agencia Europea del Medicamento, entre otras). Además, se estima que los **programas de I+D europeos** como Horizonte Europa o las Misiones Europeas, así como los fondos de recuperación Proyectos estratégicos para la recuperación y transformación económica (PERTE) y Next Generation podrían aportar en los próximos meses financiación para abordar esta iniciativa.

Finalmente, merece la pena mencionar el mandato de los **gobiernos iberoamericanos** para crear un **Observatorio Epidemiológico regional** que contribuya a la identificación y respuesta a este tipo de riesgos.

En definitiva, **aún queda un largo trecho por recorrer** en cuanto a la necesaria reflexión sistemática a nivel regional e internacional sobre cómo conectar e integrar el ecosistema de organismos de cooperación sanitaria internacional y las redes de investigación con las autoridades públicas y el sector privado en el diseño de un plan de preparación sólido para la próxima epidemia o pandemia.

“Aunque lentos, se están dando pasos en la dirección apuntada por estas recomendaciones. Por ejemplo, a nivel internacional, en el entorno de las Naciones Unidas y de la OMS hay varias iniciativas para redactar un Tratado Internacional de Pandemias y revisar el Reglamento Sanitario Internacional de 2005.”

CUADRO 2. La COVID-19 y la fragilidad y falta de resiliencia de los sistemas sanitarios.

La lucha contra la pandemia ha sido librada, entre otros, por el personal sanitario y de epidemiología de primera línea, agravando limitaciones de recursos y capacidades existentes y poniendo a los sistemas de salud ante un **estrés extremo**. Para **garantizar la calidad y eficiencia** de la asistencia sanitaria es necesario que los sistemas de salud mejoren su resiliencia ⁵ y aumenten sustancialmente su preparación y capacidades, de manera que puedan responder a las crisis al tiempo que fortalecen sus funciones primarias básicas y cobertura universal [Ver Policy Brief #2: Sistemas de salud, COVID-19 y cooperación descentralizada].

Haldane et al. [2021] destacan aspectos como la gobernanza y el financiamiento en salud, los recursos humanos sanitarios, los productos y las tecnologías sanitarias, el papel y las funciones de la salud pública (incluida la vigilancia epidemiológica, el rastreo de contactos o las medidas de control), la prestación de servicios sanitarios, al igual que la participación comunitaria, como las **claves de un sistema de salud resiliente** que sea capaz de prevenir y mitigar la propagación de la COVID-19.

PARTE III:

Las respuestas

Buenas prácticas

La pandemia por COVID-19, pero también la respuesta a otras emergencias sanitarias, han dejado ejemplos de buenas prácticas en varios de los niveles mencionados hasta ahora.

En primer lugar, la respuesta global a COVID-19 ha provocado **un análisis y despliegue normativo e institucional sin precedentes**, cuestionando la arquitectura de la gobernanza sanitaria global prepandémica, creando consenso en torno a la necesidad de tener instituciones mejor preparadas para dar respuesta a retos futuros, así como un marco normativo más adecuado y financiación suficiente.

La pandemia también ha propiciado un **volumen sin precedentes de redes de investigación científica y médica sobre el virus SARS-CoV-2**. Por ejemplo, las **vacunas** se desarrollaron a una velocidad inusitada y en colaboraciones público-privadas innovadoras, al igual que se dio en tiempo récord su aprobación por parte de la OMS y de agencias reguladoras. Este es el caso en las vacunas desarrolladas para el ébola, que han utilizado procedimientos de autorización exprés y cuya compra y abastecimiento por los países africanos está siendo posible gracias a alianzas como GAVI y socios multilaterales como OMS, UNICEF, la Cruz Roja Internacional o Médicos Sin Fronteras.

El libre acceso a los datos y la colaboración abierta en el ámbito científico también fueron fundamentales para alertar y responder ante COVID-19. Por ejemplo, el hecho de **compartir la secuencia genómica** del nuevo coronavirus en una plataforma de libre acceso derivó rápidamente en el desarrollo de pruebas diagnósticas más rápido de la historia.

Asimismo, la pandemia también ha catalizado la **colaboración de numerosas redes nacionales, regionales y globales** para la respuesta conjunta y coherente. En muchos casos, los esfuerzos nacionales fueron tanto canalizados como amplificados por respuestas regionales.

A **nivel nacional** y de sistemas de salud ha habido respuestas satisfactorias por parte de países que se basaron en las **lecciones extraídas de brotes anteriores** o que **tenían planes de respuesta** que pudieron adaptar. Este fue el caso, por ejemplo, de países del sur y sureste asiático que habían vivido la emergencia por SARS en 2003, mientras que la riqueza no fue un indicador de éxito en este caso. Por ejemplo, países como Estados Unidos o Brasil no aplicaron satisfactoriamente medidas de salud pública y no consiguieron reducir al mínimo las enfermedades y las muertes.

“En general, la clave de los países exitosos fue la activación de respuestas integrales con participación de todo el gobierno (whole-government) y la creación equipos de trabajo de múltiples ministerios”

“Las lecciones aprendidas durante la pandemia quedarán en la memoria colectiva de los sistemas de salud por algún tiempo y constituyen un acervo de conocimiento valioso para enfrentar la siguiente emergencia de salud pública.”

En general, **la clave de los países exitosos** fue la activación de respuestas integrales con participación de todo el gobierno (*whole-government*) y la creación equipos de trabajo de múltiples ministerios, que garantizaran la traducción adecuada de la evidencia en políticas y prácticas que preservaran la capacidad del sistema sanitario, al mismo tiempo que protegían la salud de la población general. Estos países, aunque con respuestas diferentes, fueron más proclives a:

- **Prestar atención a la ciencia**, cambiando de rumbo cuando fue necesario en respuesta a la evolución de la situación epidemiológica (por ejemplo, aumentando la capacidad en los hospitales, mediante la construcción de hospitales improvisados o la reutilización de instalaciones de salud o espacios públicos existentes).
- **Involucrar a las comunidades** y mantener una comunicación transparente y coherente periódica.
- **Priorizar la ampliación de recursos humanos sanitarios** mediante la reasignación y la contratación adicional, y su protección con protocolos y equipos de protección personal adecuados.
- **Proteger la salud y el bienestar de manera más amplia** al garantizar el funcionamiento del sistema de salud para los servicios de salud no relacionados con COVID-19 (incluyendo la salud mental), apoyando la atención primaria y el cribado de COVID-19 a nivel comunitario.
- **Tomar medidas proactivas para abastecerse** de pruebas diagnósticas, equipos de protección personal, medicamentos y vacunas en tiempo y en forma. Bien a través de consorcios de compra, pautas de uso racional para maximizar los recursos materiales disponibles, o la priorización de inversión en investigación, desarrollo y producción a nivel nacional de suministros médicos, kits de prueba y vacunas.
- **Reducir la brecha de equidad y vulnerabilidad** habilitando ayuda financiera, apoyo social y redes de seguridad que llegaran a los grupos de población más desfavorecidos.
- **Cuidar la comunicación con la ciudadanía** a través de mensajes fiables, comprensibles y a través de herramientas eficaces.

Estas lecciones aprendidas durante la pandemia quedarán en la memoria colectiva de los sistemas de salud por algún tiempo y constituyen un acervo de conocimiento valioso para enfrentar la siguiente emergencia de salud pública.

CUADRO 3. PR³: la propuesta de un modelo integrado.

ISGlobal ha acuñado el término PR³ [acrónimo de las fases del ciclo de Preparación, Respuesta, Recuperación y Resiliencia] como una herramienta conceptual y estratégica para navegar las demandas de los escenarios sin precedentes posteriores a la COVID-19 y de otras posibles crisis y emergencias sanitarias en el futuro. Los elementos clave de cada fase son:

- **Preparación.** Actividades diseñadas para aumentar la capacidad de una comunidad/ organización/administración para responder si ocurre una emergencia o un desastre.
- **Respuesta.** Acciones realizadas durante e inmediatamente después de una crisis, que tienen como objetivo salvar vidas, aliviar el sufrimiento, mantener poblaciones saludables y reducir las pérdidas económicas.
- **Recuperación.** Medidas adoptadas para devolver una comunidad a condiciones normales o casi normales, incluida la restauración de los servicios básicos y la reparación de daños físicos, psicológicos, sociales y económicos.
- **Resiliencia** tanto sanitaria como económica, social e institucional, así como un aumento de la preparación frente a las crisis.

Cada uno de estos elementos -y su integración- debe ser considerado de acuerdo a las particularidades del contexto en el que se desarrollen. Desde el punto de vista de la cooperación internacional, por ejemplo, son evidentes las implicaciones para la acción humanitaria y la respuesta de emergencia ante crisis sanitarias. Todas estas intervenciones deben estar sujetas a principios como el de “no hacer daño”, la equidad de género o la adecuación cultural.

PARTE IV:

El papel de la cooperación descentralizada: argumentos y buenas prácticas

Hay una primera contribución fundamental, que se aborda en otro documento de esta serie (*Ver Policy Brief #2: Sistemas de salud, Covid-19 y cooperación descentralizada*), relacionada con el **fortalecimiento de sistemas de salud**, elemento esencial de la preparación y respuesta a pandemias. Además de este fortalecimiento, es necesario el **análisis y desarrollo de las capacidades de preparación y respuesta** a amenazas en el ámbito de la salud dentro de las propias comunidades autónomas.

Por otro lado, hay que poner en valor la **experiencia que los actores de la acción humanitaria pueden aportar** en el ámbito de la preparación y respuesta a todo tipo de riesgos. Los marcos internacionales (desde la Agenda para la Humanidad al vigente Marco de Sendai) han sido referencia para la anticipación y coordinación institucional en la respuesta en contextos de emergencias humanitarias. Hasta que la pandemia de COVID-19 ha planteado una crisis global.

Hay distintos **ámbitos de contribuciones concretas** que las comunidades autónomas pueden explorar:

- Para la **integración de sistemas de alerta y vigilancia epidemiológica** frente a amenazas para la salud pública, resulta esencial un análisis previo de las capacidades y recursos, así como identificar las unidades de la administración autonómica que deben ser incorporadas en una gestión integral de los riesgos. En el mismo sentido, se puede extender esta identificación a perfiles clave de ayuntamientos y diputaciones.
- La cooperación autonómica y local tiene entre sus retos incluir la preparación y respuesta como una de sus prioridades estratégicas; superando enfoques centrados excesivamente en la respuesta y muy escasamente en las tareas de **prevención, preparación o mitigación**.
- De forma adicional, este enfoque innovador para la reducción de la vulnerabilidad ante crisis sanitarias y climáticas o desastres naturales con impacto en lo local, conecta y refuerza la **singularidad e identidad transformadora** de la cooperación descentralizada.
- El personal de la **cooperación descentralizada** acumula una **experiencia** que puede llegar a ser muy útil en la respuesta de dentro de las propias regiones donantes. Por ejemplo, en la gestión de crisis sanitarias de emergencia.
- Profundizar en la localización de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS) para abordar la mayor exposición de patrones de riesgo en grandes urbes y zonas rurales.

“Además del fortalecimiento de los sistemas de salud, es necesario el análisis y desarrollo de las capacidades de preparación y respuesta a amenazas en el ámbito de la salud dentro de las propias comunidades autónomas.”

- Conformación de **redes locales, nacionales, regionales y globales** de preparación y respuesta, incluyendo capacitación, traslado de equipos a otros países (como el Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta a Emergencias (START), diseñado para desplegar en 72 horas un hospital de campaña con quirófano en terreno).⁶
- Inversión en **ciencia** y en **traslación científica**, así como **elementos educativos y comunicativos** tanto en la prevención como en la respuesta ante nuevas emergencias.
- Incluir la preparación y mitigación como asunto relevante en las acciones de educación para la ciudadanía global. Buscando la **sensibilización, participación y apropiación ciudadana** y especialmente de personal de medios de comunicación, se trata de abordar retos globales desde lo local, prepararse para desafíos futuros y avanzar en el desarrollo sostenible de pueblos y ciudades más resilientes.

Ejemplos de buenas prácticas identificadas son:

- **Andalucía** –en el III Plan Andaluz de Cooperación para el Desarrollo (PACODE) 2020-2023– establece que se “trabaja en la preparación, prevención y reducción de riesgos y su incidencia en el aumento de la resiliencia de las comunidades, desde un enfoque transversal a todas las actuaciones de cooperación para el desarrollo”. Se trata de una apuesta por reforzar la resiliencia de las comunidades, especialmente en las zonas expuestas a desastres naturales recurrentes o sometidas a conflictos y diferentes formas de violencia.
- **Cataluña** –en su Plan Director 2019-2021– plantea el diseño y desarrollo de estrategias integrales a más largo plazo, que promuevan la articulación de alianzas para impulsar una acción humanitaria, entendida como empoderamiento de actores para la prevención, la resiliencia y la protección; poniendo el foco en la incidencia y la concienciación sobre las causas de las crisis.
- La **Generalitat Valenciana** incorpora la RRD (alivio, rehabilitación y desarrollo, por sus siglas en inglés) dentro de los enfoques transversales de su Estrategia de Acción Humanitaria 2018-2022. Establece el mismo enfoque integral que trata de reducir los riesgos identificados, ya sean presentes o futuros, de los diferentes grupos poblacionales. También propone evaluar los riesgos que emergen del contexto, para mitigarlos, y los riesgos de las acciones del proyecto/programa, para prevenirlos.
- La **Asamblea de Extremadura** realizó en Mérida el simposio “Health and Medicines: Research in Amerindian autochthonous and mestizo populations”. Fue organizado por la Red Iberoamericana de Farmacogenética y Farmacogenómica, RIBEF, en colaboración con el Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas (CIOMS), organismo en relación con la OMS y la UNESCO. Una iniciativa que se enmarca dentro de la línea de trabajo *Investigación en Medicamentos y Salud en Poblaciones Autóctonas de América Latina* que desarrolla la Agencia Extremeña de Cooperación AEXCID en alianza con la Universidad de Extremadura. A través de ella se impulsa la investigación científica orientada a la variabilidad farmacogenética poblacional como factor determinante de la respuesta a medicamentos y de la salud mediante la implementación clínica. En este sentido, la Red Iberoamericana de Farmacogenética y Farmacogenómica ha desarrollado desde 2006 una serie de proyectos en los que se ha demostrado la existencia de una variabilidad en la respuesta a medicamentos en poblaciones originarias de América.⁷

REFERENCIAS

1. Este es un documento internacional con la misma vigencia que la Agenda 2030. Fue adoptado por países miembros de la ONU en 2015, durante la Conferencia Mundial sobre Reducción de Riesgo de Desastres celebrada en Sendai (Japón), y aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas ese mismo año. Plantea una serie de razones por las que el desarrollo debe tener en cuenta el riesgo para poder ser sostenible.
2. Más información: extranet.who.int/sph/ihr-monitoring-evaluation
3. Más información: theindependentpanel.org/mainreport
4. Más información: www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/pandemic-treaty
5. Victoria Haldane, Chuan De Foo, Salma M. Abdalla, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 27, 964–980 (2021). www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y
6. Róster o listado de personal sanitario preciso para movilizar el Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta en Emergencias (START, Spanish Technical Aid Response Team) ante una situación de emergencia humanitaria en el exterior. Estos equipos son una colaboración de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) con el Ministerio de Sanidad.
7. Pendiente información AEXCID simposiumribef.com/declaracion/www.unex.es/organizacion/serviciosuniversitarios/servicios/comunicacion/archivo/2019/octubre-de-2019/8-de-octubre-de-2019/la-declaracion-de-merida-optimiza-el-uso-seguro-de-los-medicamentos-en-poblaciones-autoctonas-de-america-latina

Para saber más

- International Health Regulations. WHO.
Disponible en: www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
- ¿Cómo podemos estar mejor preparados para la próxima crisis de salud pública? Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19. Documento de análisis de ISGlobal. Noviembre de 2021.
Disponible en: www.isglobal.org/-/how-can-we-be-better-prepared-for-the-next-public-health-crisis-lessons-learned-from-the-COVID-19-pandemic

*Serie: Los desafíos de la cooperación
internacional en la respuesta a la COVID-19*

Policy Brief #4: Contribuciones de la cooperación autonómica a la Salud Global

Equipo de Análisis y Desarrollo Global de ISGlobal

AGOSTO DE 2022

#ISGlobal_policy

ÍNDICE

PARTE I. EL CAMBIO DE RELATO	47
Un nuevo tiempo para la cooperación en salud tras la pandemia y para la cooperación al desarrollo de las comunidades autónomas	
PARTE II. RECOMENDACIONES	50
Hacia un nuevo papel de la cooperación autonómica en el ámbito de la salud	
REFERENCIAS	55

PARTE I:

El cambio de relato

Un nuevo tiempo para la cooperación en salud tras la pandemia y para la cooperación al desarrollo de las comunidades autónomas

“La cooperación autonómica tiene la oportunidad de formar parte de quienes lideran la transición de las cooperaciones española y europea hacia un nuevo modelo que haga de ella un campo de innovación de políticas, alianzas y herramientas”

Se ha convertido en un lugar común la idea de que **la pandemia marca un punto de inflexión** en el modo en que percibimos los desafíos sanitarios de nuestro tiempo y respondemos ante ellos. La realidad es que resulta imposible considerar el panorama de la salud global sin pensar en las devastadoras consecuencias personales, sociales y económicas que esta crisis ha tenido. Donde antes veíamos un servicio público y un ejercicio de solidaridad internacional, hoy vemos un determinante casi existencial de nuestra seguridad humana y económica. Las políticas públicas de cooperación al desarrollo consideran las obligaciones éticas de una sociedad responsable, pero se rigen, casi a partes iguales, por el interés asociado a un mundo más seguro y mejor preparado.

La cooperación autonómica no es una excepción a esta tendencia. Como el resto del sistema de ayuda internacional, **las agencias autonómicas y locales de cooperación se han visto obligadas a jugar un papel diferente** al que se les había pedido en el pasado. La donación de recursos a proyectos sigue teniendo un papel clave, pero el rol de la ayuda en la transferencia de conocimiento y de experiencia institucional, así como la colaboración coordinada con iniciativas internacionales creadas en respuesta a la COVID-19, ha cambiado los términos de esta discusión.

Ahora es el momento de construir sobre esta experiencia. La Cooperación Española se encuentra en pleno proceso de transformación y transición. Esto afecta también a las comunidades autónomas, que deben consolidar sus señas de identidad y definir su valor añadido. La cooperación autonómica tiene la oportunidad de formar parte de quienes lideran la transición de las cooperaciones española y europea hacia un nuevo modelo que haga de ella un campo de innovación de políticas, alianzas y herramientas. Una innovación que ha demostrado ser imprescindible durante este tiempo y para la que las comunidades autónomas no parten de cero.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como hoja de ruta

La Agenda 2030 da las claves para esta transformación. En primer lugar porque, dada su universalidad, desde la aprobación de los ODS muchas administraciones autonómicas y locales de nuestro país han adquirido un compromiso con el desarrollo sostenible en su propio territorio, plasmado en un buen número de planes y estrategias de implementación. **El territorio es un lugar adecuado para la transformación,** donde acumular capital social y confianza para tejer nuevos contratos sociales; un espacio ideal para impulsar plataformas de innovación, compuestas por instituciones públicas, empresas y entidades sociales, academia o centros de investigación especialistas en las temáticas e instituciones y redes internacionales. Esta experiencia y proximidad a la ciudadanía se considera desde hace años una de las señas de identidad y valor añadido de la cooperación al desarrollo, llevada a cabo por las comunidades autónomas y los gobiernos locales mediante la territorialización de los ODS.¹

En segundo lugar, la integralidad de la agenda plantea una **interconexión de los objetivos y metas** que demanda la implicación de diferentes áreas, administraciones y actores tanto públicos como privados y de la sociedad civil para alcanzar resultados. Pocos ámbitos lo ilustran mejor que la salud. **El concepto ODS3+ desarrollado por ISGlobal** plantea una comprensión de la salud y el bienestar mucho más allá de Cobertura Sanitaria Universal y resto de metas de este objetivo. Los diversos determinantes de la salud se abordan desde metas de otros ODS con un importante impacto en salud de la actuación de sectores que no son el sanitario. Siguiendo el principio de “Salud en todas las políticas” se estimula un abordaje multisectorial y multiactor para permear todas las actuaciones. En la Figura 1 se ofrece el ejemplo de la salud urbana para ilustrar esta interconexión. En el caso de las administraciones autonómicas, su papel es central en el ámbito de la salud en tanto titulares de competencias, pero también de otras áreas de la administración con impacto directo en salud.

FIGURA 1. La salud urbana, un ejemplo que ilustra el concepto ODS3+.

La colaboración entre los sectores de planificación, transporte, medio ambiente y salud pública es imprescindible para abordar los retos que plantea la urbanización, y sitúa la salud y el bienestar en el centro del desarrollo urbano para enfrentarse a los altos niveles de contaminación atmosférica y ruido, el efecto insular del calentamiento, la falta de espacios verdes o la conducta sedentaria.



En esta figura, Ramírez-Rubio et al. [Ramírez-Rubio et al., 2019] elaboran un marco conceptual sobre la salud en las políticas propias del contexto urbano usando los ODS y sus metas. Los autores encontraron al menos 38 metas contenidas en 15 ODS que serían relevantes. Y, sin embargo, también apuntan a cuatro conceptos [señalados con una “+”] no incluidos en la Agenda 2030, como son: la actividad física, la exposición al ruido, el capital social o indicadores de calidad de vida.

Fuente: Elaboración propia a partir de ODS3+ del concepto a la implementación de la “salud en todas las políticas” para España. ²

Las comunidades autónomas en el centro de las alianzas transformadoras

Ambos aspectos sitúan a las administraciones autonómicas en un lugar único y destacado para la cooperación al desarrollo en el sector salud donde están llamadas a marcar una diferencia. En España, el Sistema Nacional de Salud lo integran el conjunto de los servicios de salud de las CCAA,³ un sistema descentralizado reflejo de la organización territorial del Estado contenida en la Constitución de 1978. Como titulares de las competencias de gestión del sistema público de salud, **disponen de las capacidades y conocimientos técnicos especializados más demandados por los países y territorios socios**, no solo de las comunidades autónomas sino del conjunto de la Cooperación Española. Las alianzas son la clave para desempeñar el papel al que están llamadas las comunidades autónomas en la cooperación al desarrollo de los próximos años. Además de sumar capacidades, suman conocimiento, innovación, tecnología e incluso inversiones de otros actores y sectores.

“Las alianzas son la clave para desempeñar el papel al que están llamadas las comunidades autónomas en la cooperación al desarrollo de los próximos años”

La generación de este tipo de alianzas tiene el potencial para construir capacidades y forjar colaboraciones estrechas y estratégicas entre direcciones/agencias de cooperación y consejerías/servicios de salud. Se trata de un elemento central para la acción transformadora, que implica la superación de complejos obstáculos que limitan su puesta en marcha. Entre los más relevantes se encuentran la fragmentación de instrumentos, un marco administrativo poco flexible y espacios de diálogo ineficaces para la coordinación y complementariedad de estrategias. **Será clave superar estos obstáculos** para avanzar hacia una colaboración estratégica y atender las alianzas para que esta colaboración se materialice con previsibilidad, estabilidad y garantías de transformación en el medio y largo plazo. En la Tabla 1 se muestran los diferentes roles que están llamadas a desempeñar las administraciones autonómicas responsables de la cooperación al desarrollo en la creación y consolidación de alianzas y plataformas de innovación.⁴

TABLA 1. Posibles funciones de las administraciones autonómicas responsables de la cooperación al desarrollo.

ALIANZAS	PLATAFORMAS INNOVADORAS
FINANCIADORAS	Catalizadoras de inversión pública y privada
SOCIAS TOMADORAS DE DECISIONES	Socias y movilizadoras de capacidades propias
PROMOTORAS DE ALIANZAS	Cofacilitadoras de nuevas capacidades
GESTORAS DE CONOCIMIENTO Y APRENDIZAJE	Cogestoras de conocimiento y aprendizaje

Fuente: Guía AECID para las alianzas multiactor.⁴

Finalmente, una parte fundamental de estas alianzas es **una ciudadanía activa, protagonista y consciente de los desafíos** de nuestro modelo de desarrollo. Una de las señas de identidad de la cooperación al desarrollo de las comunidades autónomas y entes locales es su labor en el ámbito de la Educación para la ciudadanía global y la transformación social. Este trabajo resulta más que nunca necesario en un momento en que la desinformación⁵ y la polarización ideológica tienen una importancia creciente en los sistemas políticos.

PARTE II:

Recomendaciones

Hacia un nuevo papel de la cooperación autonómica en el ámbito de la salud

En los tres primeros documentos de esta serie de publicaciones se han abordado los desafíos clave para la cooperación en el sector salud exacerbados por la pandemia:

- El desarrollo, producción y distribución de las vacunas
- El fortalecimiento de los sistemas de salud
- La consolidación de sistemas de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias

En cada uno de los documentos se ha planteado el papel que la cooperación al desarrollo de las comunidades autónomas podría desempeñar. Para la elaboración de estas conclusiones hemos tratado de identificar algunas de las intervenciones desarrolladas a raíz de la pandemia en el sector salud. De todo ello cabe extraer una serie de conclusiones que ayuden a definir el papel específico de las comunidades autónomas en la cooperación en salud, y más en general su rol dentro de la Cooperación Española:

- 01. La pandemia ha revitalizado la cooperación en el sector de la salud.** Una tendencia general que, en el caso de la cooperación autonómica, ha movilizó material y capacidades a demanda de los países socios para mejorar la respuesta sanitaria a la emergencia desencadenada por la COVID-19. También es importante subrayar que la estrategia de respuesta conjunta de la Cooperación Española a la pandemia incluyó un ejercicio relevante de diálogo y consulta, orientado al alineamiento de todos los actores en torno a las mismas prioridades cuyo principal valor es demostrar que este nivel de coordinación es posible.⁶
- 02. La respuesta sanitaria a la emergencia por parte de la cooperación al desarrollo de las comunidades autónomas ha propiciado importantes avances para un fortalecimiento de su coordinación con los servicios autonómicos de salud, si bien de formas muy diferentes dada la heterogeneidad institucional de la cooperación al desarrollo en cada comunidad autónoma.** Así, por ejemplo, justo antes de la COVID-19, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid elaboró un Marco Estratégico de Cooperación Sanitaria⁷ que definiera las líneas estratégicas en este sector bajo el liderazgo de las autoridades sanitarias en esta región. En otras comunidades autónomas, durante la pandemia se ha profundizado la colaboración interinstitucional de diversas maneras: a través de un marco de colaboración permanente suscrito en Euskadi que se detalla en el Cuadro 1; la comisión y plan de trabajo en salud de la Generalitat de Cataluña; el desarrollo de programas específicos, en el caso de Andalucía, entre la agencia de cooperación y la Escuela Andaluza de Salud Pública para atender las demandas en el sector de la salud de sus socios en América Latina y Marruecos; y finalmente el trabajo actualmente

“Para la elaboración de estas conclusiones hemos tratado de identificar algunas de las intervenciones desarrolladas a raíz de la pandemia en el sector salud”

en marcha del gobierno de Cantabria para la creación de un Comité de cooperación sanitaria que llevará a cabo la coordinación, el asesoramiento y el impulso de programas, proyectos y actividades del sector público sanitario de Cantabria en proyectos de cooperación. Esta coordinación dentro de las administraciones autonómicas catalizada por la pandemia se pone de manifiesto en un momento clave de definición para la nueva Cooperación Española y el papel en la misma de la cooperación autonómica.

CUADRO 1. Marco de colaboración entre el Departamento de Salud, Osakidetza – Servicio Vasco de Salud y elankidetza – Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo para compartir la salud pública, como bien común, local y global, que llegue a todas las personas.

En este protocolo general de actuaciones, suscrito en junio de 2021, se define el marco de colaboración entre ambas áreas del gobierno autonómico a partir de la identificación de una serie de ámbitos de interés común en las que llevar a cabo colaboraciones concretas. Un elemento relevante en el impulso de este protocolo fue el **convenio suscrito en septiembre de 2020 entre los tres órganos de la administración vasca y Médicos sin Fronteras** para dar una respuesta a la emergencia de COVID-19 en varias zonas de Perú, con el envío de material y de una delegación médica de Euskadi compuesta por 14 profesionales sanitarias.

A raíz de esta experiencia y el potencial de colaboración que puso de manifiesto, el protocolo define un marco estable para la misma. Gracias a ello se puede avanzar en el proyecto emblemático de Salud Global del Gobierno Vasco ⁸ que, a partir de un fomento de la coherencia de políticas, establece los siguientes **ejes de colaboración**:

- Asistencia sanitaria prestada en Euskadi para tratamientos altamente especializados con cobertura temporal de la asistencia sanitaria en el marco de programas de acogida y solidaridad, etc.
- Respuesta a emergencias humanitarias internacionales tomando como referencia la experiencia de 2020 en Perú, en torno a la COVID-19.
- Formación del personal sanitario en los países empobrecidos del Sur.
- Formación del personal sanitario en cooperación.
- Participación del personal sanitario vasco en proyectos de cooperación y acción humanitaria (como el equipo START de la AECID).
- Compromiso e implicación con el proceso de vacunación global.

03. Las contribuciones de España a la salud global y la salud en los países socios de los diferentes actores de la Cooperación Española deben arraigar en el concepto de **coherencia de políticas**. Esto supone el intercambio de conocimientos, capacidades y recursos que permitan beneficiarse de las principales fortalezas y experiencia de uno de los sistemas públicos de salud más sólidos del mundo, como ha puesto de manifiesto la pandemia. El papel de las comunidades autónomas como administraciones competentes para la gestión de los servicios de salud es esencial en estas contribuciones, como también lo es la coordinación de las comunidades autónomas con el resto de actores de la Cooperación Española, en particular la AECID (*Ver Cuadro 2*).

CUADRO 2. El trabajo del Área de Salud de la Agencia Española de la Cooperación Internacional al Desarrollo [AECID].

La AECID fija como su pilar fundamental de trabajo en el sector de la salud el **fortalecimiento de los sistemas de salud públicos**, apoyando las políticas públicas y estrategias nacionales de los países en los que trabaja la agencia en el sector salud, fundamentalmente en África Subsahariana y América Latina. El problema fundamental, más que la calidad de la formulación de las políticas y estrategias, es la **infrafinanciación de su implementación**. Para ello, se necesita trabajar en tres puntos principales:

- Obligación de responder a las necesidades de las estrategias de salud identificadas por los propios países.
- Necesidad de armonización y coordinación entre los actores que llevan a cabo trabajo de cooperación en el ámbito de la salud.
- Importancia de la complementariedad entre instituciones. Para la cooperación en salud es imprescindible la colaboración técnica, además de la aportación de recursos financieros.

Para esto último, **es fundamental la coordinación del trabajo y el diálogo fluido entre la agencia y las comunidades autónomas**. La implementación de programas que contribuyan al fortalecimiento de los sistemas de salud y sus capacidades en los países socios depende de la flexibilidad de las administraciones autonómicas para facilitar la participación activa en estas iniciativas de su personal sanitario en el esencial intercambio de conocimientos técnicos. Es el caso del programa bandera de la AECID de Formación Médica Especializada o la Convocatoria del Programa Interconecta de Cooperación Técnica entre Administraciones con América Latina.

04. El fortalecimiento de los sistemas de salud y la resiliencia de los mismos es la piedra angular de las contribuciones en salud:

- Para el logro de la Cobertura Sanitaria Universal y todas las demás metas recogidas en el ODS3.
- Para disponer de sistemas de preparación y respuesta eficaces ante emergencias sanitarias (que incluyan el acceso equitativo a las tecnologías biosanitarias de diagnóstico, inmunización y tratamiento que se desarrollen).
- Para hacer posible la puesta en marcha de campañas de inmunización extensas que alcancen a la totalidad de las poblaciones diana en los países de menores recursos.

05. La coordinación entre comunidades es clave para poner en valor la especialidad y especificidad de las contribuciones técnicas en el sector de la salud y para maximizar el impacto de las contribuciones económicas a iniciativas multilaterales por la agregación de esfuerzos. La Generalitat de Catalunya tiene una larga tradición como donante multilateral a organismos e iniciativas multilaterales en el sector salud, desde la propia OMS a COVAX. A esta última iniciativa de respuesta global a la pandemia se han sumado otras comunidades autónomas como Euskadi, Andalucía o Extremadura. A esto hay que añadir las contribuciones que la mayoría de administraciones autonómicas han realizado a COVAX en 2021 a través de UNICEF por un total de 1.567.000€ para fortalecer las capacidades de distribución de las vacunas en países socios.⁹ Cabe subrayar la importancia del liderazgo ejercido durante 2021 desde la Agencia Extremeña de Cooperación al Desarrollo para lograr una coordinación entre administraciones autonómicas que ha hecho posibles compromisos tangibles en el sector salud (Ver Cuadro 3).

CUADRO 3. Declaración conjunta del XIV Encuentro de Cooperación y Comunidades Autónomas celebrado en Extremadura en el mes de noviembre de 2021. ¹⁰

En esta declaración, colofón del primer encuentro tras la pandemia, se reivindicó el papel de la cooperación internacional en la respuesta a las múltiples crisis derivadas de la pandemia y en los esfuerzos para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Para ello se plantean **compromisos concretos** para profundizar en la coordinación (especialmente en los sectores de la salud e igualdad de género) y para alcanzar una distinción de las contribuciones de los territorios reflejo de sus prioridades políticas y cultura institucional que permita también su integración en alianzas ágiles y flexibles. Cabe destacar, en particular, los siguientes compromisos: por un lado, **implicar a la ciudadanía** a través de una de las modalidades más características de la cooperación autonómica y local como es la Educación para la ciudadanía y la transformación social; por otro lado, el **compromiso de esfuerzo presupuestario** para respaldar todos los compromisos anteriores. El ejemplo concreto del apoyo al proceso de vacunación internacional se materializa en una contribución coordinada desde la que diferentes CC.AA canalizaron más de 2.649.000€ al proceso de vacunación en países del sur global.

- 06. Dos de las señas de identidad de la cooperación autonómica –la Educación para la ciudadanía global y la transformación social o las asociaciones con entidades subnacionales en países socios– pueden contribuir de forma significativa a programas e iniciativas que busquen la mejora de la salud de las poblaciones.**

A partir de estas conclusiones cabe plantear una serie de **acciones con las que las administraciones autonómicas pueden convertirse en actores fundamentales** de la cooperación al desarrollo en el sector de la salud y de las contribuciones a la salud global:

- Priorizar la salud como sector de valor añadido de la cooperación española en los documentos de planificación estratégica de todos los actores de la cooperación autonómica.
- Elaborar una narrativa sobre el papel de la cooperación autonómica en la nueva cooperación española que ponga en valor las contribuciones específicas en el sector salud.
- Definir marcos estables para la colaboración entre responsables de cooperación al desarrollo y servicios de salud autonómicos que permitan desarrollar programas de cooperación técnica para la capacitación de profesionales del ámbito de la salud (profesionales sanitarios y de la gestión de sistemas sanitarios) que cuenten con suficientes recursos para su implementación. Estos recursos son tanto económicos como administrativos (diferentes tipos de licencias y permisos para que los profesionales de los sistemas sanitarios puedan participar en proyectos de cooperación).
- Hacer extensiva esta colaboración para contribuir con valor añadido a programas de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo como el de Formación Médica Especializada o Interconecta de cooperación técnica en América Latina.
- Mantener el apoyo y esfuerzos de coordinación en la Acción Humanitaria, tanto a través de contribuciones conjuntas a los llamamientos de organizaciones humanitarias como difundiendo facilitando la integración de profesionales sanitarios en el “roster” del programa START de la Oficina de Acción Humanitaria de la AECID.

- Consolidar los instrumentos existentes y mecanismos que permitan agregar las contribuciones económicas a iniciativas multilaterales de salud.
- Contribuir a la lucha contra las noticias falsas y la desinformación en el ámbito sanitario a través de programas de Educación para la ciudadanía global y la transformación social cuya réplica en países socios amplifique su alcance.

La cooperación al desarrollo es una política pública en pleno proceso de transformación tanto a nivel estatal como en las comunidades autónomas. Esta transformación es ineludible para hacer frente de forma eficaz y con valor añadido a los desafíos del desarrollo sostenible y la provisión de bienes públicos globales. Son muchos los retos que comparten la administración central y las comunidades autónomas en estos procesos. El mayor y más importante de ellos es encontrar, por un lado, lenguajes y prioridades comunes en las que alinear y agregar esfuerzos; por otro lado, las herramientas para la construcción de colaboraciones y alianzas que lo hagan posible. El sector de la salud es un ejemplo excepcional de las posibilidades de este alineamiento: la respuesta tanto individual como conjunta de la cooperación española a la pandemia de COVID-19 en el ámbito sanitario ha profundizado en intervenciones coordinadas entre diferentes actores locales, regionales, nacionales y globales. Esto debe inspirar y ser uno de los pilares de la nueva cooperación al desarrollo que lleven a cabo todas las administraciones de nuestro país de ahora en adelante.

REFERENCIAS

1. Diario Oficial de la Unión Europea. Declaración conjunta del Consejo y las y los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo, del Parlamento Europeo y de la Comisión (2017/C 210/01). eur-lex.europa.eu/legal-content/ES
2. Ramírez Rubio, O., Carrasco, J. M.; González-Rubio, R.; Fanjul, G. *ODS 3+: del concepto a la implementación de la “salud en todas las políticas” en España*, Revista diecisiete, nº3 (2020) “Contribución Transversal de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a la Salud Global”. plataforma2030.org/images/R17/3/N3_COMPLETA.pdf
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499
4. AECID (2021) Guía AECID para las alianzas multiactor. www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20AECID/Producto%202.1%20Gu%C3%ADa%20AECID%20para%20las%20alianzas%20multiactorFINAL.pdf
5. Infodemia: ¿Cómo ha afectado la epidemia de desinformación a la respuesta frente a la COVID-19? Serie | COVID-19 y estrategia de respuesta (2020) Instituto de Salud Global de Barcelona. ISGlobal. #20 www.isglobal.org/-/infodemia-como-ha-contribuido-la-epidemia-de-desinformacion-a-la-respuesta-frente-a-la-COVID-19-19-
6. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (2020): Estrategia de respuesta conjunta de la Cooperación Española a la crisis del COVID-19. www.exteriores.gob.es/es/PoliticaExterior/Documents/Estrategia_de_respuesta.pdf
7. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Dirección General de humanización y atención al paciente (2020): Marco Estratégico de Cooperación Sanitaria. www.madrid.org/bvirtual/BVCM050150.pdf
8. Programa vasco de prioridades de la Agenda 2030. Plan de actuación 2021-2024. bideoak2.euskadi.eus/2021/06/29/news_70353/CAST_Programa_prioridades.pdf
9. UNICEF. La salud global infantil en la AOD Española (2022). www.unicef.es/publicacion/la-salud-global-infantil-en-la-aod-espanola-2022
10. Declaración conjunta del XIV encuentro de comunidades autónomas y cooperación para el desarrollo, Extremadura 2021. www.juntaex.es/filescms/comunicacion/uploaded_files/2021/09_Igualdad/11_Noviembre/DECLARACION_CONJUNTA_XIV_ENCUENTRO_CCAA_Y_COOPERACION.pdf

ISGlobal Instituto de Salud Global Barcelona

Una iniciativa de:

